



Assemblée générale

Distr. générale
6 août 2012
Français
Original : anglais

Soixante-septième session

Point 28 (a) de l'ordre du jour provisoire*

Promotion de la femme

Appuyer l'action engagée pour en finir avec la fistule obstétricale

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le présent rapport a été établi en application de la résolution 63/188 de l'Assemblée générale. La fistule obstétricale est une lésion due à l'accouchement qui a des conséquences dévastatrices sur la vie des femmes, qu'elle laisse incontinentes, humiliées et souvent stigmatisées et isolées de leur communauté. C'est là le résultat cruel des inégalités socioéconomiques et hommes-femmes, du déni des droits fondamentaux et des carences des services de santé procréative, notamment des soins prodigués à la mère et au nouveau-né qui va de pair avec des taux élevés de décès et de handicap maternels. Le rapport expose l'action engagée aux niveaux international, régional et national, y compris par le système des Nations Unies, pour en finir avec la fistule obstétricale. Il formule des recommandations afin de renforcer les efforts, dans le cadre d'une approche axée sur les droits de l'homme, pour éradiquer la fistule obstétricale, une mesure essentielle en vue de la réalisation du cinquième objectif du Millénaire pour le développement, en améliorant la santé maternelle, en renforçant les systèmes de santé, en réduisant les inégalités en matière de santé et en augmentant le montant et la prévisibilité du financement.

* A/67/150.



I. Introduction

1. Le présent rapport est soumis en application de la résolution 65/188 de l'Assemblée générale, qui prie le Secrétaire général de lui rendre compte, à sa soixante-septième session, de l'application de cette résolution, au titre du point de l'ordre du jour intitulé « Promotion de la femme ».

2. Les problèmes d'ordre sexuel et de santé de la procréation restent la cause principale de troubles de santé et de décès des femmes en âge de procréer dans le monde. Les femmes les plus démunies, en particulier dans les pays en développement, sont touchées pour une part disproportionnée, en raison des limitations à leurs droits d'accès aux soins de santé, par les grossesses non désirées, la mortalité maternelle et l'invalidité des mères, les infections sexuellement transmissibles (dont le VIH), le cancer du col de l'utérus, les violences sexuelles et sexistes et d'autres problèmes liés à leur système reproductif. L'éducation et l'autonomisation des femmes et des filles sont essentielles pour leur bien-être, la prévention de la fistule obstétricale et l'amélioration de la santé maternelle. Les femmes et les filles instruites sont mieux à même d'exercer leurs propres choix en matière de santé de la procréation, ainsi que de comprendre l'importance de soins adaptés pendant la grossesse et l'accouchement, raisons pour lesquelles il convient de reculer le mariage à un âge raisonnable et d'assurer le bien-être de leurs enfants et familles.

II. Rappel des faits

3. La fistule obstétricale est une cause grave de morbidité maternelle susceptible de toucher n'importe quelle femme ou fille en travail d'accouchement prolongé ou difficile sans pouvoir recourir à la pratique d'une césarienne d'urgence. C'est l'une des conséquences les plus catastrophiques des accouchements mal surveillés, est un exemple flagrant de l'inégalité sanitaire dans le monde. Bien que la fistule obstétricale ait été éradiquée dans les pays industrialisés, elle continue de toucher les femmes et les filles les plus démunies, principalement dans les régions rurales et isolées des pays en développement. L'élimination de la fistule obstétricale qui s'érige comme un problème de santé mondial nécessite de renforcer la capacité nationale afin d'offrir un accès à des soins obstétricaux d'urgence complets, de traiter les cas de fistule et de s'attaquer aux facteurs sous-jacents au niveau médical, socioéconomique, culturel et des droits de l'homme. Aux fins de l'éradication de cette affection, les pays doivent assurer un accès universel aux services de santé de la reproduction; éliminer les inégalités sociales et économiques liées au sexe; lutter contre les mariages d'enfants et les grossesses précoces; promouvoir l'éducation et de façon plus générale, les droits de l'homme, en particulier pour les filles et renforcer la participation de la communauté aux fins de la définition de solutions, à travers notamment l'implication active des hommes.

4. Les conséquences médicales et sociales de la fistule obstétricale peuvent bouleverser la vie des femmes et de leurs familles. Dans près de 90 % des cas, le bébé est mort-né ou décède dans la semaine qui suit la naissance¹. Si une femme survit à un travail prolongé ou très difficile, elle risque de souffrir de graves lésions

¹ L. L. Wall et al., « The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 190, n° 4 (avril 2004).

invalidantes au niveau du canal d'expulsion. Une femme fistuleuse souffre non seulement d'incontinence mais aussi de troubles neurologiques, de blessures orthopédiques, d'infections urinaires, de plaies douloureuses, d'insuffisance rénale et d'infertilité. L'odeur causée par l'écoulement constant, dont les causes sont mal comprises, entraîne souvent stigmatisation et ostracisme de la part des communautés. Nombre de ces femmes sont abandonnées par leur mari et leur famille et sont exclues de la vie quotidienne familiale et communautaire. Elles peuvent éprouver des difficultés à garder une source de revenu ou un soutien financier, ce qui les appauvrit encore. Leur sentiment d'isolement peut avoir des répercussions sur leur santé mentale, les plonger dans la dépression, leur donner une piètre opinion d'elle-même, voire les conduire au suicide.

5. Bien que l'on ne dispose pas de chiffres précis, l'Organisation des Nations Unies estime qu'entre 2 et 3,5 millions de femmes et de filles souffrent de la fistule obstétricale². Toutefois, il est très difficile de déterminer une tendance et l'incidence de cette affection car elle touche en général les plus marginalisées (les femmes et les filles pauvres, souvent analphabètes, vivant en zone rurale) et son diagnostic nécessite souvent un examen clinique.

6. Il est possible de prévenir la fistule mais pour ce faire, il est primordial de traiter les causes profondes de la mortalité et de la morbidité maternelles, notamment la pauvreté, les inégalités hommes-femmes, les obstacles à la scolarisation, en particulier pour les filles, les mariages d'enfants et les grossesses d'adolescentes. La prévention requiert le déploiement de systèmes de santé fonctionnels et accessibles. Elle doit s'appuyer sur des spécialistes dûment formés, un accès fiable aux équipements et aux médicaments essentiels et un accès équitable à des services de santé procréative de qualité.

7. La lutte contre la fistule obstétricale requiert une évolution économique et socioculturelle plus profonde. La pauvreté et l'inégalité entre les sexes compromettent les chances des femmes, notamment leur accès aux services de santé. La culture influe aussi sur l'hygiène sexuelle et la santé procréative, le nombre d'enfants et leur différence d'âge. La tradition qui promeut l'accouchement à domicile, en recourant à des accoucheuses traditionnelles non formées et à des pratiques dangereuses, telles que les mutilations génitales féminines et les mariages d'enfants constitue une entrave supplémentaire à la santé maternelle. Le coût des soins de santé peut être prohibitif pour les familles pauvres, en particulier lorsque surviennent des complications. Ces facteurs influent sur les trois étapes ci-après, où la lenteur peut compromettre l'accès des femmes aux soins : le temps passé à chercher des soins, le temps de transport jusqu'à l'établissement de soin et, une fois sur les lieux, le temps d'attente pour recevoir les soins appropriés.

8. Les adolescentes sont particulièrement exposées au risque de morbidité et de décès maternel, notamment de la fistule obstétricale. Bien que le taux des naissances chez les adolescentes s'élève à environ à 11 % de l'ensemble des naissances à travers le monde, ces naissances représentent 23 % de la charge de morbidité chez les femmes de tout âge³. Seize millions d'adolescentes donnent la vie chaque année,

² Van Beekhuizen, Heleen J. et al., « Complications of obstructed labour: pressure necrosis of neonatal scalp and vesicovaginal fistula », *The Lancet*, vol. 368, issue 9542 (septembre 2006).

³ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Département Pour une grossesse à moindre risque, *Adolescent Pregnancy*, MPS Notes, vol. I, n° 1 (2008).

près de 95 % de ces naissances ayant lieu dans les pays en développement⁴. Les complications lors de la grossesse et de l'accouchement constituent les causes principales de décès des filles âgées de 15 à 19 ans dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Il a été prouvé que le fait de retarder la grossesse après l'adolescence pouvait réduire le risque de travail prolongé et de fistule obstétricale. La malnutrition parmi les filles peut ralentir leur croissance. Les grossesses précoces, qui surviennent avant le développement complet du pelvis, peuvent accroître le risque de travail prolongé.

