



Assemblée générale

Distr. générale
5 août 2014
Français
Original : anglais

Soixante-neuvième session

Point 27 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 67/147 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 et souvent stigmatisées et isolées de leur famille et de leur communauté. Cruelle conséquence des inégalités 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, elle va de pair avec des niveaux élevés de décès et d'infirmités chez la mère. Ce rapport présente l'action engagée par les pays aux niveaux mondial, régional et national, et par le système des Nations Unies, pour en finir avec la fistule obstétricale. Il formule des recommandations tendant à intensifier ces efforts, dans le cadre d'une approche axée sur les droits de l'homme, de façon à parvenir à éliminer la fistule obstétricale dans les jours qu'il reste pour atteindre le cinquième objectif du Millénaire pour le développement et au-delà de cette échéance, en améliorant la santé maternelle, en renforçant les systèmes de santé, en réduisant les inégalités en matière de santé, en accroissant les financements et en améliorant leur prévisibilité.

* A/69/150.



I. Introduction

1. Le présent rapport est soumis en application de la résolution 67/147, dans laquelle l'Assemblée générale a prié le Secrétaire général de lui présenter, à sa soixante-neuvième session, un rapport sur l'application de cette résolution au titre de la question intitulée « Promotion de la femme ».

2. Les problèmes en matière de santé procréative et sexuelle figurent toujours parmi les principales causes de troubles de santé et de décès chez les femmes en âge de procréer dans le monde¹. De trop nombreuses femmes n'ont qu'un accès limité aux soins de santé; elles sont particulièrement exposées aux grossesses non désirées, à la mortalité et aux infirmités liées à la maternité, aux infections sexuellement transmissibles (dont le VIH), au cancer du col de l'utérus, aux violences sexuelles et sexistes et à d'autres problèmes de l'appareil reproducteur. L'éducation et l'autonomisation des femmes et des filles sont essentielles pour assurer leur bien-être et pour améliorer la santé maternelle et prévenir la fistule obstétricale. D'autres mesures doivent être prises pour faire en sorte que toutes les femmes du monde aient facilement accès à des soins de santé, notamment à des services de santé procréative et sexuelle, et pour s'attaquer aux facteurs économiques et socioculturels qui ont des effets préjudiciables sur les femmes.

II. Considérations générales

3. L'éradication de la fistule obstétricale est l'un des objectifs fondamentaux de toute action visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et à améliorer la santé maternelle. La fistule obstétricale résulte généralement d'un travail prolongé ou difficile pour lequel l'intéressée ne peut bénéficier rapidement d'une césarienne d'urgence. Il s'agit d'un grave problème de santé maternelle qui constitue un exemple flagrant d'inégalité en matière de santé. Bien qu'elle ait été pratiquement éliminée dans de nombreux pays, la fistule continue de toucher un grand nombre de femmes et de filles pauvres des pays en développement qui n'ont pas accès à des services de santé. Pour éradiquer la fistule obstétricale à l'échelle mondiale, il faut donner aux pays les moyens d'offrir un meilleur accès à des soins obstétricaux d'urgence complets, de traiter les cas de fistule et de s'attaquer aux facteurs sous-jacents aux niveaux médical, socioéconomique, culturel et sur le plan des droits de l'homme. En outre, les pays doivent assurer un accès universel aux services de santé procréative, éliminer les inégalités sociales et économiques fondées sur le sexe, lutter contre les mariages d'enfants et les grossesses précoces, promouvoir l'éducation et un respect plus large des droits de l'homme, en particulier pour les filles, et encourager la participation des populations locales.

