



Assemblée générale

Distr. générale
6 août 2008
Français
Original : anglais

Soixante-troisième session

Point 59 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 répond à ce qu'a demandé l'Assemblée générale dans sa résolution 62/138. 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 condamnées à l'isolement. Exemple cruel des carences persistantes des services de santé maternelle et génésique, elle correspond à des taux élevés de décès et d'incapacité maternels. Le rapport expose l'action engagée aux niveaux international, régional et national, y compris par les organisations des Nations Unies, pour en finir avec la fistule obstétricale. Il conclut sur des recommandations visant l'intensification de cette action, à inscrire dans la poursuite des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), notamment par le renforcement des systèmes sanitaires, et l'accroissement du montant et de la régularité du financement.

* A/63/150.



Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1	3
II. Rappel des faits	2–12	3
III. Action aux niveaux intergouvernemental et régional	13–26	7
A. Action intergouvernementale	13–20	7
B. Action régionale	21–26	9
IV. Mesures prises récemment par les États Membres et les Nations Unies	27–60	10
A. Collecte et analyse de données	27–33	10
B. Stratégies et interventions en matière de prévention	34–42	12
C. Stratégies et interventions en matière de traitement et de réintégration sociale	43–49	15
D. Sensibilisation	50–52	17
E. Appui mondial et mobilisation de ressources	53–60	18
V. Conclusions et recommandations	61–65	20

I. Introduction

1. Le présent rapport répond à ce qu'a demandé l'Assemblée générale dans sa résolution 62/138, où elle a prié le Secrétaire général de lui rendre compte, à sa soixante-troisième session, de l'application de cette résolution. Il expose les principales causes de la fistule obstétricale et l'action engagée par la communauté internationale et le système des Nations Unies pour l'éliminer, et présente des recommandations à l'examen de l'Assemblée. Comme il était demandé dans la résolution, il est soumis au titre du point de l'ordre du jour intitulé « Promotion de la femme ».

II. Rappel des faits

2. 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 condamnées à l'isolement. Elle donne un exemple cruel des carences persistantes des services de santé maternelle et génésique, et correspond à des taux inadmissiblement élevés de décès et d'incapacité maternels. Ce sont, de façon disproportionnée, les femmes et les filles pauvres des communautés rurales de pays en développement qui en sont victimes. La fistule obstétricale est presque entièrement évitable, il suffit d'avoir accès à des soins de santé maternelle de bonne qualité. Les mêmes interventions permettent de prévenir les décès maternels et d'autres incapacités. Une intervention chirurgicale permet d'y remédier, et si l'on prend soin de parer aux conséquences sociales, la plupart des femmes qui ont vécu avec une fistule peuvent reprendre pleinement une vie productive. Pour en finir avec la fistule obstétricale, il faut s'attaquer aux inégalités sociales et économiques qui y prédisposent et empêchent les femmes de jouir pleinement de leurs droits génésiques, notamment de choisir le moment de se marier et d'avoir des enfants, d'accéder à des services d'éducation et de santé génésique, et faire en sorte d'empêcher le mariage d'enfants et les grossesses précoces.

3. Dans la majorité des cas du monde, c'est à la suite d'un travail prolongé avec obstruction avant l'accouchement que se produisent les fistules obstétricales. À l'échelle mondiale, les accouchements avec obstruction représentent près de 5 % des accouchements. Si une femme est longtemps en travail avec obstruction et ne reçoit pas immédiatement les soins médicaux voulus, généralement une césarienne, la pression de la tête du bébé contre le pelvis de la parturiente peut entraîner des blessures graves. Si la femme survit, elle peut avoir une ouverture (une fistule obstétricale), qui la laisse avec une fuite chronique d'urine ou de matières fécales. Les femmes qui vivent avec une fistule obstétricale ont généralement survécu à trois jours de travail, certaines ayant été en travail pendant plus d'une semaine. Dans une proportion de cas allant jusqu'à 90 %, le bébé est mort-né ou meurt dans la première semaine¹.

4. Les femmes qui vivent avec une fistule obstétricale supportent à la fois des conséquences médicales et sociales. Outre qu'elles ont un écoulement d'urine, elles peuvent avoir une infection vésicale, des escarres douloureuses ou une insuffisance

¹ L. L. Wall, J. A. Karshima, C. Kirschner et S. D. Arrowsmith, « The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 190, n° 4 (avril 2004), p. 1011 à 1019.

rénale et devenir stériles. L'odeur d'urine causée par l'écoulement constant, et dont les causes ne sont pas comprises, fait souvent que ces femmes connaissent l'opprobre et sont stigmatisées par leur communauté. Les femmes sont nombreuses à être abandonnées par leur mari, et parfois par leur famille. Bien souvent, elles ne peuvent participer à la vie quotidienne de la famille et de la communauté – réunions, pratique religieuse, tâches ménagères. Elles peuvent avoir des difficultés à garder une source de revenus ou un soutien, ce qui ne fait qu'aggraver leur misère. Se sentant isolées, elles peuvent avoir des problèmes de santé mentale, dépression par exemple, avoir une mauvaise opinion d'elles-mêmes, et dans certains cas aller jusqu'au suicide.

5. On n'a pas de mesures solides basées sur les effectifs de population, mais il est généralement admis qu'il y a au moins 2 millions de femmes, et peut-être jusqu'à 3,5 millions, qui souffrent de fistule obstétricale². L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime qu'il se produit environ 73 000 nouveaux cas chaque année³, chiffre qui peut être sous-estimé, car fondé sur les données des centres de soins, alors que la majorité des cas ne parviennent probablement pas jusqu'à un hôpital. La fistule obstétricale se produit le plus souvent dans des régions où la mortalité maternelle est élevée, Afrique subsaharienne et Asie du Sud, où se produit la majorité des décès maternels, et où les taux de mortalité maternelle sont souvent supérieurs à 300 pour 100 000 naissances vivantes⁴. Le risque de décès maternel au cours de la vie peut être dans ces régions 1 000 fois plus élevé que dans les régions industrialisées, ce qui représente la plus grave inégalité sanitaire du monde. Dans des régions comme l'Amérique latine et les Caraïbes, ou les États arabes, il y a eu de grands progrès, mais certains pays et certaines populations continuent à enregistrer des taux élevés de mortalité maternelle. Les pays connaissant des situations d'urgence humanitaire ont des taux parmi les plus élevés de tous.

6. On parviendra à terme à une santé maternelle optimale, et notamment à en finir avec la fistule obstétricale, lorsque l'accès aux soins de santé génésique sera universel. La situation actuelle est la conséquence de systèmes de santé déficients, manquant des ressources humaines voulues, et du manque d'accès aux services de santé génésique. Trois interventions de santé génésique ont l'impact le plus immédiat sur les décès et les incapacités maternels : la planification familiale, la présence de soignants qualifiés à l'accouchement, et les soins obstétricaux d'urgence en cas de complications :

- La planification familiale peut aider à prévenir les grossesses d'adolescentes et à réduire le nombre de grossesses, abaissent ainsi le risque de décès et d'incapacité. Il y a dans le monde 37 pays où la demande insatisfaite de planification familiale dépasse 20 % des femmes mariées et 24 pays où la prévalence des méthodes modernes de contraception est inférieure à 10 %⁵;

² L. L. Wall, « Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem », *The Lancet*, vol. 368, n° 9542 (30 septembre 2006), p. 1201 à 1209.

³ C. AbouZahr, « Global burden of maternal death and disability », *British Medical Bulletin*, vol. 67, n° 1 (décembre 2003).

⁴ *La mortalité maternelle en 2005 : estimations élaborées par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale* (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007).

⁵ Fonds des Nations Unies pour la population et Division de la population de l'ONU, 2008.