9. Le mariage des enfants concerne une fille sur trois dans les pays en développement, principalement les filles les plus pauvres, les moins instruites vivant en milieu rural. Alors que l'âge auquel on se marie augmente, des millions de filles, dans les pays en développement, sont censées se marier avant d'atteindre l'âge de 18 ans⁵. Les filles pauvres et marginalisées sont plus susceptibles de se marier étant enfant et de donner la vie pendant l'adolescence plutôt que les filles dont la situation économique et les possibilités d'éducation sont meilleures. Le mariage d'enfants est un moteur essentiel des grossesses précoces et des accouchements avant que les adolescentes ne soient prêtes sur le plan physique ou émotionnel, ce qui les expose davantage au risque de morbidité et de mortalité maternelle, notamment la fistule. Les adolescentes mariées éprouvent souvent des difficultés à recourir à des services de santé de la procréation pour des raisons telles que l'isolement social et la méconnaissance de leurs droits en matière de reproduction. Tous les adolescents, filles et garçons, scolarisés ou non, mariés ou non, doivent avoir accès à une éducation complète à la sexualité et aux droits de l'homme, ainsi qu'aux compétences liées à la vie courante et aux services de santé, notamment à la santé sexuelle et procréative, afin de protéger leur bien-être.

10. Le monde de la santé, à l'échelle planétaire, a mis en exergue les trois moyens les plus économiques de faire baisser la morbidité et la mortalité maternelle, notamment la fistule obstétricale, à savoir l'accès universel à la planification familiale, le recours à des professionnels de la santé qualifiés ayant une compétence obstétricale lors de tout accouchement et un accès à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité. La prévention est une composante essentielle de toute stratégie efficace visant à éradiquer la fistule; l'abandon de pratiques dangereuses, telles que le mariage d'enfants, revêt notamment un caractère essentiel.

11. Ce sont les mêmes initiatives qui peuvent empêcher la mortalité maternelle et la fistule. Plusieurs pays à faible revenu comme l'État plurinational de Bolivie, l'Érythrée, le Népal, le Rwanda et le Yémen, ont enregistré des progrès dans le domaine de la réduction de la mortalité maternelle au cours des 10 dernières années. En Afghanistan, les services de soins anténatals et d'accouchement dispensés par du personnel qualifié ont plus que triplé entre 2003 et 2010, réduisant ainsi sensiblement le taux de mortalité maternelle en ramenant le taux estimé en 2008 de

⁴ OMS, *Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries: OMS guidelines*, 2011.

⁵ Fonds des Nations Unies pour la population, *Giving Girls Today and Tomorrow: Breaking the Cycle of Adolescent Pregnancy*, 2007.

1 400 pour 100 000 naissances vivantes à 460 en 2010⁶. La République islamique d'Iran, dont le taux de mortalité maternelle s'élève à 30⁷, est l'un des 10 pays à revenu intermédiaire qui ont atteint la cible du cinquième objectif du Millénaire pour le développement, qui consiste à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle en renforçant les systèmes de santé maternelle⁸. En Égypte, le Ministre de la santé a fait de la réduction du taux de mortalité maternelle l'une des priorités nationales et a axé les efforts sur les régions où l'incidence de la mortalité maternelle est la plus élevée⁹. Le taux de mortalité maternelle en Égypte est passé de 230 en 1990 à 66 en 2010⁸. La Fédération de Russie a réduit son taux de mortalité maternelle de plus de la moitié au cours des vingt dernières années, de 74 à 34. L'Algérie et le Chili ont enregistré eux aussi une baisse de plus de 50 % entre 1990 et 2010. Les États arabes ont réalisé des progrès louables, en réduisant le taux de mortalité maternelle de 65 % voire davantage au Maroc, en Oman et au Yémen; cette réduction passe à 50 % au moins au Qatar, en Tunisie et aux Émirats arabes unis. Ce taux a baissé d'au moins 40 % en Jordanie, en Libye et en Arabie saoudite. Le Qatar et les Émirats arabes unis sont parvenus à faire passer leur taux de mortalité maternelle sous le niveau de nombreux autres pays, y compris les États-Unis d'Amérique.⁸

12. La plupart des cas de fistule obstétricale peuvent être traités grâce à la chirurgie réparatrice. Les femmes peuvent ainsi réintégrer leur communauté si elles bénéficient du soutien psychologique approprié. Toutefois, les études laissent penser que le fossé est grand entre les besoins en matière de traitement de la fistule et les services disponibles. Actuellement, peu d'établissements peuvent proposer une chirurgie de qualité pour cette affection, car les professionnels de la santé dotés des compétences nécessaires sont rares. Les établissements qui existent ne fonctionnent pas toujours au maximum de leur capacité en raison du manque de professionnels de la santé qualifiés, d'équipements et de matériel médical permettant de sauver des vies. Lorsque ces services sont disponibles, de nombreuses femmes ne le savent pas ou ne peuvent pas en bénéficier en raison d'obstacles tels que les coûts de transport. Un projet visant à cartographier la fistule à l'échelle mondiale, réalisé en 2010 par *Direct Relief International*, *Fistula Foundation* et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), indique que seule une partie des patientes souffrant de la fistule est traitée chaque année, environ 14 000 cas alors qu'on recense entre 50 000 et 100 000 nouveaux cas chaque année², mettant ainsi en exergue la nécessité de mobiliser de nouvelles ressources afin de combler cet énorme fossé¹⁰.

13. Le FNUAP a lancé, avec des partenaires, la Campagne mondiale pour éliminer les fistules en 2003, dans le but de rendre la fistule aussi rare dans les pays en développement qu'elle l'est dans le monde industrialisé. Cette campagne est axée sur trois stratégies clefs : la prévention, le traitement et la réintégration sociale. Elle est présente dans plus de 50 pays en Afrique, en Asie, dans les États arabes et en Amérique latine et regroupe plus de 75 organismes partenaires au niveau mondial, ainsi que de nombreux autres acteurs au niveau national et communautaire. Depuis

⁶ *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. Estimations élaborées par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale, 2012; Afghan Public Health Institute et al., *Afghanistan Mortality Survey*, 2010.

⁷ Voir : http://www.unicef.org/infobycountry/iran_statistics.html.

⁸ *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*.

⁹ Voir : http://www.womendeliver.org/assets/Maternal_mortality_success_stories.pdf.

¹⁰ Voir : <http://www.globalfistulamap.org>.

son lancement, le FNUAP a soutenu directement plus de 27 000 femmes et filles afin de leur permettre de bénéficier d'un traitement chirurgical de la fistule et des partenaires, tels que EngenderHealth, des milliers d'autres¹¹. Alors que le dixième anniversaire de la Campagne pour éliminer les fistules approche, de nombreux défis doivent encore être relevés. Nombreuses sont les femmes qui continuent de souffrir d'isolement en raison de leur volonté de suivre un traitement. Selon une étude indépendante réalisée en 2010, cette Campagne a amélioré la visibilité et la connaissance de la fistule obstétricale à travers le monde, mais elle manque cruellement de ressources financières et humaines pour atteindre son objectif d'éradication de la fistule.

14. LE FNUAP fait office de secrétariat du Groupe de travail international sur la fistule obstétricale, le principal organe directeur de la Campagne pour éliminer la fistule. Ce Groupe de travail permet de promouvoir des partenariats efficaces et de dégager un consensus concernant les stratégies pertinentes à adopter pour lutter contre la fistule et la traiter, ainsi que pour réintégrer dans la société les femmes souffrant de la fistule.

III. Initiatives au niveau international, régional et national

A. Principales initiatives internationales

15. L'Organisation des Nations Unies et la communauté internationale s'emploient depuis plus de 20 ans à faire campagne pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles. Des engagements ont d'abord été pris au niveau mondial en 1987, à la Conférence internationale sur la maternité sans risques de Nairobi. Le Programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire (1994) reconnaît la santé maternelle comme composante cruciale de la santé sexuelle et procréative. En 1995, à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing), les gouvernements, en adoptant le Programme d'action, ont reconnu que des schémas profondément ancrés de discrimination sociale et culturelle étaient parmi les grandes causes de la mauvaise santé sexuelle et procréative, allant jusqu'au décès et à l'invalidité maternelle, de même que le manque d'information et de services. Les États Membres ont reconnu le droit des femmes et des filles aux normes les plus élevées en matière de santé physique et mentale, sexuelle et procréative notamment, par le biais de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention relative aux droits de l'enfant, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

16. En 2000, les dirigeants du monde se sont réaffirmés déterminés à améliorer la santé maternelle en adoptant le cinquième objectif du Millénaire pour le développement, fixant pour cible de réduire de trois quarts d'ici à 2015 le taux de mortalité maternelle¹². La cible consistant à rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015 a permis d'inclure tous les facteurs d'amélioration de la santé maternelle. Les objectifs 3, 4 et 6 sont également essentiels pour la santé

¹¹ Voir : <http://www.endfistula.org>.