4. La fistule obstétricale a une incidence immédiate sur la santé d'une femme et de son enfant et peut avoir des conséquences médicales et sociales désastreuses si elle n'est pas traitée. Il existe un lien étroit entre fistule et mortinatalité; en effet, des études indiquent que, la plupart du temps (entre 78 % et 95 % des cas),

¹ Organisation mondiale de la Santé (OMS), « La santé des femmes », Aide-mémoire n° 334 (septembre 2013). Consultable à l'adresse www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/fr/.

l'apparition d'une fistule obstétricale se solde par la naissance d'un enfant mort-né². Les femmes concernées non seulement deviennent sujettes à l'incontinence mais peuvent aussi souffrir de troubles neurologiques, de blessures orthopédiques, d'infections urinaires, de plaies douloureuses, d'insuffisance rénale et d'infertilité. Elles souffrent d'écoulements constants dont la cause est mal comprise et dont l'odeur entraîne souvent stigmatisation et ostracisme à leur égard. Nombre d'entre elles sont abandonnées par leur mari et leur famille. Elles peuvent éprouver des difficultés à obtenir un revenu ou un soutien financier, ce qui les appauvrit davantage. Leur sentiment d'isolement peut avoir des répercussions sur leur santé mentale et entraîner dépression et faible estime de soi, voire même suicide.

5. S'il n'existe pas de chiffres précis, on estime néanmoins à plus de 2 millions le nombre de femmes et de filles qui vivent avec une fistule obstétricale³. Il est très difficile d'obtenir des données exactes sur la prévalence et l'incidence de ce problème car il touche en général les plus marginalisées (les femmes et les filles pauvres, vulnérables, souvent analphabètes, vivant en zone rurale) et un examen clinique est généralement nécessaire pour le diagnostiquer.

6. Pour prévenir la fistule obstétricale, il faut s'attaquer aux causes profondes de la mortalité et de la morbidité maternelles, qui sont notamment la pauvreté, les inégalités hommes-femmes, les obstacles à l'éducation (en particulier pour les filles), les mariages d'enfants et les grossesses chez les adolescentes. Une évolution économique et socioculturelle est donc nécessaire. 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, dont la durée peut compromettre l'accès des femmes aux soins de santé : a) le temps passé à chercher des soins; b) le temps de transport jusqu'à l'établissement de soins; et c) une fois sur les lieux, le temps d'attente pour recevoir les soins appropriés. Les solutions viables permettant d'en finir avec ce problème reposent donc sur des systèmes de santé fonctionnels et accessibles, des professionnels de la santé dûment formés, un accès sûr aux équipements et médicaments essentiels et un accès équitable à des services de santé procréative de qualité.

7. Les adolescentes sont particulièrement exposées aux risques de mortalité et de morbidité maternelles, notamment au risque de fistule. Si leur pelvis et leur filière pelvigénitale ne sont pas complètement formés, elles sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé si elles tombent enceintes. Chaque année, dans les pays en développement, environ 7,3 millions de femmes qui accouchent ont moins de 18 ans, et 2 millions d'entre elles ont moins de 15 ans⁴. Les complications qui surviennent lors de la grossesse et de l'accouchement constituent l'une des principales causes de décès des filles âgées de 15 à 19 ans dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. Cependant, selon des recherches récentes, les adolescentes ne sont pas les seules concernées et les femmes âgées de 30 ans et plus courent également un risque accru de complications et de décès pendant l'accouchement⁵.

² Pierre Marie Tebeu *et al.*, « Risk factors for obstetric fistula: a clinical review », *International Urogynecology Journal*, vol. 23, n° 4 (2012), p. 387 à 394. Voir aussi Mulu Muleta, Svein Rasmussen et Torvid Kiserud, « Obstetric fistula in 14,928 Ethiopian women », *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, vol. 89, n° 7 (juillet 2010), p. 945 à 951.

³ www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/fr/.

⁴ *État de la population mondiale 2013 : la mère-enfant – face aux défis de la grossesse chez l'adolescente* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.13.III.H.1).

⁵ Andrea Nove *et al.*, « Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries », *The Lancet Global Health*, vol. 2, n° 32 (mars 2014), p. e155 à e164.