- Moins de la moitié des femmes d'Asie et d'Afrique sont aidées par des soignants qualifiés quand elles accouchent⁶. Les disparités socioéconomiques sont très marquées : les soins de personnel qualifié sont de 34 points de pourcentage plus fréquents pour les femmes du quintile supérieur que pour celles du quintile inférieur dans les 68 pays où se produit la majorité des décès maternels⁷. La crise des ressources humaines dans le secteur de la santé n'est pas étrangère à cette situation difficile, l'OMS estimant qu'il faudrait au moins 300 000 sages-femmes pour éliminer cette pénurie⁸;
- Les soins obstétricaux d'urgence sont les interventions médicales permettant d'empêcher des complications de devenir fatales ou de causer des incapacités comme la fistule obstétricale. L'ONU recommande qu'il y ait cinq hôpitaux offrant des soins obstétricaux d'urgence pour 500 000 habitants, dont au moins un offrant des soins complets⁹. Pourtant, les évaluations par pays font apparaître que souvent, même les services de base ne sont pas disponibles¹⁰. Les accouchements par césarienne, qui sont essentiels pour la prévention de la fistule obstétricale, restent très inférieurs aux 5 à 15 % recommandés chez les femmes les plus pauvres des pays où la mortalité maternelle est élevée¹¹.

7. La persistance de la fistule obstétricale est le signe non seulement des restrictions des systèmes sanitaires, mais aussi, plus largement, d'un contexte économique et socioculturel. La misère et l'inégalité entre les sexes empêchent les femmes d'accéder à nombre de possibilités, dont les services. Les préférences culturelles pour l'accouchement à domicile, sans aide, empêchent de recourir aux services. Le coût des soins de santé peut être financièrement catastrophique pour une famille pauvre. De plus, les déficiences d'autres équipements, transports et communications, par exemple, multiplient encore les difficultés d'accès. C'est à cause de ces facteurs qu'une femme qui a besoin de soins de santé peut subir trois fois des retards : elle peut tarder à rechercher des soins, tarder à arriver dans un centre sanitaire, et on peut tarder à lui dispenser les soins voulus au centre.

8. Un premier accouchement présente le plus fort risque de fistule obstétricale et exige une surveillance plus attentive¹². La fécondité étant en baisse et le nombre de naissances décroissant, il y aura une proportion croissante de premières naissances, avec leurs besoins particuliers. En établissant de bonnes habitudes chez les femmes accouchant pour la première fois et leur partenaire pour le choix du mode

⁶ Organisation mondiale de la Santé, Proportions d'accouchements en présence de soignants qualifiés, chiffres mis à jour en 2008.

⁷ Countdown 2008 Equity Analysis Group, « Mind the gap: equity and trends in coverage of maternal, newborn and child health services in 54 Countdown countries », *The Lancet*, vol. 371, n° 9620 (12 avril 2008), p. 1259 à 1267.

⁸ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant* (Genève, 2005).

⁹ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour la population, *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux* (New York, UNICEF, 1997).

¹⁰ A. Paxton, P. Bailey, S. Lobis et D. Fry, « Global patterns in availability of emergency obstetric care », *International Journal of Gynecology & Obstetric*, vol. 93, n° 3 (juin), p. 300 à 307.

¹¹ C. Ronsmans, S. Holtz et C. Stanton, « Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis », *The Lancet*, vol. 368, n° 9546 (28 octobre 2006), p. 1516 à 1523.

¹² J. Kelly et B. E. Kwast, « Epidemiologic study of vesico-vaginal fistula in Ethiopia », *International Urogynaecology Journal*, vol. 4, n° 5 (octobre 1993), p. 278 à 281.

d'accouchement, d'alimentation du nourrisson et d'espacement des naissances, on a aussi des chances d'influer sur le comportement tout au long de la vie.

9. Les adolescentes sont particulièrement exposées au risque de fistule obstétricale et le risque de mort maternelle est pour elles de deux à cinq fois plus élevé que pour les femmes ayant de 20 à 30 ans. On a des raisons de penser que retarder la grossesse jusqu'après l'adolescence peut réduire le risque de travail avec obstruction pendant l'accouchement, et donc de fistule obstétricale¹³. Le nombre moyen de naissances où les mères ont de 15 à 19 ans est cinq fois plus élevé dans les pays en développement que dans les pays développés¹⁴. Souvent sans grandes ressources et avec très peu de connaissances en santé génésique, 14 millions d'adolescentes accouchent chaque année¹⁵. La malnutrition chez les filles peut freiner le développement du pelvis, et une grossesse précoce survenant avant que le bassin soit entièrement développé peut accroître le risque d'obstruction pendant le travail¹⁶. Il y a aussi une probabilité plus élevée pour les adolescentes d'accoucher sans soignant qualifié. Une femme qui commence à procréer très jeune a généralement plus d'enfants, avec des naissances plus rapprochées, ce qui est lié à un risque plus élevé de mort ou d'incapacité maternelle.

10. Par ailleurs, il y a des facteurs socioéconomiques qui contribuent aussi aux grossesses et à la procréation précoces, ce qui accroît le risque de fistule obstétricale. Les faits montrent que les filles pauvres et marginalisées se marient et accouchent plus souvent à l'adolescence que les filles ayant plus de possibilités économiques et de chances d'éducation. On attend souvent des filles qu'elles aient des enfants immédiatement après s'être mariées, et, du fait qu'elles sont en situation subalterne dans le ménage, ce ne sont pas elles, bien souvent, qui décident de leur propre santé et de l'utilisation de services. Le mariage des enfants contrevient à la Convention relative aux droits de l'enfant, il est interdit dans nombre de pays. L'âge au premier mariage augmente; mais il y aura dans les 10 prochaines années dans les pays en développement plus de 100 millions de filles de moins de 18 ans qui seront mariées¹⁷.

11. Pour les femmes vivant avec une fistule obstétricale, le traitement réussit dans 85 à 90 % des cas. Il n'y a pas beaucoup d'hôpitaux en mesure de traiter les fistules obstétricales, faute de personnel médical ayant les compétences voulues. De plus, la pénurie de personnel, de matériel et de place est courante¹⁸. Nombre de femmes ne savent pas qu'il existe des services, même quand il en existe effectivement, et ne sont pas en état de les payer ou de s'y rendre. Selon des estimations, il y aurait

¹³ A. O. Tsui, A. A. Creanga et S. Ahmed, « The role of delayed childbearing in the prevention of obstetric fistulas », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 99, Supplément n° 1 (novembre 2007), p. S98 à S107.

¹⁴ Guttmacher Institute, *U.S. Teenage Pregnancy Statistics: National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity* (New York, Guttmacher Institute, 2006).

¹⁵ Fonds des Nations Unies pour la population, *Giving Girls Today and Tomorrow*.

¹⁶ J. P. Neilson, T. Lavender, S. Quenby et S. Wray, « Obstructed labour: reducing maternal death and disability during pregnancy », *British Medical Bulletin*, vol. 67, n° 1 (décembre 2003), p. 191 à 204.

¹⁷ Fonds des Nations Unies pour la population, *Giving Girls Today and Tomorrow: Breaking the Cycle of Adolescent Pregnancy*, New York, 2007.

¹⁸ A. Velez, K. Ramsey et K. Tell, « The Campaign to End Fistula: What have we learned? Findings of facility and community needs assessments », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 99, Supplément n° 1 (novembre 2007), p. S143 à S150.

environ 7 000 femmes traitées chaque année, ce qui représente tout juste 10 % des cas nouveaux, et ne diminue qu'à peine le groupe accumulé de 2 millions de femmes ou plus vivant avec une fistule. Les conséquences sociales et psychologiques étant ce qu'elles sont, il faut aussi un soutien à ces femmes pour retrouver une image plus favorable d'elles-mêmes et se réinsérer dans la société, soutien qui peut prendre la forme de conseils, d'alphabétisation et de formation professionnelle, et d'éducation de santé.

12. En 2003, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et ses partenaires ont lancé la Campagne mondiale pour éliminer les fistules, l'objectif étant d'en finir avec la fistule obstétricale d'ici à 2015, en assurant prévention et traitement, et en donnant aux femmes les moyens de se réinsérer dans la société après le traitement. La Campagne est active désormais dans plus de 45 pays d'Afrique et d'Asie et États arabes. Un partenariat international, le Groupe de travail international sur la fistule obstétricale, a été constitué en 2003 afin d'assurer la coordination mondiale de l'action engagée pour en finir avec la fistule obstétricale. La Campagne cherche à concourir à la poursuite des objectifs du Millénaire pour le développement : l'objectif 5, améliorer la santé maternelle, et l'objectif 3, promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.