¹² Consultez la résolution A/56/326.

de la femme, son bien-être et sa survie. La réalisation de l'objectif 1, réduire l'extrême pauvreté et la faim, contribue sensiblement à éliminer la mortalité maternelle et la fistule. En 2010, les données ont attesté pour la première fois de progrès accomplis en vue d'atteindre le cinquième objectif du Millénaire pour le développement; toutefois, on estime à 96 le nombre de pays qui n'atteindront pas cet objectif dans un délai de 20 ans après 2015 si le rythme actuel se poursuit¹³.

17. L'Assemblée générale a évoqué le problème de la fistule obstétricale en 2005 dans sa résolution 60/141 sur les droits des petites filles. Elle reconnaît le rôle que les grossesses précoces et le manque d'accès à des soins de santé jouent en tant que facteurs importants de la persistance de la fistule obstétricale, de la mortalité maternelle et d'autres formes de morbidité.

18. En 2007, pour la première fois, l'Assemblée générale a reconnu que la fistule obstétricale représentait un problème de santé majeur pour les femmes et adopté la résolution 62/168 intitulée « Appuyer l'action engagée pour en finir avec la fistule obstétricale ». En 2010, l'Assemblée a adopté la résolution 65/188, présentée par un nombre d'États record (172), appelant à accorder une plus grande attention et à renforcer les efforts en faveur de l'élimination de la fistule obstétricale. Les États ont réaffirmé leur volonté de promouvoir et protéger les droits de toutes les femmes et filles et de concourir à l'action engagée pour faire disparaître la fistule, notamment la Campagne mondiale pour éliminer la fistule.

19. Lancé en 2008 par le FNUAP et la Confédération internationale des sages-femmes, le Programme des sages-femmes aide les pays à renforcer leurs politiques et programmes en faveur des sages-femmes. Ce programme vise à renforcer la présence de personnel qualifié lors des accouchements dans les pays défavorisés. Il promeut la formation des sages-femmes au niveau national, en élaborant des mécanismes réglementaires solides voués aux services de qualité de sages-femmes; en renforçant et en créant des associations de sages-femmes et en plaidant auprès des gouvernements et des parties prenantes afin de favoriser les investissements dans les services de sages-femmes. Ce programme est présent dans plus de 30 pays en Afrique, en Asie, dans les États arabes et en Amérique latine. Plus de 2 000 sages-femmes ont été formées et 150 écoles de sages-femmes ont reçu des manuels, une formation clinique, des équipements et fournitures.

20. En 2010, la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale sur les objectifs du Millénaire pour le développement, a révélé que le cinquième objectif du Millénaire pour le développement disposait du soutien financier le plus faible et accuse un retard par rapport à tous les autres objectifs. Sur les 68 pays qui représentent la majorité des décès de mères et d'enfants, 16 % seulement progressent à un rythme qui leur permettra d'atteindre le quatrième et le cinquième objectifs d'ici 2015. Dès lors, une Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants a été lancée avec l'objectif de sauver la vie de plus de 16 millions de femmes et enfants d'ici 2015. L'initiative « Stratégie globale » ou « Toutes les femmes, tous les enfants » présente une feuille de route pour améliorer le financement de la santé, renforcer la politique et améliorer les services sur le terrain pour les femmes et enfants vulnérables.

¹³ Lozano, Rafael et al., « Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis », *The Lancet*, vol. 378, issue 9797 (24 septembre 2011).

21. En 2011, le Conseil des droits de l'homme a adopté une résolution phare intitulée « Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme » (résolution 18/2), en appliquant une approche axée sur les droits de l'homme aux politiques et programmes afin de réduire la mortalité et morbidité maternelles.

22. La Commission de la condition de la femme, a adopté, en mars 2012, la résolution biannuelle 56/3, relative à l'élimination de la mortalité et morbidité maternelles, grâce à l'autonomisation des femmes, appelant à l'élimination de la mortalité et morbidité maternelles évitables et au renforcement des services de santé pour les femmes et les filles, notamment l'accès à la santé sexuelle et procréative.

23. Afin de réaffirmer la nécessité de promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des filles et des jeunes femmes dans tous les aspects de la promotion de la jeunesse, la Commission sur la population et le développement a adopté la résolution 2012/1.

24. Pour répondre aux besoins cruciaux de contraception non satisfaits à travers le monde et souligner le rôle clef de la planification familiale dans la santé procréative, notamment la prévention de la fistule, des donateurs se sont engagés, à l'occasion du Sommet de Londres sur la planification de la famille (juillet 2012) à consacrer plus de 4 milliards de dollars des États-Unis aux fins de la planification de la famille. Cette initiative vise à offrir un accès à la planification familiale volontaire à 120 millions de femmes supplémentaires dans les pays en développement d'ici 2020.

B. Principales initiatives régionales

25. Inquiète du manque de progrès dans la poursuite des quatrième et cinquième objectifs, l'Union africaine, avec l'appui de l'Organisation des Nations Unies, a intensifié ses efforts pour améliorer la santé sexuelle et procréative en Afrique. En 2003, le Groupe de travail régional sur la santé de la reproduction a demandé que soit élaborée une feuille de route nationale en vue d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ce plan, auquel ont souscrit l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF, la Banque mondiale et d'autres partenaires, a pour but d'aider les gouvernements à planifier et à mobiliser un soutien pour un suivi qualifié de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale et de renforcer les systèmes de santé nationaux. À ce jour, 42 pays d'Afrique ont déjà élaboré une feuille de route et 9 ont réalisé des examens à mi-parcours et élaboré des plans de mise en œuvre.

26. En 2006, des chefs d'État de l'Union africaine ont souscrit au Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation en Afrique. Ce cadre, connu également sous la dénomination de Plan d'action de Maputo, traite des difficultés en matière de santé sexuelle et procréative que connaît l'Afrique et comprend un volet important sur la lutte contre la fistule obstétricale, qui invite à renforcer le secteur de la santé et à augmenter les ressources qui lui sont allouées. Bien que certains progrès aient été réalisés au chapitre de l'application du Plan d'action de Maputo, les ressources

restent très limitées, peu de pays disposant d'une ligne budgétaire pour la santé sexuelle et procréative¹⁴. Les Chefs ont prorogé le Plan de 2010 à 2015.

27. La campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique vise à promouvoir une mise en œuvre plus active du Plan d'action de Maputo en Afrique. Elle dispose de l'appui du FNUAP, de l'UNICEF et de l'OMS ainsi que d'institutions donatrices bilatérales et d'organisations de la société civile, aux niveaux national et régional. Cette campagne fait appel à la concertation politique, à la sensibilisation et à la mobilisation des communautés pour réunir des engagements politiques, augmenter les ressources et faire changer les mentalités en faveur de la santé maternelle à l'échelle du pays.

28. Un réseau régional africain d'organisations de la société civile a été lancé lors de la conférence régionale africaine sur la fistule et la santé maternelle, qui s'est tenue en Côte d'Ivoire, en 2008. Ce réseau entend mobiliser des ressources techniques et financières et promeut la coopération Sud-Sud afin de lutter efficacement contre la fistule obstétricale et d'améliorer la santé maternelle.

29. En 2009, l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est a adopté la Déclaration intitulée « Joint Declaration on the Attainment of the Millennium Development Goals in ASEAN », qui inclut l'élaboration et la mise en œuvre d'une feuille de route aux fins de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. En 2011, la Commission intergouvernementale des droits de l'homme de l'ASEAN a organisé une conférence aux Philippines, qui a recensé les bonnes pratiques spécifiques à la région visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles. Elle a également appelé de ses vœux de nouveaux efforts en vue d'améliorer la santé maternelle, grâce à des crédits budgétaires supplémentaires et de nouveaux textes législatifs assurant la promotion des droits de la femme à la santé en matière de reproduction, notamment la sécurité de la grossesse et les services de planification de la famille abordables.

30. Aux fins de la promotion du thème « Neglected no more – dignity restored », le FNUAP a soutenu une conférence régionale sur la fistule au Pakistan en 2011, qui a réuni 1 200 participants provenant de 14 pays, dont 10 chirurgiens spécialistes de la fistule. Cet événement constitue une étape importante dans la mise en exergue de la fistule obstétricale au Pakistan et confirmé l'engagement fort du Ministre pakistanais de la Santé afin de créer une équipe spéciale nationale pour la fistule.