8. On estime qu'entre 2010 et 2020, 142 millions de filles seront mariées avant l'âge de 18 ans⁶. Les filles pauvres et marginalisées sont plus susceptibles de se marier et d'accoucher pendant l'adolescence que celles dont la situation économique et les possibilités d'éducation sont meilleures. Les mariages d'enfants sont très souvent à l'origine de grossesses précoces et d'accouchements qui surviennent avant que les adolescentes ne soient prêtes sur le plan physique ou émotionnel, ce qui expose davantage ces dernières aux risques de mortalité et de morbidité maternelles, notamment de fistule obstétricale. Les adolescentes mariées ont souvent des difficultés à accéder à des services de santé procréative pour des raisons telles que l'isolement social et la méconnaissance de leurs droits en matière de procréation. Tous les adolescents, filles ou garçons, scolarisés ou non, mariés ou non, doivent avoir accès à une éducation sexuelle complète et à des services de santé, notamment en matière de santé sexuelle et procréative, condition *sine qua non* de leur bien-être.

9. Les trois moyens les plus économiques de faire baisser les taux de mortalité et de morbidité maternelles, y compris le nombre de cas de fistules obstétricales, sont les suivants : a) accès universel à la planification familiale; b) recours à des professionnels de la santé qualifiés ayant une compétence obstétricale lors de tout accouchement; et c) accès à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité. La prévention est une composante essentielle de toute stratégie efficace visant à en finir avec la fistule; il importe notamment d'éliminer la pauvreté et les inégalités.

10. La plupart des fistules obstétricales peuvent être traitées par une intervention chirurgicale, qui permet aux femmes concernées de réintégrer ensuite leur communauté en bénéficiant d'un soutien psychologique approprié. Néanmoins, d'après certaines études, les besoins non satisfaits en matière de traitement chirurgical de la fistule sont considérables. Actuellement, rares sont les centres de soins qui sont en mesure de proposer une chirurgie de qualité pour cette affection, faute de professionnels de la santé dotés des compétences nécessaires, de matériel essentiel et de fournitures médicales permettant de sauver des vies. Et 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. Comme le montre la carte interactive « Global Fistula Map »⁷, 13 858 interventions de chirurgie réparatrice ont été signalées en 2013. Même si tous les centres spécialisés dans le traitement de la fistule recensés sur cette carte n'ont pas fourni de données pour 2013, ce chiffre montre qu'un petit nombre seulement de femmes concernées sont opérées : on recense en effet entre 50 000 et 100 000 nouveaux cas chaque année⁸. C'est pourquoi il est nécessaire de mobiliser de nouvelles ressources afin de combler cet énorme fossé.

III. Initiatives aux niveaux international, régional et national

A. Principales initiatives internationales

11. Dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, adopté au Caire en 1994, les pays signataires ont déclaré que la

⁶ Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), *Marrying Too Young: End Child Marriage* (New York, 2012).

⁷ <http://globalfistulamap.org/>.

⁸ www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/fr/.

santé maternelle était une composante essentielle de la santé procréative et sexuelle et des droits de la procréation. Les participants à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, tenue à Beijing en 1995, ont adopté la Plateforme d'action, dans laquelle ils ont reconnu que des schémas profondément ancrés de discrimination sociale et culturelle étaient l'une des principales causes des problèmes de santé sexuelle et procréative, notamment des décès et infirmités liés à la maternité. En 2013, à la demande de l'Assemblée générale, l'Organisation des Nations Unies a entrepris de dresser un bilan opérationnel de la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. À l'issue de ce bilan, il a été recommandé que les États appliquent des mesures visant à éliminer la mortalité et la morbidité maternelles évitables, notamment la fistule obstétricale, en garantissant à toutes les femmes des soins de santé maternelle de haute qualité (voir E/CN.9/2014/4 et Corr.1).

12. En 2000, les dirigeants du monde entier se sont engagés à atteindre le cinquième objectif du Millénaire pour le développement, dont l'une des cibles était de réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle d'ici à 2015. En 2010, des données ont montré que, pour la première fois, des progrès satisfaisants avaient été accomplis vers la réalisation du cinquième objectif. Néanmoins, d'après les dernières estimations de l'Organisation des Nations Unies, seuls 11 pays dont le taux de mortalité maternelle de référence était supérieur ou égal à 100 en 1990 sont en bonne voie d'atteindre cet objectif d'ici à 2015. Soixante-trois pays sont considérés comme en progrès, mais la baisse moyenne annuelle de leur taux de mortalité maternelle est insuffisante pour qu'ils puissent atteindre cet objectif⁹.