III. Action aux niveaux intergouvernemental et régional

A. Action intergouvernementale

13. L'Organisation des Nations Unies et la communauté internationale s'emploient depuis 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. À la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire de 1994, la santé maternelle a été reconnue comme composante cruciale de la santé sexuelle et génésique. À la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995), les gouvernements ont dit que des schémas profondément ancrés de discrimination sociale et culturelle sont parmi les grandes causes de la mauvaise santé sexuelle et génésique, allant jusqu'à la mort et l'incapacité maternelles, de même que le manque d'information et de services. L'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes fait obligation aux États de fournir des services appropriés aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement. L'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant fait également obligation aux États de prendre les mesures appropriées pour assurer aux mères des soins prénatals et postnatals convenables.

14. En 2000, les dirigeants du monde se sont réaffirmés déterminés à améliorer la santé maternelle en adoptant l'objectif 5 parmi les objectifs du Millénaire pour le développement, en fixant pour cible de réduire de trois quarts d'ici à 2015 le taux de mortalité maternelle (voir A/56/326). Les mêmes interventions qui permettront de réduire la mortalité permettront aussi de prévenir des manifestations de morbidité telles que la fistule obstétricale. L'addition de la cible consistant à rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015 a ensuite permis d'inclure tous les facteurs d'amélioration de la santé maternelle. D'autres objectifs du Millénaire pour le développement, notamment les objectifs 3, 4 et 6, sont étroitement liés à la santé

et à la survie des femmes. Les progrès obtenus jusqu'à présent dans la poursuite de l'objectif 5 sont les plus lents qu'on ait enregistrés pour tous les objectifs, et le soutien financier en est le plus faible. Aucune région n'a obtenu de baisse suffisante des taux annuels de mortalité maternelle pour atteindre la cible. 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 les objectifs 4 et 5 d'ici à 2015.

15. L'Assemblée générale a évoqué le problème de la fistule obstétricale dans sa résolution 60/141 sur les droits des petites filles, où elle a prié instamment tous les États de promouvoir l'égalité entre les sexes et l'accès de tous, sur un pied d'égalité, aux services sociaux de base tels que l'éducation, les services nutritionnels, les soins de santé, notamment en ce qui concerne l'hygiène sexuelle et la santé procréative, et a reconnu le rôle que les grossesses précoces et le manque d'accès à des soins de santé de la meilleure qualité possible – y compris en matière de santé sexuelle et procréative – jouent en tant que grands facteurs de la persistance de la fistule obstétricale, de la mortalité maternelle et d'autres formes de morbidité.

16. Le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a examiné le lien entre ce droit à la santé et la réduction de la mortalité maternelle. Dans le rapport qu'il a présenté à l'Assemblée générale en 2006 (A/61/338), il insistait sur le fait que le droit à la santé englobe pour les femmes le droit à tout un ensemble de services de santé maternelle. Il faisait observer également que le droit à la santé englobe aussi d'autres déterminants de la santé d'ordre à la fois social, économique, culturel et politique, et appelait à lancer une campagne de défense des droits de l'homme contre la mortalité maternelle.

17. En 2007, le rapport (A/62/297) présenté par le Secrétaire général en application de la résolution 60/141 exposait l'action engagée par le Comité des droits de l'enfant pour mettre en lumière la discrimination persistante dont sont victimes les petites filles, surtout celles qui sont marginalisées. Il y était question aussi des mariages d'enfants et des grossesses précoces, de nombreux pays n'ayant en particulier pas fixé d'âge minimum au mariage ou ne faisant pas appliquer la législation quand elle existe. Une section distincte était consacrée à l'action visant à en finir avec la fistule obstétricale. Le rapport donnait des informations à jour sur la Campagne mondiale pour éliminer les fistules, pilotée par le FNUAP en partenariat avec les États Membres, les institutions des Nations Unies et d'autres organisations.

18. La Commission de la condition de la femme s'est penchée en 2007 sur les stratégies propres à éliminer toutes les formes de discrimination et de violence à l'égard des petites filles. Dans les conclusions concertées qu'elle a adoptées¹⁹, elle a prié instamment les gouvernements de prendre les mesures voulues pour garantir les droits des petites filles notamment en matière d'éducation et de santé, y compris pour ce qui est d'informations et de services de qualité en santé procréatrice. Il y était rappelé aussi que les adolescentes couraient un risque accru de fistule obstétricale et de mort maternelle.

19. La conférence « Les femmes donnent la vie », tenue à Londres, a réuni près de 2 000 participants de 109 pays, afin de mobiliser un soutien politique et financier pour la santé des femmes, surtout en vue de prévenir les morts et les incapacités maternelles. Les experts qui y ont participé ont démontré qu'investir en faveur des

¹⁹ Voir *Documents officiels du Conseil économique et social, 2007, Supplément n° 7* (E/2007/27-E/CN.6/2007/9), chap. I, sect. A.

femmes était une composante essentielle du développement. C'était la première conférence mondiale où des femmes qui avaient vécu avec une fistule obstétricale avaient pu venir parler en public de leur expérience. La conférence s'est achevée sur l'engagement pris par 70 ministres et parlementaires de faire de la poursuite de l'objectif 5 des OMD une grande priorité des programmes nationaux, régionaux et internationaux.

20. La résolution 62/138 de l'Assemblée générale, intitulée « Appuyer l'action engagée pour en finir avec la fistule obstétricale », qui comptait 138 auteurs parmi les États Membres, a été adoptée en décembre 2007. L'Assemblée y soulignait l'interdépendance de la pauvreté, de la malnutrition, de l'absence, de l'insuffisance ou de l'inaccessibilité des services de santé, de la maternité et du mariage précoces, principales causes de la fistule obstétricale. Elle soulignait aussi que les États sont tenus de promouvoir et de protéger toutes les libertés et tous les droits fondamentaux des femmes et des filles. Elle invitait les États Membres à concourir à l'action engagée pour faire disparaître la fistule obstétricale, notamment la Campagne mondiale pour en finir avec la fistule du Fonds des Nations Unies pour la population.

B. Action régionale

21. Inquiet du manque de progrès dans la poursuite des objectifs 4 et 5, le Groupe de travail régional africain sur la santé de la reproduction a appelé les pays d'Afrique à mettre au point une feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ce plan, auquel ont souscrit l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Banque mondiale et les autres membres du Groupe de travail, a pour but d'aider les gouvernements à planifier et mobiliser un soutien pour un suivi qualifié de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale, à tous les niveaux du système de santé, et de renforcer les capacités des particuliers, des familles et des communautés pour ce qui est d'améliorer la santé de la mère et du nouveau-né. Plus de 40 pays d'Afrique ont déjà élaboré une feuille de route.

22. En 2005, les gouvernements et les partenaires techniques se sont réunis à Johannesburg (Afrique du Sud) pour élaborer l'appel à l'action de Johannesburg pour rendre la maternité plus sûre par l'élimination de la fistule obstétricale. Les participants à la réunion, organisée par le Gouvernement sud-africain, le FNUAP et l'OMS, ont engagé les gouvernements africains à veiller à faire exécuter puis développer des programmes nationaux visant à éliminer la fistule obstétricale et améliorer la santé maternelle. Il a été recommandé aux États et à la société civile de conjuguer leur action pour promouvoir l'égalité entre les sexes, l'éducation des filles et le renforcement des systèmes de santé par une démarche ouverte et multisectorielle. Une stratégie d'élimination de la fistule obstétricale pour la région d'Afrique a été élaborée.

23. En 2006, les ministres de la santé d'Afrique se sont réunis à Maputo pour mettre au point un plan d'action commun pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation approuvé par l'Union africaine en janvier 2006. La réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles, y compris l'élimination de la fistule obstétricale, est une composante essentielle du cadre. Le Plan d'action de Maputo vise plusieurs domaines de vulnérabilité, dont l'inégalité entre les sexes, la vie rurale, la jeunesse, ainsi que les vulnérabilités spécifiques des migrants, des réfugiés

et des déplacés. Les pays de la région sont en train de traduire ces engagements en mesures et plans d'action nationaux.

24. En Asie, l'Association sud-asiatique de coopération régionale (ASACR) a inclus dans ses objectifs pour 2005-2010 la santé maternelle, surtout la réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration des normes de nutrition des adolescentes et des femmes enceintes. Les principales cibles sont notamment d'accroître la proportion d'accouchements sous surveillance qualifiée et les soins prénatals et postnatals et de faire baisser rapidement l'indicateur conjoncturel de fécondité. L'ASACR prévoit aussi de mettre au point un document de réflexion sur la santé maternelle pour le sommet interministériel de 2009 qui concernera les pays où on cherche à réduire en priorité la mortalité et la morbidité maternelles : Afghanistan, Bhoutan, Inde, Népal et Pakistan.