31. L'Association sud-asiatique de coopération régionale (ASACR) a lancé un projet régional afin de réduire la mortalité maternelle et infantile, en renforçant les compétences des professionnels de santé, en adoptant une approche intégrée de soins de santé primaires maternels et infantiles et en améliorant les infrastructures et les équipements aux niveaux des districts et des sous-districts. Ce projet est financé par le nouveau Fonds de développement de l'ASACR.

32. Une équipe spéciale régionale interinstitutions pour la réduction de la morbidité maternelle a été constituée dans la région d'Amérique latine et des Caraïbes. Elle soutient les pays dans leur application des recommandations de la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant (OMS). Les membres sont composés des entités des Nations

¹⁴ Voir <http://www.FNUAP.org/public/home/publications/pid/4197>.

Unies, des institutions donatrices bilatérales, des banques de développement, des organisations non gouvernementales et des associations professionnelles médicales.

33. La collaboration Sud-Sud est une stratégie essentielle de la Campagne pour éliminer la fistule. Depuis 2010, le FNUAP et ses partenaires ont soutenu le partage des connaissances, des compétences et des ressources entre de nombreux pays. Le Niger a accueilli une équipe de médecins et de chirurgiens provenant d'Haïti; en Éthiopie, l'hôpital Hamlin Fistula a traité des cas de fistule complexes du Soudan et l'Afrique du Sud a traité des cas de fistule du Swaziland. Le Bangladesh a organisé une formation portant sur la chirurgie de la fistule, la gestion et les activités de conseil, destinée aux professionnels de la santé au Népal et il a réalisé des chirurgies compliquées de la fistule au Timor-Leste. Les médecins pakistanais se sont rendus au Kenya pour suivre une formation sur les nouvelles techniques dans le cadre de l'incontinence postopératoire. Au Bénin, le FNUAP, en collaboration avec la société civile et le projet intégré de santé familiale de l'USAID, a soutenu la formation des chirurgiens de la fistule du Tchad et de Mauritanie sur les dernières techniques à adopter lors d'une intervention chirurgicale destinée à réparer une fistule. Un chirurgien de la fistule sénégalais a réalisé des interventions au Tchad, au Gabon et au Rwanda. Le Lesotho a envoyé des patientes souffrant de la fistule en Afrique du Sud afin d'être traitées. Les ministres de la santé du Sud-Soudan et de l'Ouganda ont signé un accord permettant aux étudiants sud-soudanais d'entamer des études de sages-femmes en Ouganda.

C. Principales initiatives nationales

34. L'amélioration de la santé procréative doit être un processus de développement que les pays s'approprient et qu'ils dirigent eux-mêmes. Afin d'accélérer les progrès vers une réduction de la mortalité maternelle et l'éradication de la fistule, les pays doivent allouer une part plus importante de leur budget national à la santé, en particulier la santé procréative. Les pays ont également besoin d'un appui technique et financier accru au niveau international. Des progrès ont été accomplis au niveau de l'intégration de la fistule obstétricale dans les plans et les politiques nationaux de différents pays (Bangladesh, Burkina Faso, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Madagascar, Mozambique, Ouganda, Sierra Leone, et Soudan). En Afghanistan, la révision de la stratégie et de la politique en matière de santé procréative était axée sur la participation des hommes, les soins obstétricaux d'urgence, la fistule et les violences sexistes. En mai 2012, le Gouvernement tchadien a organisé une conférence pour renforcer la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre la fistule et redynamiser l'Équipe spéciale nationale chargée de lutter contre la fistule.

35. Pour faciliter la planification coordonnée et l'interaction entre les partenaires qui s'acquittent de tous les aspects de la fistule obstétricale, plusieurs pays ont créé une Équipe spéciale nationale chargée de lutter contre la fistule. En règle générale, ces équipes sont dirigées par les ministres de la santé et incluent des organisations de la société civile, des prestataires de soins médicaux et des organismes de l'ONU. À ce jour, 14 pays ont établi des équipes spéciales nationales de lutte contre la fistule, notamment l'Afghanistan, la République centrafricaine, le Mali et le Sud-Soudan. L'équipe spéciale ougandaise montre l'exemple, en se réunissant régulièrement pour renforcer le dialogue et la coordination des activités relatives à la fistule.

36. Des pays à travers le monde renforcent leurs politiques et stratégies afin de mieux protéger les femmes et les filles, et s'attaquent aux multiples formes de violences sexistes, notamment la traite des êtres humains, l'exploitation et la violence sexuelle, les mutilations et ablations génitales féminines et le mariage des enfants. Le Gouvernement du Niger a fait de l'égalité des sexes, l'accès à la santé procréative et la tolérance zéro envers la violence à l'encontre des femmes et des filles, des droits constitutionnels. La plupart des pays qui présentent un taux élevé de mariages d'enfants (Bangladesh, Burkina Faso, Érythrée, Éthiopie, Inde, Malawi, Mali, Mozambique, Népal, Nicaragua, Ouganda et République centrafricaine) ont adopté une législation fixant l'âge de mariage minimum à 18 ans. D'autres pays ont éliminé les différences en matière d'âge légal entre les garçons et les filles. Toutefois, l'application de telles lois nationales s'avère souvent ardue dans les zones rurales et éloignées.

37. En 2011, le FNUAP, conjointement avec la Représentante des États-Unis, Carolyn Maloney, et les partenaires de la Campagne pour éliminer la fistule, ont organisé une réunion au Congrès américain, à Washington D.C., intitulée « End fistula forever » (Éradiquer la fistule une fois pour toutes). Cette réunion visait à former les membres du Congrès sur la fistule et à discuter de l'appui des États-Unis pour les programmes sur la fistule au niveau mondial.

IV. Mesures prises par les États Membres et l'Organisation des Nations Unies et lacunes restant à combler

A. Stratégies et interventions de prévention visant la réalisation des objectifs de santé maternelle et l'élimination de la fistule obstétricale

38. Les études indiquent que la prévention des décès et de l'invalidité liés à la maternité, notamment la fistule, est plus efficace lorsque l'accès universel aux trois interventions clefs est assuré, à savoir la planification familiale, l'accouchement assisté par un personnel qualifié et l'accessibilité des soins d'urgence pour les femmes et les nouveau-nés¹⁵. Pour accélérer les progrès dans le domaine de la santé maternelle et des nouveau-nés et redynamiser l'appui en faveur des pays où la mortalité liée à la maternité est élevée, le FNUAP a lancé le Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle et le programme mondial visant à améliorer la sécurité d'approvisionnement en produits de santé procréative. Le Fonds thématique soutient la Campagne mondiale pour éliminer la fistule et les programmes nationaux de lutte contre la fistule dans les pays prioritaires.

39. Dans des régions connaissant des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles, le pourcentage des naissances assistées par du personnel qualifié est passé de 55 % en 1990 à 65 % en 2009, en enregistrant d'énormes disparités entre les régions; les niveaux les plus bas de soins professionnels étant observés en Afrique et en Asie du Sud¹⁶. Les sages-femmes jouent un rôle de premier plan dans

¹⁵ Pour toute population de 500 000 membres ou tout district ou zone sous-national, au moins cinq établissements de santé primaire, dont au moins un proposant des soins d'obstétrique d'urgence ou néonataux.

¹⁶ *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*; et *The State of the World's Midwifery 2011: Delivering Health, Saving Lives*.

la prévention de la fistule obstétricale en prodiguant des soins à l'accouchement professionnels de qualité, en repérant les cas de travail prolongé avec obstruction, en recourant à des outils tels que le partographe, et en les confiant à un obstétricien, un gynécologue ou un médecin si des soins obstétricaux d'urgence ou une césarienne s'imposent. Les sages-femmes et les médecins jouent un rôle crucial dans la prise en charge rapide de nouvelles fistules, puisque les femmes qui souffrent de cette affection sont confiées à des chirurgiens de la fistule, spécialisés et qualifiés.

40. Plusieurs pays en Afrique et en Asie ont pris des mesures pour améliorer l'accès aux services en réduisant, voire en supprimant les redevances pour les soins de santé de base. La Sierra Leone a lancé une initiative d'envergure en 2010 visant à fournir des soins de santé gratuits aux femmes enceintes, aux mères allaitantes et aux enfants âgés de moins de 5 ans. Depuis 2011, le Togo a subventionné 90 % des coûts des césariennes. Le Bangladesh dirige un système de coupons qui encourage plus de femmes à profiter des services de soins anténatals et d'accouchement. Les pays doivent proposer des soins de santé maternelle gratuits ou subventionnés pour toutes les femmes et filles pauvres qui ne sont pas en mesure de les payer.