25. Par ailleurs, un réseau régional s'emploie en Asie du Sud à réduire la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale. Les membres en sont des entités du système des Nations Unies, des organisations non gouvernementales, des associations professionnelles, des banques régionales de développement et l'ASACR. Le réseau a défini comme priorités de renforcer les systèmes de santé en s'attachant particulièrement aux soignants, d'améliorer la qualité des services, de développer le nombre des sages-femmes visiteuses et de stimuler la demande en s'efforçant de rendre les services moins coûteux. L'action collective vise surtout à faire campagne en faveur de meilleures qualifications des soignants intervenant pour la santé maternelle et néonatale. Le réseau s'est réuni en juin 2008 pour examiner la situation des différents pays, partager des données d'expérience et prévoir des mesures pour renforcer le personnel.

26. Une équipe spéciale régionale interinstitutions pour la réduction de la morbidité maternelle a été constituée il y a près de 10 ans dans la région d'Amérique latine et des Caraïbes, en vue de résoudre les difficultés auxquelles se heurtait dans la région l'action visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles. Les membres en sont des entités des Nations Unies, des institutions donatrices bilatérales, des banques de développement et des organisations non gouvernementales. L'équipe se réunit régulièrement, se guidant sur un consensus stratégique interinstitutions mis au point en 2002. Ses priorités actuelles sont de mobiliser des engagements politiques, de collecter et d'analyser des données pour mettre le problème en lumière et déterminer quelles sont les populations les plus touchées, enfin de renforcer les capacités pour développer les systèmes de santé.

IV. Mesures prises récemment par les États Membres et les Nations Unies

A. Collecte et analyse de données

27. Une série d'articles sur la survie des mères parue dans *The Lancet* en 2006 analysait les éléments accumulés au cours des 20 dernières années sur la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et présentait les modes d'intervention dont l'efficacité ressortait de ces éléments. Cette analyse a contribué à établir un consensus sur les modes d'intervention et à susciter une réflexion sur la façon de développer les interventions et de renforcer les systèmes de surveillance de manière

à suivre l'évolution des taux de morts maternelles et l'accès aux services de santé maternelle²⁰.

28. On a engagé des efforts pour améliorer le suivi des progrès vers les cibles fixées dans les OMD, notamment en ce qui concerne la mesure de la réduction de la mortalité maternelle et l'accès universel aux services de santé génésique. L'OMS et le FNUAP ont ainsi proposé des indicateurs prioritaires pour le suivi au niveau des pays²¹. Parmi les indicateurs, il y a un sous-ensemble relatif à la santé maternelle et périnatale, y compris la fistule obstétricale.

29. Les estimations de mortalité maternelle en 2005 calculées par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale donnent une idée des progrès vers l'objectif 5 des OMD²². L'analyse des tendances entre 1990 et 2005 montre que les taux de mortalité maternelle dans le monde n'ont baissé que de moins de 1 % par an, bien moins qu'il ne faudrait pour parvenir à l'objectif 5. Les données font apparaître aussi les énormes inégalités entre pays développés et en développement, l'Afrique au sud du Sahara et l'Asie du Sud représentant 86 % des morts maternelles en 2005. De même, le risque de mort maternelle au long de la vie²³ va de 1 sur 7 au Niger à 1 sur 7 300 dans les pays développés.

30. Une évaluation des besoins réalisée en 2003 dans neuf pays d'Afrique par le FNUAP et le programme Engender Health a été une des premières sources de données sur plusieurs pays concernant la fistule obstétricale. Grâce à un soutien du FNUAP et d'autres, 36 pays ont maintenant réalisé une évaluation, fournissant des renseignements de référence sur le problème et ses dimensions socioculturelles. La pauvreté a souvent été pointée comme la principale cause fondamentale, du fait qu'elle entraîne le manque d'accès aux soins de santé, la malnutrition, le mariage d'enfants et les grossesses précoces²⁴. Les femmes ne peuvent accéder à des services de santé maternelle parce que les membres de la famille le leur refusent, parce qu'elles s'en trouvent à des grandes distances et n'ont pas de moyens de transports, parce que les coûts en sont élevés et que, par ailleurs, les services sont de piètre qualité. On a constaté qu'il existait des capacités pour le traitement de la fistule dans les pays, et qu'il y avait des difficultés dues au manque de soignants, de matériel, de fournitures et de locaux appropriés, et à l'absence de subventions pour les soins aux patientes pauvres. Les données et leur diffusion dans les pays ont concouru à sensibiliser au problème de la fistule obstétricale et aidé à concevoir des programmes pour l'éliminer.

31. Nombre d'évaluations ont mis en évidence le caractère limité des données nationales sur la santé maternelle, en particulier sur la fistule obstétricale. Bien souvent, les données ne sont pas collectées automatiquement par le biais des systèmes d'information sanitaire, ce qui empêche de mesurer les progrès. Plusieurs

²⁰ V. Filippi, C. Ronsmans, O. Campbell *et al.*, « Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action », *The Lancet*, vol. 368, n° 9546 (28 octobre 2006), p. 1535 à 1541.

²¹ OMS et FNUAP. *National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators* (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007).

²² Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population et Banque mondiale, *Mortalité maternelle en 2005*, op. cit.

²³ La probabilité pour une fille de 15 ans de mourir à un moment ou à un autre de causes liées à la maternité.

²⁴ Velez *et al.*, op. cit.

pays, dont le Nigéria et l'Ouganda, s'efforcent de constituer une base de données nationale sur la fistule. Le Malawi, le Maroc, le Bangladesh, le Népal et le Pakistan ont intégré en tout ou partie au système d'information sanitaire les indicateurs²⁵ recommandés par les Nations Unies pour les soins obstétricaux d'urgence. Le Groupe de travail sur la fistule rédige actuellement un rapport recommandant des indicateurs liés à la fistule, qui doit être achevé avant la fin de 2008.

32. Des données à l'échelle de la population étant nécessaires, l'Éthiopie, le Malawi, le Mali, le Niger, l'Ouganda, le Pakistan, la République démocratique du Congo et le Rwanda ont inclus des modules concernant la fistule obstétricale dans leur enquête démographique et sanitaire. Les modules ne sont pas les mêmes selon les pays, mais contiennent des questions sur la connaissance et l'expérience des symptômes de la fistule obstétricale. En Éthiopie, une femme sur quatre en avait entendu parler, dont 1 % de celles ayant accouché disaient avoir connu des symptômes de fistule obstétricale²⁶. Au Mali, 16 % des femmes savaient ce que c'était et 0,2 % de celles ayant accouché déclaraient en avoir été atteintes²⁷. Un module type a maintenant été mis au point et sera utilisé dans les prochaines enquêtes, notamment au Burkina Faso et au Kenya.

33. Les lacunes que présentent les données comparables ont porté l'Université Johns Hopkins, le FNUAP et l'OMS à lancer en avril 2008 une étude intitulée « Prognosis, improvements in quality of life (QOL) and social integration of women with obstetric fistula after surgical treatments » (Pronostic, amélioration de la qualité de vie et intégration sociale des femmes ayant une fistule obstétricale après intervention chirurgicale). La recherche, d'une durée de deux ans, fera appel à des partenaires de sept pays : Bangladesh, Bénin, Éthiopie, Mali, Niger, Nigéria et Soudan. L'étude a pour objet de mesurer le résultat du traitement, notamment la santé physique et la qualité de vie, avec un suivi un an après le traitement.

B. Stratégies et interventions en matière de prévention

34. On peut prévenir la fistule obstétricale dans le cadre de l'action menée en vue de réaliser l'objectif 5 et plus précisément en assurant l'accès de tous à des services de santé procréative abordables et de qualité, l'accent étant mis sur les services susceptibles d'avoir un effet immédiat, notamment la planification familiale, l'accouchement assisté par un personnel qualifié et les soins obstétricaux d'urgence. On peut tirer des enseignements de pays qui ont réussi à réduire la mortalité et la morbidité maternelles sur une période relativement brève en faisant preuve, à l'échelon national, d'un engagement politique et financier et d'une planification efficace tels que l'Égypte, le Honduras, la Malaisie, le Nicaragua, le Sri Lanka et la Thaïlande.