41. Afin de renforcer l'appui auprès de pays qui enregistrent les plus grands nombres de décès de la mère et du nouveau-né, les agences de santé « H4+ » (ONUSIDA, FNUAP, UNICEF, ONU-Femmes, Banque mondiale, OMS) ont lancé l'Initiative HBCI (High Burden Country Initiative), conformément à la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants. Cette Initiative appuie le renforcement des systèmes de santé en Afghanistan, au Bangladesh, en République démocratique du Congo, en Éthiopie, en Inde, au Mozambique, au Nigéria et en République-Unie de Tanzanie, qui représentent près de 60 % des décès de la mère et du nouveau-né au niveau mondial.

42. L'accès aux services, en particulier aux services d'accoucheurs qualifiés et des soins obstétricaux d'urgence, constitue la plus grosse difficulté dans le domaine de la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles¹⁷. Des maisons d'attente de maternité, ainsi que des logements gratuits ou peu onéreux situés à proximité d'un établissement de santé, constituent des options prometteuses susceptibles de combler l'écart entre les zones géographiques en matière d'accès aux soins. Ces initiatives permettent aux femmes rurales et très vulnérables de patienter pendant leur grossesse et une fois le travail commencé, ou plus tôt en cas de complications, être transférées vers l'établissement médical tout proche. Elles visent aussi à permettre aux survivantes de la fistule de recourir à une césarienne de convenance lorsqu'elles retombent enceintes, afin d'éviter toute nouvelle fistule et d'augmenter les chances de survie de la mère et du bébé. Bien que davantage de preuves soient nécessaires, les maisons d'attente de maternité peuvent influencer positivement sur la santé des femmes rurales et aider à réduire les décès et incapacités de la mère et du nouveau-né, comme nous l'avons observé à Cuba, en Érythrée, au Nicaragua et au Zimbabwe.

43. L'accès à la planification familiale permet de faire en sorte que chaque grossesse soit désirée et planifiée et qu'elle survienne à un moment opportun dans la

¹⁷ Le 14^e Commentaire général du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, définit l'accessibilité et précise qu'elle comporte quatre dimensions qui se recourent: la non-discrimination, l'accessibilité physique, l'accessibilité économique et l'accessibilité de l'information.

vie d'une femme. Cet accès est primordial pour réduire le risque de toute récurrence de la fistule obstétricale à l'occasion de futures grossesses de femmes déjà atteintes. Le FNUAP s'efforce de susciter et de maintenir un engagement politique et financier en faveur de la planification familiale dans le cadre des stratégies de santé maternelle. En 2011, le FNUAP a appuyé la Conférence régionale sur la population, le développement et la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone, qui s'est tenue au Burkina Faso, ainsi que la Conférence régionale sur la planification familiale au Sénégal. Le Programme mondial du FNUAP visant à renforcer la sécurité de l'approvisionnement en produits de santé procréative a mobilisé 450 millions de dollars depuis 2007 afin d'assurer une distribution fiable de contraceptifs, de préservatifs et de médicaments.

44. Si la prévention de la fistule constitue un enjeu prioritaire, il ne faut pas oublier les rescapées de cette affection pour lesquelles les risques de devoir faire face à un travail prolongé ou de développer une nouvelle fistule voire de décéder en cas de nouvelle grossesse, sont élevés. Cet aspect primordial, trop souvent négligé, est mis en exergue par la Campagne pour éliminer les fistules afin d'assurer la survie de la mère et du bébé et de prévenir toute récurrence de la fistule, en permettant aux survivantes de recourir à une césarienne de convenance. Mais cette problématique n'est pas suffisamment prise en considération et requiert un renforcement considérable de l'action et de l'engagement.

45. Les activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire sont des composantes clefs de la prévention de la fistule obstétricale et de la mortalité maternelle. Les survivantes de la fistule peuvent jouer un rôle de premier plan en sensibilisant l'opinion publique à la nécessité de pouvoir recourir rapidement à des soins de soins anténatals, d'accouchement et postnatals de qualité.

46. En 2010, l'Équipe spéciale interinstitutions des Nations Unies pour les adolescents de l'ONU, a signé une déclaration commune visant à accroître l'appui aux pays en développement afin de faire progresser les politiques et les programmes d'autonomisation des adolescentes qui sont les plus difficiles à atteindre. À ce jour, 20 pays ont bénéficié d'une aide aux fins de la planification de programmes complets destinés aux filles vulnérables.

B. Stratégies et interventions thérapeutiques

47. À terme, c'est la prévention qui permettra d'éliminer la fistule, mais le traitement reste crucial pour les femmes qui en souffrent car elle leur permet de reprendre possession de leur vie, de leurs espoirs et de leur dignité. Les États Membres s'emploient à accroître l'accès au traitement de la fistule en modernisant les services de santé et en formant du personnel. En 2011, d'importants progrès ont été accomplis pour améliorer le traitement et plus de 7 000 réparations chirurgicales de la fistule ont été soutenues directement par le FNUAP, soit une augmentation de 40 % depuis 2010. Toutefois, des centaines de milliers de femmes et de filles à travers le monde sont dans l'attente d'un traitement et les capacités de traitement global sont loin de pouvoir les atteindre et les guérir toutes. Le nombre déjà élevé de patientes qui attendent toujours d'être soignées continue d'augmenter. Il est nécessaire de renforcer significativement et durablement les services de traitement de qualité et le nombre de chirurgiens de la fistule qualifiés. Les États Membres et

la Campagne pour éliminer les fistules doivent relever le défi qui consiste à combler cet écart.

48. De nombreuses femmes et filles pauvres ne peuvent pas bénéficier d'un traitement de la fistule en dépit du fait que certains pays proposent désormais un traitement de cette affection à titre gracieux. Par conséquent, tous les pays devraient proposer un accès gratuit aux services du traitement de la fistule. On observe un besoin urgent et permanent d'un engagement national et du soutien des donateurs afin de fournir les ressources nécessaires pour aider l'ensemble des femmes et des filles souffrant de cette affection. Davantage d'engagements pluriannuels sont nécessaires pour aider à assurer la viabilité et la poursuite des programmes.

49. De nombreuses femmes et filles qui souffrent de la fistule ne savent pas qu'il existe un traitement. Et quand bien même elles le savent, elles se heurtent à un obstacle de taille qui les empêche d'accéder aux services de réparation de la fistule, à savoir les frais de transport très élevés pour se rendre dans un établissement sanitaire; cela est particulièrement vrai pour celles qui vivent dans des zones reculées. L'accessibilité géographique au Soudan a été améliorée grâce à l'ouverture de services de réparation de la fistule à proximité de communautés isolées. En 2011, le Centre des femmes Aberdeen (Sierra Leone) a mis en place un service d'assistance téléphonique gratuit afin de transmettre des informations et présenter les options de soin pour les femmes souffrant de la fistule, permettant ainsi à plus de 220 patientes de bénéficier d'un traitement. La réadaptation à base communautaire globale en République-Unie de Tanzanie et la Fondation « Freedom from Fistula » au Kenya proposent des interventions chirurgicales de réparation de la fistule à titre gracieux et développent une initiative de téléphone mobile pour aider ceux qui ne peuvent pas payer les frais de transport. Grâce à la technologie bancaire de mobile à mobile M-Pesa, des fonds sont transférés aux patientes souffrant de la fistule afin de couvrir les frais de transport. Pour faciliter l'accès aux services de traitement de la fistule et améliorer la qualité des soins, de nombreux pays, à l'instar de l'Angola et du Yémen, ont intégré des services spécialisés de la fistule au sein d'un choix d'hôpitaux, loin de toute approche « mission ou camp » pour traiter la fistule. Si des missions intermittentes ou des camps permettent de réaliser des interventions chirurgicales de la fistule auprès de nombreuses femmes, leur portée et leur potentiel restent limités. En poursuivant leurs efforts en ce sens, les États Membres devraient s'efforcer de créer des services intégrés de traitement de la fistule au sein d'hôpitaux sélectionnés de façon stratégique, disponibles en permanence, et proposer une palette de soins globale et une assistance aux fins du traitement, de la réadaptation et des soins de suivi cruciaux auprès des femmes souffrant de cette affection.