35. Pour remédier aux insuffisances en matière de prestation de soins maternels, plusieurs gouvernements mettent en œuvre, avec le concours d'organismes des Nations Unies et d'autres entités, des plans pour assurer le fonctionnement de

²⁵ *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux*, op. cit.

²⁶ Agence centrale de statistique, Addis-Abeba, et ORC Macro, Maryland (États-Unis d'Amérique). *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*.

²⁷ Salif Samaké et al., *Enquête démographique et de santé du Mali*, Ministère de la santé du Mali et Macro International, Maryland (États-Unis d'Amérique), 2007.

systèmes de santé solides en mesure de fournir toute la gamme de soins de santé maternelle. Le Malawi, par exemple, a achevé l'élaboration de sa feuille de route nationale pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales, établi les coûts afférents et mobilisé des ressources à cette fin. Il a entamé la mise en œuvre du plan opérationnel qui vise à remédier au manque de main-d'œuvre, à la prestation et à l'utilisation limitées de services de santé maternelle, aux systèmes d'aiguillage déficients et à l'insuffisance de la participation communautaire dans le cadre général du système de santé. Plusieurs autres pays s'emploient à présent à mobiliser des ressources et à entamer la mise en œuvre de leur feuille de route avec le concours des organismes des Nations Unies et de donateurs bilatéraux. En Amérique latine, plusieurs partenaire ²⁸ ont organisé à l'intention de représentants de pays de la région des cours de formation sur l'amélioration des systèmes de santé, en se servant des services de santé maternelle comme question intersectorielle pour analyser divers aspects des systèmes de santé.

36. L'accès à la planification familiale garantit que chaque grossesse soit désirée et peut contribuer à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né en permettant d'échelonner et d'espacer judicieusement les naissances en vue d'obtenir le nombre d'enfants souhaité. Ces dernières années, les crédits alloués à la planification familiale et le rang de priorité qui lui a été accordé ont considérablement baissé. Des efforts sont entrepris pour relancer les initiatives de planification familiale, notamment en mobilisant l'appui politique et financier. Grâce aux programmes qu'il met en œuvre dans 140 pays, le FNUAP s'emploie avec les gouvernements à faire en sorte que des informations et diverses méthodes de planification familiale soient fournies dans tous les centres de santé. À Madagascar, le Président a rassemblé des groupes confessionnels, des dirigeants de mouvements de jeunes, des agents de santé provinciaux et des ministres pour mettre l'accent sur l'importance intersectorielle de la dynamique des populations. De même, le Yémen a privilégié la planification familiale comme stratégie indispensable pour améliorer la santé et assurer le développement. L'OMS, le FNUAP, l'Agency for International Development des États-Unis (USAID) et d'autres partenaires ont récemment élaboré de nouvelles directives à l'usage du personnel de santé sur la prestation de services de planification familiale de qualité²⁹.

37. Les États Membres entreprennent des initiatives pour élargir l'accès aux services prénatals, postnatals et d'accouchement, y compris les soins obstétriques d'urgence. Ces initiatives consistent notamment à renforcer l'infrastructure sanitaire en fournissant le matériel nécessaire, en procédant à des travaux de rénovation et en mettant en place des systèmes d'approvisionnement fiables. Il s'agit aussi de remédier au manque de ressources humaines. L'une des principales démarches suivies a consisté à accroître le nombre d'accoucheuses qualifiées, en particulier les sages-femmes, et à renforcer leurs compétences. Les sages-femmes ont joué un rôle déterminant s'agissant de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales dans de nombreux pays, notamment en Tunisie et à Sri Lanka. Au Cambodge, les conclusions d'une étude approfondie sur les sages-femmes a fait partie de l'examen à mi-parcours du plan stratégique du secteur de la santé. En Bolivie, l'université et le Ministère de l'éducation ont approuvé un programme

²⁸ Organisation panaméricaine de la Santé (OPS/OMS), FNUAP, Agence suédoise de coopération internationale au développement (ASDI) et Centre d'investigation et d'études sur la santé (CIES) du Nicaragua.

²⁹ *Family Planning: A Global Handbook for Providers*, 2007.

d'enseignement sanctionné par un diplôme de sage-femme. Le Soudan entend faire en sorte qu'au moins une sage-femme soit affectée dans chaque village et a récemment révisé son programme de formation à la profession de sage-femme en vue d'améliorer les compétences des nouvelles sages-femmes. Certains pays en développement ont récemment lancé des programmes de recrutement par voie de contrats axés sur les résultats pour inciter le personnel de santé à améliorer ses compétences. L'expérience du Rwanda montre que les centres de santé qui offrent des contrats axés sur les résultats ont fourni davantage de services de meilleure qualité en dépensant moins. Afin d'appuyer les efforts entrepris par les États Membres, le FNUAP, l'OMS et la Confédération internationale des sages-femmes œuvrent de concert pour établir des directives en vue d'accroître l'accès aux services de sage-femme.

38. Parmi les obstacles courants à l'accès aux soins, on peut citer le manque de moyens de transport, les longues distances et le coût élevé. Le Sénégal a récemment mis en œuvre une politique visant à réduire les obstacles socioéconomiques aux services de santé maternelle en rendant gratuits les accouchements et les césariennes, ce qui réduit les obstacles financiers, et en déléguant aux collectivités le pouvoir de fournir des soins obstétriques d'urgence de proximité. Certains pays et organismes étudient les moyens de promouvoir des systèmes communautaires de transport d'urgence et de resserrer la collaboration entre le secteur de la santé et celui des transports.

39. Pour de nombreux pays, il faut trouver des moyens supplémentaires pour financer les services de santé tout en prêtant assistance aux pauvres et aux personnes vulnérables. Le programme d'allocations familiales du Honduras prévoit la remise d'un bon aux femmes en grossesse ou aux mères qui allaitent et aux enfants de moins de 3 ans comme un moyen d'améliorer leur santé et leur alimentation³⁰. Des programmes d'allocations conditionnelles visant à fournir des ressources monétaires aux ménages qui satisfont des critères spécifiques sont maintenant appliqués en Amérique latine, en Afrique et en Asie avec quelque succès³¹. L'assurance maladie à caractère social est mise en œuvre dans certains pays, dont récemment au Rwanda et au Ghana.

40. Les facteurs sociaux et culturels sont aussi pris en compte dans les mesures efficaces prises pour lutter contre les décès et l'invalidité liés à la maternité. Les interventions visant à changer les comportements et la mobilisation des communautés permettent de sensibiliser la population. Un projet pilote de mobilisation de la population exécuté en Érythrée par le Gouvernement avec l'appui du FNUAP a montré que la mobilisation des dirigeants communautaires et la formation d'éducateurs de santé des deux sexes en matière de maternité sans risque peuvent contribuer à accroître l'utilisation des services. Dans le nord du Nigéria, des éducateurs communautaires, hommes et femmes, dont certaines ont survécu à la fistule, ont été formés en matière de santé maternelle, y compris la prévention de la fistule, dans le cadre d'un projet pilote prometteur soutenu par le FNUAP et Virgin Unite. En peu de temps, ils ont touché des centaines d'hommes et de femmes

³⁰ C. Moore, *Assessing Honduras' CCT Programme PRAF, Programa De Asignacion Familiar: Expected and Unexpected realities*, International Poverty Centre, étude de pays n° 15, avril 2008.

³¹ M. Lagrande, A. Haines et N. Palmer, « Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low – and middle – income countries: a systematic review », *JAMA*, vol. 298, n° 16 (24-31 octobre 2007), p. 1900 à 1910.

enceintes, ce qui a permis d'accroître l'utilisation des services de santé maternelle. L'UNICEF a élaboré un programme de formation aux soins à domicile à l'intention des agents de santé communautaire, qui porte sur la préparation préalable des femmes enceintes à la naissance, notamment l'incitation à accoucher en présence d'une accoucheuse qualifiée, la sensibilisation aux signes de danger et la nécessité de solliciter une prise en charge précoce ainsi que les visites postnatales précoces. Ces programmes mis en place dans certains pays vont de pair avec le renforcement de la capacité des centres de santé de fournir des soins obstétricaux d'urgence.