50. Pour améliorer la qualité des soins et faire en sorte que toutes les femmes reçoivent le meilleur traitement possible, la Société internationale des chirurgiens spécialistes de la fistule obstétricale promeut le partage des connaissances, le perfectionnement professionnel et l'assurance qualité auprès des chirurgiens de la fistule et les soignants. La Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, avec l'aide du FNUAP, et la Société internationale des chirurgiens spécialistes de la fistule obstétricale, ont élaboré un manuel de formation axé sur les compétences, consacré à la fistule obstétricale qui vise à harmoniser les approches et les techniques chirurgicales entre les différents centres de traitement de la fistule. Le FNUAP a publié un document supplémentaire destiné aux partenaires de la Campagne pour éliminer les fistules et les ministres de la santé, formulant des

recommandations stratégiques sur la formation des chirurgiens de la fistule. L'assurance-qualité reste un enjeu de premier ordre. L'une des préoccupations principales réside dans le fait que les soignants qualifiés dans la gestion de la fistule bénéficient d'un soutien limité pour exercer leurs compétences. Il est nécessaire d'intensifier les efforts pour assurer au personnel formé des conditions de travail optimales, des équipements adéquats, des centres de santé fonctionnels et des mesures incitatives afin de les maintenir à leur poste. Veiller à ce que les prestataires respectent les critères préopératoires, notamment un état nutritionnel et une condition physique adéquats aux fins de l'intervention chirurgicale, pour optimiser les résultats de l'opération, constitue également un défi.

C. Stratégies et mesures de réintégration

51. Guérir la fistule obstétricale demande non seulement une intervention chirurgicale, mais également une approche holistique, incluant un appui psychosocial et un soutien économique. Par le passé, très rares étaient les pays qui fournissaient des données sur les femmes qui avaient bénéficié de services de réintégration et de réadaptation, un élément important qui s'inscrit dans l'ensemble des soins. En 2012, environ 19 pays, dont l'Afghanistan, le Cameroun, la Guinée-Bissau et le Népal, ont déclaré offrir ces services, traduisant ainsi un renforcement de leur engagement. Toutefois, le suivi de personnes qui souffraient de la fistule est un enjeu de taille. Dans la plupart des pays, seule une partie des patientes atteinte de cette affection bénéficie de services de réintégration, en dépit des besoins importants. Tous les besoins concernés par la fistule devraient suivre cet indicateur afin de garantir l'accès aux services de réintégration. La réintégration sociale des patientes inopérables et incurables souffrant de la fistule reste une lacune majeure.

52. Les services de santé englobent des conseils, pendant toutes les phases du traitement et du rétablissement, depuis le premier point de contact jusqu'à la sortie de l'hôpital, en passant par les cours de santé procréative, la planification familiale et des activités rémunératrices assorties de campagnes de sensibilisation auprès des populations locales pour réduire la stigmatisation et la discrimination. Au Pakistan, quatre centres dédiés à la fistule proposent des activités de réadaptation aux patientes, notamment l'hôpital Koochi Goth à Karachi, sous l'impulsion d'un médecin local, Shershah Syed. Plus de 70 patientes ont bénéficié d'une assistance à la réadaptation en 2011, assortie d'un suivi régulier afin d'en évaluer les effets.

53. Lorsque des patientes souffrant de cette affection renouent avec une activité rémunératrice, elles accèdent à des moyens de subsistance indispensables, en tissant de nouveaux liens sociaux et en se fixant de nouveaux objectifs. Au Congo, les patientes traitées pour la fistule se voient désigner un tuteur qui les aidera à développer une activité sur la base de leurs compétences ou des compétences requises. Les patientes peuvent ouvrir un compte bancaire et suivre une formation dans le domaine comptable et des affaires. La Fondation nigériane pour la lutte contre la fistule vient en aide aux femmes souffrant d'une fistule inopérable ou incurable en leur proposant une formation relative à divers métiers, tels que la broderie, le tricot ou la photographie. En Éthiopie, un partenaire de la Campagne pour éliminer les fistules, *Healing Hands of Joy*, déploie un modèle innovant pour la cicatrisation, l'autonomisation et la réintégration des rescapées de la fistule, en les formant au rôle d'ambassadrices d'une maternité sans risque. En dépit de ces bonnes

pratiques, trop peu de survivantes de cette affection bénéficient de tels services de réintégration vitaux.

D. Collecte et analyse des données

54. Les informations sur les activités liées à la fistule sont rares, éparses et incomplètes et difficiles à obtenir. Des efforts concertés ont été consentis pour améliorer la disponibilité des données, notamment le lancement de la première feuille de route globale sur la fistule au début de l'année 2012. Un module normalisé sur la fistule devant être inclus dans les enquêtes démographiques et sanitaires a été élaboré et utilisé au Cameroun, en Guinée et en Guinée-Bissau. La Fondation genevoise pour la formation et la recherche médicales et l'OMS ont créé une base de données en ligne qui permet de les saisir et de les analyser de manière centralisée et de faire des comparaisons entre différents programmes. Le Burkina Faso et le Ghana ont intégré la fistule dans leur système de santé national. Un recueil d'indicateur est en cours de compilation afin d'aider les pays à choisir des indicateurs clefs aux fins du contrôle de leur programme de lutte contre la fistule obstétricale. L'obtention de données reste un défi, en raison de dispositifs d'enregistrement des données et d'établissement de rapports inadéquats.

55. La feuille de route globale sur la fistule permet de rationaliser l'affectation des ressources, sensibiliser l'opinion à la problématique de la fistule et dresser l'inventaire des écarts et des capacités en matière de traitement de la fistule à l'échelle mondiale. Malheureusement, dans les pays présentant les taux les plus élevés de mortalité maternelle et de fistule obstétricale, comme le Burundi, le Tchad, la République centrafricaine, la Somalie et le Sud-Soudan, cette feuille de route atteste des lacunes les plus importantes et notamment du manque cruel de centres de traitement de la fistule. Elle met en exergue les efforts considérables déployés par de nombreux partenaires pour traiter cette affection et peut être utilisée comme un outil de promotion de la coopération Sud-Sud. Les données disponibles montrent que, si l'offre des services de traitement chirurgical pour la fistule augmente, seule une partie des patientes souffrant de cette affection bénéficie d'un traitement chaque année. Plus de la moitié des établissements ayant participé à l'établissement des rapports ont traité chacun moins de 50 patientes en 2010. Seuls cinq établissements à travers le monde ont indiqué traiter plus de 500 femmes. La feuille de route sera élargie et sans cesse mise à jour sur la base des informations fournies par les experts et les praticiens aux quatre coins de la planète sur les services de réparation et de réhabilitation.

56. Les études portant sur la mortalité maternelle et les cas d'« échappées belles »¹⁸ sont de plus en plus reconnues et utilisées pour améliorer l'assurance-qualité. Un contrôle des décès maternels et des mesures ont été mis en place par les partenaires sous la forme d'un cadre en faveur de l'élimination de la mortalité maternelle en tant que charge mondiale de santé publique. Des consultations interinstitutions ont été organisées, sous l'égide de la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant, dans toutes les régions en vue de répondre aux besoins en matière d'institutionnalisation

¹⁸ Une « échappée belle » est une complication obstétricale grave engageant le pronostic vital nécessitant une intervention médicale urgente afin de prévenir le décès de la mère (OMS, *Au-delà des nombres*, 2004, p. 115).

des études portant sur la mortalité maternelle, ainsi que de la surveillance des décès maternels et des mesures à adopter. Le Bénin, le Burundi, l'Éthiopie, le Ghana, Madagascar et le Malawi s'orientent vers des audits systématiques de la mortalité maternelle aux fins de l'amélioration de la qualité des soins. Au Bangladesh et au Népal, un système de surveillance national a été mis en place, avec l'aide du FNUAP, en vue d'identifier et de traiter les cas de fistule « cachés ».

57. en partenariat avec l'UNICEF, l'OMS et le programme Averting Maternal Death and Disabilities de l'université de Columbia (New York), le FNUAP a soutenu des évaluations des besoins concernant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans des pays enregistrant un taux de mortalité maternelle élevé. Ces évaluations permettent de disposer d'un tableau du niveau actuel des soins et fournissent des éléments nécessaires pour la planification, la sensibilisation et la mobilisation des ressources afin de renforcer les services d'urgence dans chaque district. En 2011, environ 24 pays ont terminé ou commencé ces évaluations.

58. De nombreuses autres études sont nécessaires pour traiter efficacement la problématique de la fistule obstétricale. Johns Hopkins University, en collaboration avec le FNUAP et l'OMS, mène dans plusieurs centres une étude destinée à examiner les liens entre, d'une part, le pronostic et le traitement chirurgical et, d'autre part, la santé, le statut psychosocial et la réintégration après l'intervention chirurgicale. Cette étude sans précédent, lancée en 2010, est en cours au Bangladesh, en Éthiopie et au Niger. Les résultats de l'étude aideront à élaborer un système de classification de la fistule obstétricale fondé sur le pronostic, à orienter les campagnes d'information, et à mettre en place des programmes et des stratégies nationales adaptés faisables et de coût raisonnable. Les progrès sont lents toutefois en raison du manque de financement.

59. Il est primordial de trouver une manière de proposer des services de réparation de la fistule efficaces et économiques, sans compromettre les résultats de la chirurgie ou la santé générale de la patiente. Le Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine du PNUD, FNUAP, de l'OMS et de la Banque mondiale, conjointement avec EngenderHealth, réalise de manière aléatoire et sous contrôle un essai multicentrique axé sur les établissements dans plusieurs pays africains afin d'examiner si le nombre d'échecs en matière de réparation de la fistule lorsqu'on a opté pour un cathétérisme à court terme (7 jours) après une réparation chirurgicale auprès de cas « simples » de fistule est inférieur à celui enregistré lorsqu'on opte pour un cathétérisme à plus long terme (14 jours).

60. Comme les sages-femmes occupent la première ligne dans la lutte contre la fistule obstétricale et la mortalité maternelle, il est crucial de disposer de sages-femmes qualifiées. Toutefois, les données sur la profession de sage-femme dans les pays les plus touchés, manquent cruellement. Pour combler ce manque de données, le Programme relatif aux sages-femmes lancé par le FNUAP, a publié en 2011, en collaboration avec la Confédération internationale des sages-femmes, le premier rapport intitulé « *State of the World's Midwifery* ». Cette initiative conjointe impliquait 30 partenaires mondiaux désireux de générer des données sur les politiques et les services de sage-femme de 58 pays à faible revenu, soit 91 % du fardeau global de mortalité maternelle et 82 % de la mortalité néonatale. Vingt-sept évaluations des besoins et analyses des lacunes ont été réalisées et des plans

d'action par pays ont ensuite été élaborés pour renforcer les capacités et les politiques relatives aux sages-femmes.

E. Plaidoyer et sensibilisation

61. Des défenseurs nationaux et des activistes mondiaux soutiennent la Campagne pour éliminer les fistules. L'épouse du Président du Sierra Leone, M^{me} Sia Nyama Koroma, une rescapée de la fistule, Sarah Omega du Kenya, Natalie Imbruglia et Christy Turlington Burns comptent parmi les acteurs à travers le monde qui continuent de mobiliser des appuis. Des décideurs, des notables locaux, des chefs religieux et des professionnels de la santé jouent un rôle déterminant pour la promotion des droits des femmes et des filles, et la lutte contre les pratiques dangereuses et les inégalités hommes-femmes qui menacent leur bien-être.

62. La Campagne pour éliminer les fistules est l'une des différentes initiatives décrites dans *MDG Good Practices*, une publication du Groupe des Nations Unies pour le développement qui met en exergue l'approche innovante et globale axée sur la sensibilisation et le programme de la Campagne. Cette approche doit être sensiblement peaufinée au niveau mondial afin de renforcer les activités de sensibilisation à l'éradication de la fistule obstétricale et nécessite une mobilisation accrue des ressources humaines et financières.

63. Les activités coordonnées de sensibilisation et de communication aux fins de l'éradication de la fistule obstétricale ont bénéficié d'un soutien accru au niveau mondial et national. Toutefois, l'élaboration de moyens peu onéreux, à fort impact et appropriés d'un point de vue culturel implique que la transmission de messages relatifs à la santé reste épineuse dans de nombreux pays. Les concepts liés aux droits de l'homme jouent un rôle pivot. Grâce aux médias et à la sensibilisation des personnes, le recours à la radio, à la télévision et à la presse, pour transmettre des messages importants sur la prévention et le traitement de la fistule, ainsi que sur la réintégration sociale par la suite, en vue de se faire entendre des familles et des communautés permettront de combler ce fossé.

64. La communication au niveau local aide à surmonter les obstacles en matière de prévention de la fistule obstétricale et à trouver des solutions qui soient acceptées culturellement. L'une des approches les plus novatrices et réussies a consisté à faire participer des femmes ayant survécu à la fistule aux actions menées auprès des populations locales. Il n'y a pas meilleur porte-parole pour la promotion de la prévention et des accouchements en toute sécurité ou pour aider les survivantes « invisibles » de la fistule à accéder à un traitement, qu'une femme qui a survécu à cette infection. Dix-huit pays ont appuyé les efforts des rescapées, au niveau local comme au niveau national, pour sensibiliser les communautés, assurer l'entraide et plaider en faveur d'une meilleure santé maternelle.

65. En 2011, pour la première fois dans l'histoire de la Campagne pour éliminer les fistules, des survivantes de la fistule ont participé à la réunion annuelle des experts techniques du Groupe de travail international sur la fistule obstétricale, en proposant un lien vital et pourtant absent par le passé. Ce n'est pas seulement un symbole de la reconnaissance internationale de leur précieux travail de sensibilisation à travers l'initiative « One by one let's end fistula » au Kenya, mais, plus important encore, une contribution de premier ordre aux efforts programmatiques et stratégiques, au niveau mondial. Grâce aux efforts soutenus du

secrétariat de la Campagne, de nombreuses organisations collaborent désormais avec des rescapées de la fistule et s'emploient à atteindre les femmes et les filles qui souffrent de cette affection, en plaidant pour l'autonomisation des femmes, l'engagement des hommes et l'engagement politique en vue d'éradiquer la fistule. Au Bangladesh et au Niger, les acteurs impliqués dans la lutte contre la fistule ont reçu un téléphone portable afin d'améliorer la coordination et susciter une implication plus forte auprès des communautés de leurs villages.

F. Appui mondial et mobilisation de ressources

66. L'initiative « Every Woman Every Child » (Chaque femme, chaque enfant) vise à mettre en œuvre la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants. On comptait près de 217 engagements en février 2012. Certains pays ont pris des engagements forts comme la possibilité pour les rescapées de la fistule à nouveau enceintes d'opter pour une césarienne à titre gracieux, la création de centres de traitement et des services gratuits. Plus de 25 organisations commerciales ont adhéré à cette Stratégie, notamment le Groupe Johnson & Johnson qui a octroyé la première aide financière à un programme conjoint des Nations Unies en Éthiopie et en République-Unie de Tanzanie.

67. Un autre défi de taille auquel doivent faire face les pays est l'insuffisance des ressources financières nationales pour la santé maternelle et la fistule obstétricale. À ce problème s'ajoute le niveau médiocre de l'aide publique au développement en faveur de la réalisation du cinquième objectif du Millénaire pour le développement. Les contributions destinées à la Campagne pour éliminer les fistules sont de loin insuffisantes pour satisfaire aux besoins à l'échelle de la planète et ont affiché une propension à diminuer constamment au cours des dernières années, en raison notamment de la crise financière mondiale actuelle. Par conséquent, il est primordial de redoubler d'efforts pour renforcer la mobilisation des ressources en vue de s'assurer que la problématique de la fistule ne soit de nouveau reléguée au second plan.

68. D'autres initiatives en faveur de la santé maternelle et de la prévention de la fistule aux fins de l'accélération de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement incluent l'Initiative G-8 Muskoka pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et le Groupe des Huit.

V. Conclusion et recommandations

69. **La fistule obstétricale est le fruit des inégalités socioéconomiques et hommes-femmes et de l'échec des systèmes de santé à assurer des soins de santé maternelle de qualité accessibles, notamment des services de planification familiale, une assistance qualifiée lors de l'accouchement et des soins obstétriques d'urgence en cas de complications. Au cours des deux dernières années, des progrès importants ont été accomplis pour attirer l'attention sur les décès et incapacités liés à la maternité, notamment la fistule obstétricale. En dépit de cette évolution positive, de nombreux défis doivent encore être relevés. Le fait qu'au vingt-et-unième siècle, à travers le monde, les femmes et filles les plus pauvres et les plus vulnérables souffrent inutilement d'une affection**

dévastatrice, qui a été pratiquement éradiquée dans le monde industrialisé, constitue une grave injustice.

70. Il est urgent de renforcer sensiblement la mobilisation financière et l'engagement politique afin d'évoluer rapidement vers l'éradication de ce fléau mondial et de combler le fossé en matière de besoins non satisfaits concernant le traitement de la fistule. Il convient de porter une attention particulière et de venir en aide aux pays présentant les taux de morbidité et de mortalité maternelle les plus élevés, en particulier ceux qui s'efforcent de progresser dans la réalisation du cinquième objectif du Millénaire pour le développement, par exemple, le Burundi, le Cameroun, la République centrafricaine, le Tchad, le Congo, la Guinée-Bissau, le Lesotho, la Sierra Leone, la Somalie, le Sud-Soudan et le Zimbabwe.