41. Le fait de donner aux femmes qui ont survécu à la fistule obstétricale et à leur famille les moyens de se prendre en charge, notamment grâce aux groupes de soutien et aux services de conseils, permet de prévenir les fistules pendant les grossesses futures. Cela permet aussi aux femmes qui ont souffert de la fistule de jouer un rôle pour ce qui est d'encourager les changements de comportement en vue d'éviter de nouveaux cas de fistule. Un certain nombre d'organisations non gouvernementales, dont l'International Association for Maternal and Neonatal Health (IAMANEH) au Mali, engage des femmes ayant survécu à la fistule obstétricale comme défenseurs, conseillères et agents de mobilisation communautaire pour promouvoir la santé maternelle et l'éducation des filles.

42. Investir en faveur de l'éducation des filles et mettre fin aux mariages d'enfants sont indispensables pour éliminer la fistule obstétricale et pour protéger et promouvoir les droits de la fille. Les filles marginalisées sont celles qui courent les plus grands risques de décès et d'invalidité liés à la maternité, y compris la fistule. Dans certains pays, l'action de prévention vise ces adolescentes vulnérables et s'accompagne d'interventions tendant à promouvoir l'éducation des filles, à relever l'âge minimum au mariage et à promouvoir l'accès aux services de santé et les initiatives d'autonomisation économique. De nombreux pays fixent maintenant un âge minimum au mariage, mais ils éprouvent souvent des difficultés à appliquer les lois, d'où la nécessité de redoubler d'efforts pour changer les pratiques socioculturelles. C'est ainsi, par exemple, qu'avec l'appui du FNUAP, le Gouvernement éthiopien a lancé une campagne dénommée « Halte au mariage d'enfants » en vue de sensibiliser la population aux dangers et aux violations des droits causés par cette pratique nocive et de faire respecter la loi sur les mariages d'enfants. Au Guatemala, le FNUAP apporte, de concert avec des partenaires, une assistance aux adolescentes autochtones pour leur permettre d'acquérir des compétences pratiques et d'obtenir des possibilités d'emploi ainsi qu'une éducation en matière de santé sexuelle et procréative.

C. Stratégies et interventions en matière de traitement et de réintégration sociale

43. Si la prévention est l'ultime moyen de mettre fin à la fistule obstétricale, les femmes qui en souffrent ont toujours besoin d'un traitement. Le coût moyen du traitement est d'environ 300 dollars par cas. Les États Membres font des efforts pour accroître l'accès au traitement de la fistule en renforçant les services de santé et la formation du personnel de santé. Le FNUAP a apporté une aide à plus de 40 pays, permettant ainsi de traiter plus de 7 800 femmes et de former plus de 500 agents de santé depuis le lancement de la Campagne mondiale pour éliminer les fistules.

44. Sur le plan normatif, des avancées notables ont été enregistrées pour ce qui est d'harmoniser les normes et de recueillir des données factuelles en vue de l'élaboration de plans nationaux. Grâce aux apports d'experts et du Groupe de travail international sur la fistule obstétricale, l'OMS a publié en 2006 un manuel présentant les principes directeurs pour l'élaboration de programmes nationaux de prévention et de traitement de la fistule obstétricale et de prestation de soins connexes³².

45. Les efforts entrepris en Éthiopie et au Nigéria demeurent à l'avant-garde. L'Addis Ababa Fistula Hospital, le plus ancien et le plus grand centre de traitement de la fistule dans le monde, étend ses activités grâce à l'installation de cinq annexes dans toute l'Éthiopie, ce qui lui permettra de traiter les femmes à proximité de leurs collectivités et d'élargir la formation à la prise en charge de la fistule obstétricale dispensée aux agents de santé d'Éthiopie et d'autres pays. Le Nigéria dispose de plusieurs centres et probablement du plus grand nombre de médecins spécialistes de la fistule dans le monde. Des agents de santé du monde entier sont formés chaque année au Babbar Ruga Fistula Hospital et les médecins nigériens se rendent dans d'autres pays pour prêter assistance en matière de formation et de traitement.

46. Depuis le lancement de la Campagne, plus de 20 pays ont créé au moins un centre de traitement de la fistule obstétricale. À partir de ces centres nationaux, de nombreux pays ont commencé à décentraliser les services afin de les rendre plus accessibles. Le Bangladesh met en place un centre national d'excellence à Dhaka, le traitement étant décentralisé grâce à neuf hôpitaux universitaires régionaux. Une démarche semblable a été adoptée au Kenya, où quatre hôpitaux servent de centres d'aiguillage pour les districts environnants et forment les prestataires de services de ces districts. La République-Unie de Tanzanie a mis en place un système d'aiguillage à trois niveaux pour le traitement de la fistule.

47. Les campagnes de vulgarisation des services constituent aussi un important moyen de réduire le nombre de cas à traiter, car elles permettent de rapprocher les soins des femmes et de renforcer les capacités des prestataires de soins en matière de traitement de la fistule. Le FNUAP met actuellement à l'essai des directives pour la planification de services de vulgarisation du traitement³³. Vingt-sept campagnes de vulgarisation ont été organisées au Pakistan en 2007, qui ont permis de former simultanément des agents de santé. Des ateliers de formation semblables ont été organisés en Ouganda en 2007 et un appui a été fourni pour les campagnes de vulgarisation des services dans quatre localités. Les services de vulgarisation ont été particulièrement utiles dans les zones en conflit ou sortant d'un conflit où la prestation de services réguliers peut être difficile. En novembre 2007, le FNUAP et le personnel du Hargeisa Group Hospital et du Ministère de la santé ont lancé la première campagne de vulgarisation du traitement de la fistule obstétricale en Somalie.

48. La fistule obstétricale a des conséquences sociales, économiques et psychologiques graves sur les femmes touchées. Pour faire face à ce problème, le FNUAP collabore avec des organisations de la société civile en vue d'aider les femmes à réintégrer la société et à reprendre une vie normale sans être stigmatisées. Les services de relèvement portent sur les mesures visant à redonner confiance aux

³² Organisation mondiale de la Santé, *Obstetric Fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*, 2006.

³³ Les services de vulgarisation sont fournis dans une structure qui n'offre pas de services ordinaires de traitement de la fistule.

femmes, l'autonomisation socioéconomique grâce aux activités rémunératrices, les programmes de microfinancement ainsi que l'alphabétisation ou la formation professionnelle et la prestation de conseils pour l'adoption de comportements sains propres à empêcher de nouveaux cas de fistule. Ces organisations mènent aussi des activités de sensibilisation en vue d'atténuer les idées erronées et la stigmatisation qui entourent les complications de l'accouchement.

49. Grâce à un partenariat entre le Gouvernement, le FNUAP et la Bangladesh Women's Health Coalition, les femmes bangladaises en quête de traitement de la fistule reçoivent des services, notamment des conseils et un module de formation sur les activités rémunératrices et l'éducation fonctionnelle. Les contacts avec le Centre national de traitement de la fistule permettent de poursuivre les soins. En outre, un volet du programme vise à sensibiliser la population et à pérenniser les visites périodiques de suivi des patientes et à conseiller les membres de leur famille. Au Niger, les organisations non gouvernementales offrent un train de mesures d'autonomisation économique, des services de santé procréative pour prévenir de nouveaux cas de fistule ainsi que des conseils et des services de sensibilisation à l'intention de la famille et de la communauté.

D. Sensibilisation

50. Les évaluations des besoins réalisées dans plusieurs pays ont fait ressortir un manque de sensibilisation et une négligence de cette maladie, ce qui rend impérative une action dynamique de sensibilisation. Les efforts de sensibilisation ont eu diverses cibles dans les pays donateurs comme dans les pays en développement, notamment les décideurs, les professionnels de la santé, les médias et le grand public. Ils ont suscité un vif intérêt de la part des gouvernements donateurs, des organisations non gouvernementales nationales et internationales et du secteur privé. Des personnalités bien connues se sont engagées dans l'action de sensibilisation, notamment des chefs d'État, des premières dames et des vedettes. De plus en plus, le FNUAP aide les femmes qui ont souffert de la fistule obstétricale à participer à l'action de sensibilisation en vue de convaincre les collectivités et les décideurs du droit au traitement et de l'importance de la prévention des décès et de l'invalidité liés à la maternité.

51. La prise en compte de la fistule obstétricale dans les politiques nationales est essentielle pour obtenir un engagement politique et financier. Ces dernières années, de nombreux pays ont incorporé la lutte contre la fistule dans les programmes nationaux de santé procréative et maternelle. Seize pays ont à présent intégré la fistule obstétricale dans les plans et stratégies nationaux en matière de santé³⁴.

52. Il est fait appel aux médias pour toucher de nombreux publics. Des partenariats essentiels ont été établis avec les médias au Ghana grâce au Réseau national de communication et de sensibilisation des médias. La radio est un important moyen de toucher les populations les plus affectées et a été utilisée en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Libéria, au Nigéria, au Pakistan et au Soudan pour sensibiliser l'opinion à

³⁴ Afghanistan, Bangladesh, Bénin, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Érythrée, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie, Niger, Pakistan, République démocratique du Congo et Sénégal.

la santé maternelle et à la fistule obstétricale et pour informer les femmes souffrant de la fistule du traitement et des soins disponibles.

E. Appui mondial et mobilisation de ressources

53. L'élan suscité à travers le monde est maintenant tel que la santé maternelle peut être traitée dans le cadre des objectifs du Millénaire de développement. Les manifestations organisées dans le cadre du vingtième anniversaire de l'initiative pour une maternité sans risques en 2007 ont permis de mobiliser l'appui au cinquième objectif. En outre, plusieurs initiatives sont menées à l'échelle mondiale en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé; les unes prennent la forme de groupes de pression constitués d'organisations internationales s'occupant de santé qui mènent une action de plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques et les autres d'alliances d'organisations non gouvernementales internationales et d'organismes des Nations Unies qui coordonnent les interventions.

54. Depuis 2003, la couverture de la Campagne pour éliminer les fistules est passée de 12 à plus de 45 pays en Afrique, en Asie et dans la région des États arabes. Les partenaires de la campagne ont pu, au cours des cinq dernières années, mobiliser plus de 50 millions de dollars³⁵ de contributions auprès des gouvernements, des institutions financières internationales et du secteur privé, y compris de particuliers, pour mener des activités liées à la fistule obstétricale. Au niveau mondial, le Groupe de travail international sur la fistule obstétricale favorise les efforts de coordination à l'échelle mondiale et planifie des initiatives conjointes. Le Groupe, coordonné par le FNUAP, comprend des organismes des Nations Unies, des organisations non gouvernementales internationales et régionales, des institutions universitaires, des associations professionnelles, des organisations confessionnelles et des centres de santé. Le Groupe s'attache à faire inscrire la lutte contre la fistule obstétricale dans le cadre de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles ainsi qu'à dégager un consensus et des données factuelles quant aux stratégies efficaces à adopter pour le traitement des femmes souffrant de la fistule et pour leur réintégration dans la société.

55. Le Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, alliance mondiale de professionnels de la santé maternelle, néonatale et infantile lancée en septembre 2005 et comprenant quelque 240 membres, ne cesse de se développer. Le Partenariat rassemble ces acteurs pour défendre la cause de la santé maternelle, néonatale et infantile en tant que facteur de développement, faire connaître les questions connexes et susciter l'appui voulu. Les membres œuvrent de concert pour harmoniser et accélérer les activités, élaborer des messages cohérents et échanger des connaissances concernant les approches efficaces.

³⁵ Le chiffre se fonde sur les contributions reçues pour les grands programmes et ne représente pas tous les fonds.

56. Les responsables de huit organismes internationaux³⁶ s'occupant de santé ont formé un groupe informel pour mieux coordonner l'appui aux pays. Ce groupe reconnaît la nécessité de renforcer les systèmes de santé et de soutenir une action nationale dans le secteur de la santé. Dans ce cadre, le Pacte international pour la santé lancé en septembre 2007, qui est un accord conclu entre les pays donateurs et les pays en développement, les organismes internationaux s'occupant de santé, dont l'Organisation des Nations Unies, et les fondations pour améliorer la collaboration, met l'accent sur les priorités nationales définies dans les plans nationaux relatifs à la santé. Huit pays d'Afrique et d'Asie³⁷ y ont adhéré et beaucoup d'autres se sont dit intéressés. La Global Health Workforce Alliance s'attache à trouver et appliquer des solutions face à la crise du personnel de santé. Installée dans les locaux de l'OMS, elle rassemble les gouvernements, la société civile, les institutions financières, les agents sanitaires, les organismes internationaux, les institutions universitaires et les associations professionnelles en vue de répondre à l'appel en faveur d'une action urgente et coordonnée pour faire face à la crise du personnel de santé, y compris la pénurie de sages-femmes.

57. L'UNICEF, le FNUAP, l'OMS et la Banque mondiale sont convenus de mieux coordonner leur appui aux pays en vue d'améliorer la santé maternelle et néonatale. La coordination se fonde sur la prestation continue de soins et d'un appui à un plan national de santé, chaque organisme tirant parti des forces des autres, définissant les principales responsabilités assignées et promouvant des mécanismes efficaces de coordination au niveau du pays.

58. Une Équipe spéciale interorganisations sur les adolescentes³⁸ a été créée en 2007 sous la conduite du FNUAP en vue d'aider les gouvernements à investir dans la santé des adolescentes comme stratégie pour réduire la pauvreté ainsi que la mortalité et la morbidité maternelles, prévenir les mariages d'enfants et promouvoir la santé des adolescents, notamment leur santé sexuelle et procréative. L'objectif général de l'Équipe spéciale est de resserrer la collaboration interorganisations aux niveaux mondial et national aux fins de l'exécution de programmes plus efficaces en faveur des adolescentes.

59. En janvier 2008, le FNUAP a créé le Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle, dans le but de mobiliser 500 millions de dollars sur une période de quatre ans pour aider les 60 pays ayant les taux de mortalité maternelle les plus élevés. Cette initiative vise à accroître la capacité des systèmes de santé de fournir durablement des soins de santé maternelle de qualité, à renforcer les mécanismes permettant de réduire les inégalités en matière de santé et à donner aux populations les moyens d'exercer leurs droits en matière de santé procréative.

³⁶ L'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, le Fonds des Nations Unies pour la population, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, la Banque mondiale, la Fondation Bill et Melinda Gates, le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance GAVI pour le renforcement des systèmes de santé.

³⁷ Burundi, Cambodge, Éthiopie, Kenya, Mali, Mozambique, Népal et Zambie.

³⁸ Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat, Fonds des Nations Unies pour la population, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, Fonds des Nations Unies pour les partenariats internationaux, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Organisation internationale du Travail, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture et Organisation mondiale de la Santé.

60. La Conférence sur la marche vers 2015, tenue en Afrique du Sud en avril 2008, a appelé l'attention sur les difficultés rencontrées dans la réalisation des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement dans 68 pays prioritaires ayant un taux élevé de mortalité maternelle et de mortalité des moins de 5 ans; elle a débouché sur une déclaration d'engagements par laquelle les décideurs se sont engagés à prendre des mesures pour améliorer la santé maternelle et infantile. À la réunion du Groupe des Huit (G-8) tenue en juillet 2008 au Japon, l'Organisation des Nations Unies a mis l'accent sur la nécessité d'une action dynamique en faveur de la santé maternelle à l'échelle mondiale. Dans leur déclaration sur le développement en Afrique, les dirigeants du G-8 ont relevé que les objectifs 4 et 5 sont gravement compromis dans certains pays et ont demandé instamment d'axer davantage les efforts sur la santé maternelle, néonatale et infantile et sur l'accès aux soins de santé procréative.

V. Conclusions et recommandations

61. Des progrès considérables ont été réalisés ces deux dernières décennies s'agissant d'appeler l'attention sur les décès et l'invalidité liés à la maternité, et plus récemment sur la fistule obstétricale en particulier. Cela tient essentiellement à l'existence de données plus factuelles concernant les interventions efficaces, à l'amélioration de la collecte et l'analyse des données, aux programmes de sensibilisation, aux partenariats et à l'engagement politique et financier plus solide qui s'en est suivi. On comprend maintenant mieux la charge sociale et économique que représente une mauvaise santé procréative et maternelle, sa relation avec la lutte contre la pauvreté et le consensus qui se dégage quant aux principales interventions visant à réduire les décès et l'invalidité liés à la maternité. On a davantage pris conscience de la fistule obstétricale et reconnu qu'elle posait problème. 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 privilégient ces actions dans le cadre des efforts visant à améliorer la santé maternelle.