71. Il existe un consensus mondial sur les interventions clefs nécessaires pour réduire les décès et incapacités liés à la maternité. Les pays investissent de plus en plus dans la prévention et le traitement de la fistule obstétricale et la réintégration sociale des femmes souffrant de cette maladie et ce, dans le cadre des efforts qu'ils déploient pour réaliser l'objectif 5 du Millénaire pour le développement. Toutefois, il y a lieu de multiplier d'urgence les interventions réputées rentables, en mettant en exergue le rôle crucial des sages-femmes, de manière à réduire le nombre élevé de décès et d'invalidités évitables chez les mères.

72. Une meilleure compréhension de la charge sociale et économique que représente une mauvaise santé procréative et maternelle a conduit à l'élaboration d'approches multisectorielles afin d'établir des liens entre la pauvreté, les inégalités, les disparités entre les sexes, la discrimination, une éducation laissant à désirer et la santé. L'action à mener pour améliorer la santé des femmes doit porter sur leur éducation, leur autonomisation économique, y compris leur accès au microcrédit et au micro financement, ainsi que les réformes juridiques et les initiatives sociales tendant à retarder le mariage et les grossesses.

73. Actions prioritaires qui doivent être menées, dans le cadre d'une approche fondée sur les droits de l'homme, par les États Membres et la communauté internationale pour éradiquer la fistule obstétricale :

a) S'engager davantage en faveur du renforcement des systèmes de santé, en proposant un personnel adéquat, qualifié et formé, notamment des sages-femmes, des obstétriciens, des gynécologues ou des médecins, ainsi que des investissements dans l'infrastructure, le matériel et les circuits d'approvisionnement, en vue d'améliorer les services de santé maternelle et de garantir aux femmes et aux filles un accès à une palette complète de soins;

b) Proposer un accès et une couverture équitable, à travers des plans, des politiques et des programmes nationaux, qui permettent d'accéder à la fois géographiquement et financièrement à des services de santé maternelle, notamment la planification familiale, à un personnel qualifié à la naissance et à des soins obstétricaux d'urgence, ainsi qu'au traitement de la fistule obstétricale. Les pays doivent assurer cette accessibilité, en particulier dans les zones rurales et isolées, en s'appuyant sur une répartition appropriée des centres et du personnel de santé qualifié, la collaboration avec le secteur des

transports pour garantir des moyens de transport abordables et la promotion de solutions communautaires;

c) L'intégration de la prévention de la fistule, ainsi que du traitement et de la réintégration socioéconomique dans les plans, politiques, stratégies et budgets nationaux et un suivi systématique des patientes. Les États doivent élaborer des stratégies et des plans d'action nationaux pluridisciplinaires visant à éliminer la fistule, en privilégiant la prévention. Il convient de mettre l'accent sur la prévention primaire au niveau du droit, de la politique et des programmes. Le bien-être et la survie des femmes et des enfants doivent être protégés, notamment en évitant toute réapparition de cette affection en conférant au contrôle postopératoire et au suivi des patientes un caractère systématique et en les intégrant en tant qu'éléments clefs dans tous les programmes de lutte contre la fistule;

d) Une augmentation des budgets nationaux pour la santé, afin de veiller à ce que des aides financières adéquates soient allouées à la santé procréative, et à la fistule obstétricale. Au niveau national, pour remédier aux inégalités et atteindre les pauvres, les femmes et les filles vulnérables, la politique et les approches programmatiques doivent être intégrées dans tous les secteurs budgétaires. Les pays devraient offrir aux femmes et aux enfants nécessiteux, des soins de santé maternelle et un traitement contre la fistule obstétricale gratuits ou subventionnés;

e) Renforcement de la coopération internationale, notamment de l'aide technique et financière, en particulier auprès des pays les plus affectés, afin d'accélérer les progrès accomplis en vue de la réalisation du cinquième objectif du Millénaire pour le développement et de l'élimination de la fistule;

f) Création ou renforcement d'une équipe spéciale nationale de lutte contre la fistule, emmenée par le Ministre de la santé, afin d'optimiser la coordination nationale et d'améliorer la collaboration avec les partenaires;

g) Proposer un accès au traitement contre la fistule, grâce à la présence de chirurgiens qualifiés ainsi qu'à la disponibilité d'une palette complète de services intégrée dans des hôpitaux stratégiques. Cette initiative doit être accompagnée d'un contrôle de la qualité et de l'application de mécanismes de suivi éprouvés afin de garantir que seuls des chirurgiens qualifiés et formés interviendront auprès des nombreuses patientes qui attendent d'être soignées;

h) Élaborer un mécanisme s'appuyant sur les communautés et les établissements afin d'adresser systématiquement une notification aux ministères de la santé dès lors qu'un cas de fistule obstétricale est décelé et ainsi compiler un registre national;

i) Veiller à ce que toutes les femmes qui suivent un traitement contre la fistule disposent d'un accès aux services de réintégration sociale, y compris les conseils, l'alphabétisation et l'éducation sanitaire, le perfectionnement des compétences et les activités rémunératrices. Les pays devraient fournir une palette de services complète, notamment une assistance à la réintégration sociale pour les femmes et les enfants oubliés souffrant d'une fistule incurable ou inopérable. Les rapports avec les organisations de la société civile et les programmes d'autonomisation de la femme doivent être développés pour atteindre cet objectif;

j) L'autonomisation des femmes qui sont des rescapées de la fistule obstétricale afin qu'elles participent aux activités de sensibilisation et de mobilisation en faveur de l'éradication de la fistule et d'une maternité sans danger;

k) La mobilisation des communautés, et des femmes en particulier, afin de les impliquer, les informer et les autonomiser en matière de services de santé procréative et de besoins de santé maternelle, de recours aux services et de promotion de l'accès des femmes à ces services. Le renforcement de l'engagement de la société civile ainsi que des responsables communautaires et religieux, dans les activités de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation, la discrimination, la violence à l'encontre des femmes et des filles et les pratiques dangereuses, telles que le mariage d'enfants. S'assurer de l'engagement des hommes et des garçons en tant que parties prenantes dans la défense de l'accès des femmes aux droits et aux soins de santé procréative, de l'égalité hommes-femmes, de l'éradication de la violence à l'encontre des femmes et des filles et de la prévention de tout mariage d'enfants, en admettant que le bien-être de la femme génère un effet positif important sur la survie et la santé des enfants, de la famille et de la société;

l) Le renforcement des activités de sensibilisation et de défense, grâce notamment aux médias, pour transmettre aux familles et communautés, des messages essentiels sur la prévention de la fistule, son traitement et la réintégration sociale;

m) Le renforcement et l'élargissement des interventions afin de maintenir les adolescentes à l'école, notamment après l'école primaire, mettre fin aux mariages d'enfants ainsi que protéger et promouvoir l'égalité des sexes, et l'autonomisation des femmes et des filles. Il faut adopter des lois contre les mariages d'enfants et les appliquer tout en offrant des incitations novatrices aux familles pour retarder l'âge du mariage, y compris dans les communautés rurales et isolées;

n) Le renforcement des données, des travaux de recherche et des analyses, du suivi et de l'évaluation afin d'orienter la planification et la mise en œuvre des programmes de santé maternelle, y compris la fistule obstétricale. Les États devraient réaliser des évaluations des besoins à jour en matière de soins obstétricaux d'urgence et néonataux, ainsi que de fistule et examiner régulièrement les cas de décès de la mère et des cas dits « échappée belle », dans le cadre d'un système de réponse et de surveillance des décès liés à la maternité, intégré dans le système d'information national.

74. Alors que le dixième anniversaire de la Campagne pour éliminer les fistules obstétricales approche, les efforts doivent être sensiblement intensifiés au niveau national, régional et international. Ces efforts doivent s'inscrire dans le renforcement des systèmes de santé, de l'égalité hommes-femmes et des droits de l'homme, en vue de la réalisation du cinquième objectif du Millénaire pour le développement. Si cet objectif doit être atteint, de nouvelles ressources sont nécessaires afin d'accélérer les progrès. Les financements doivent être accrus, prévisibles et durables. Un soutien bien plus appuyé doit être fourni de toute urgence en faveur des plans nationaux, des organismes des Nations Unies, notamment le Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle, la Campagne pour éliminer les fistules et d'autres initiatives mondiales visant à atteindre les objectifs 3 et 5 du Millénaire pour le développement d'ici à 2015.