62. En outre, des démarches multisectorielles ont été suivies en plusieurs endroits, des liens étant ainsi établis entre la pauvreté, les inégalités de revenus, les disparités entre les sexes, la discrimination et une éducation laissant à désirer, autant de facteurs qui contribuent à la mauvaise santé des femmes et des filles. L'action menée porte notamment sur l'éducation des femmes et des filles, l'autonomisation économique, y compris l'accès au microcrédit et au microfinancement, ainsi que les réformes juridiques et les initiatives sociales tendant à retarder le mariage et les grossesses.

63. Malgré ces faits positifs, des difficultés graves persistent. Il faut non seulement poursuivre la lutte pour améliorer les systèmes de santé et réduire la mortalité et la morbidité maternelles, y compris la fistule obstétricale, mais aussi l'intensifier. Il faut d'urgence accroître les interventions pour empêcher les quelque 500 000 décès et 9 millions de cas de morbidité³⁹ qui se produisent chaque année du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En outre, les femmes souffrant de la fistule ont besoin d'un traitement et de services de réintégration. Comme stratégie mondiale pour atteindre cet objectif, il faut notamment établir des liens plus étroits entre l'élaboration et l'application des politiques dans le secteur de

³⁹ Division de statistique de l'ONU, Progress towards MDGs 1990-2005: Goal 5, juin 2005.

la santé, augmenter les allocations budgétaires nationales, accroître les investissements dans les systèmes de santé, en particulier en faveur de la santé maternelle, établir des partenariats entre la société civile et les collectivités au niveau national et resserrer la coopération avec les institutions financières et les autres acteurs pertinents au niveau mondial.

64. Parmi les mesures nécessaires pour améliorer la santé maternelle et remédier au problème de la fistule obstétricale, on peut citer :

a) La réalisation d'investissements plus importants dans les systèmes de santé, en privilégiant les ressources humaines, en vue d'améliorer les services de santé et de faire en sorte que les femmes et les filles aient accès à toute la gamme de soins de santé procréative, en particulier la planification familiale, les soins à l'accouchement dispensés par du personnel qualifié et les soins obstétriques d'urgence. L'ensemble des services devrait être fourni depuis l'adolescence jusqu'à la période postnatale en passant par la période avant la grossesse, la grossesse et l'accouchement;

b) Des efforts pour soutenir les plans nationaux visant à renforcer les systèmes de santé et l'accès à ceux-ci ainsi qu'à porter remède aux facteurs sociaux, culturels et économiques à l'origine des décès et de l'invalidité liés à la maternité. Une attention particulière devrait être accordée aux régions ayant les taux de mortalité et de morbidité maternelles les plus élevés, en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. À l'intérieur des pays, il faut s'attacher à toucher les pauvres, les populations rurales et les adolescentes;

c) La réalisation d'investissements pour soutenir la mise en œuvre des plans nationaux de santé et pour remédier aux inégalités en matière de prestation de soins de santé entre les groupes socioéconomiques et groupes d'âge, en particulier en milieu rural. Parmi les priorités, devraient figurer l'accès à diverses méthodes contraceptives dispensées dans les centres de santé et d'autres structures, des plans de gestion des ressources humaines pour le personnel de santé, en particulier les sages-femmes, et des investissements suffisants dans l'infrastructure, le matériel et les circuits d'approvisionnement afin d'assurer la prestation de soins obstétriques d'urgence. Il convient d'établir un lien entre ces mesures et les autres questions de santé qui contribuent au taux élevé de mortalité et de morbidité maternelles, notamment la malnutrition, la prévention du VIH et du sida et la lutte contre le paludisme;

d) La mise en place d'au moins un service ou centre d'aiguillage pour le traitement de la fistule obstétricale dans chaque pays de forte prévalence et, chaque fois que possible, la décentralisation des services afin de rapprocher les soins des femmes. D'autres mécanismes tels que les campagnes de vulgarisation des services devraient être utilisés jusqu'à ce que ce type de soins puisse être fourni régulièrement afin de réduire le nombre de femmes en attente de traitement. En outre, il faudrait établir des liens avec les organisations de la société civile et les programmes d'autonomisation des femmes pour que celles-ci puissent avoir accès aux services de soutien à la réintégration sociale, y compris les conseils, l'alphabétisation et l'éducation sanitaire, le perfectionnement des compétences et les activités rémunératrices;

e) Rendre les services de santé maternelle et de traitement de la fistule obstétricale géographiquement et financièrement accessibles et culturellement

acceptables. L'accessibilité géographique suppose une répartition appropriée des centres et du personnel de santé entre les régions, la collaboration avec le secteur des transports pour assurer des moyens de transport abordables et la promotion de solutions communautaires. L'accessibilité financière exige des mécanismes novateurs pour faire en sorte que les soins à l'accouchement et le traitement de la fistule obstétricale soient gratuits ou largement subventionnés pour les femmes qui n'ont pas les moyens. Il faudrait tenir compte des préférences culturelles de la population dans la prestation des services;

f) La mobilisation des collectivités afin qu'elles soient associées à l'action menée, informées et dotées de moyens s'agissant des besoins de santé maternelle, utilisent les services et aident les femmes à bénéficier des services. Les organisations de la société civile peuvent jouer un rôle aux côtés des collectivités. On peut donner aux femmes qui ont souffert de la fistule obstétricale les moyens de contribuer à ces efforts, ayant survécu aux complications obstétriques. Les hommes et les garçons doivent en particulier s'engager dans l'action de sensibilisation à la prestation des services et aider les femmes à accéder à ces services;

g) Le renforcement et l'élargissement des interventions afin de maintenir les adolescentes à l'école, mettre fin aux mariages d'enfants et promouvoir l'égalité des sexes et des comportements positifs en matière de santé. Il faut appliquer les lois contre les mariages d'enfants tout en offrant des incitations novatrices aux familles pour retarder le mariage. Les programmes destinés aux adolescentes et portant sur l'ensemble des compétences pratiques, y compris les informations sur la santé procréative, doivent toucher les populations les plus exposées aux mariages d'enfants et aux grossesses d'adolescentes. Il faut maintenir les programmes d'éducation à la santé procréative dans les écoles pour que les jeunes disposent des informations et des compétences nécessaires pour préserver leur santé;

h) Le renforcement des activités de recherche, de suivi et d'évaluation pour orienter l'exécution des programmes de santé maternelle. Les pays devraient se doter de systèmes de suivi et d'évaluation, y compris un dispositif communautaire pour signaler les cas de fistule obstétricale et de décès de la mère et du nouveau-né. Il faut appuyer la recherche sur les déterminants des décès et de l'invalidité liés à la maternité et leurs conséquences, notamment les conséquences sur la qualité de vie d'états maladifs liés à la maternité comme la fistule obstétricale;

i) Il convient de poursuivre les partenariats et la coordination des efforts entre divers acteurs aux niveaux local, national, régional et mondial pour s'attaquer aux déterminants multiformes de la mortalité et de la morbidité maternelles.

65. Pour éliminer la fistule obstétricale, il faut redoubler d'efforts aux niveaux national, régional et international, et ce dans le cadre de l'action menée pour renforcer les systèmes de santé en vue de réaliser l'objectif 5 du Millénaire pour le développement. Cet objectif ne sera atteint que si des ressources supplémentaires sont dégagées. Pour aider les pays prioritaires, il faut mobiliser au moins 1,2 milliard de dollars par an pour la planification familiale et 6 milliards de dollars par an pour les soins de santé maternelle, y compris la prévention de la fistule obstétricale. On estime qu'il faudrait 750 millions de

dollars pour traiter les cas actuels et les nouveaux cas de fistule obstétricale d'ici à 2015, si l'on suppose que le nombre de cas ira décroissant chaque année. Le financement doit être prévisible et soutenu. Il faudrait continuer d'apporter un appui aux plans nationaux, aux entités des Nations Unies, y compris la Campagne pour éliminer les fistules et le Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle, ainsi qu'aux autres initiatives mondiales visant à réaliser l'objectif 5 du Millénaire pour le développement.