13. En 2007, l'Assemblée générale a déclaré pour la première fois que la fistule obstétricale était un problème de santé majeur pour les femmes et adopté la résolution 62/138 intitulée « Appuyer l'action engagée pour en finir avec la fistule obstétricale », dont de nombreux États se sont portés coauteurs. Par la suite, en 2010 et 2012, l'Assemblée a adopté les résolutions 65/188 et 67/147, dans lesquelles elle a appelé à accorder un plus haut degré de priorité à l'élimination de la fistule obstétricale et à intensifier les efforts déployés en ce sens. Dans chacune de ces résolutions, les États ont réaffirmé qu'ils étaient tenus de promouvoir et protéger les droits de toutes les femmes et filles et de concourir à l'action engagée pour faire disparaître ce problème, notamment à la Campagne mondiale pour éliminer les fistules.

14. En octobre 2012, le Conseil des droits de l'homme a adopté la résolution 21/6 intitulée « Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme », dans laquelle il a engagé tous les acteurs concernés à appliquer une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, notamment le nombre de cas de fistules. Cette résolution fait suite aux autres résolutions adoptées par le Conseil sur ce sujet, notamment les résolutions 11/8, 15/17 et 18/2.

15. Dans les conclusions concertées qu'elle a adoptées à sa cinquante-huitième session, en mars 2014, la Commission de la condition de la femme a noté que les progrès accomplis dans la réduction des taux de mortalité et de morbidité maternelles avaient été particulièrement lents et inégaux. Elle a considéré que le nombre de décès maternels évitables et le taux de morbidité, notamment le nombre de cas de fistules,

⁹ OMS, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013 – Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population Division* (Genève, 2014).

demeuraient inacceptables, en particulier chez les adolescentes, et a mis en évidence les sous-financements patents en matière de santé procréative et sexuelle.

16. À sa quarante-septième session, en avril 2014, la Commission de la population et du développement a évalué l'état de la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, 20 ans après la Conférence. Elle a adopté la résolution 2014/1, dans laquelle elle a souligné qu'une attention particulière devrait être accordée à l'élimination de la morbidité et de la mortalité maternelles évitables, notamment grâce au renforcement des systèmes de santé et à un accès universel et équitable à des services de santé procréative et sexuelle de qualité, intégrés et complets.

B. Principales initiatives régionales

17. Des plans d'action ont été établis en vue d'aider les gouvernements à renforcer les systèmes de santé et à planifier et mobiliser un soutien propre à faire en sorte que le suivi de la grossesse, l'accouchement et la période postnatale soit assuré par un personnel qualifié¹⁰. Avec l'appui de l'Organisation des Nations Unies et d'autres organisations partenaires, 43 pays d'Afrique ont déjà élaboré un plan d'action visant à accélérer la réduction de la mortalité maternelle et ont intégré les questions de santé maternelle, néonatale et infantile à leurs stratégies de lutte contre la pauvreté et leurs plans sanitaires. Parmi ces pays, 35 ont mis au point des plans opérationnels de promotion de la santé maternelle et néonatale au niveau des districts¹¹. Aux fins d'intensifier les efforts nécessaires pour atteindre le cinquième objectif du Millénaire, une coalition d'organismes des Nations Unies œuvrant dans le domaine de la santé maternelle et infantile a mis au point, en juillet 2014, un nouveau plan d'accélération visant à renforcer l'appui aux pays et ainsi à sauver la vie de plus de 140 000 femmes et 250 000 nouveau-nés d'ici à la fin 2015¹². Ce plan présente la façon dont un financement, une coopération et une coordination bien planifiés peuvent aboutir à l'élimination de tous les cas de mortalité et de morbidité maternelles évitables, notamment la fistule obstétricale, dans les pays les plus touchés.

18. En 2006, à sa huitième session ordinaire, le Conseil exécutif de l'Union africaine a approuvé le Cadre d'orientation continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction. Mis en œuvre par l'intermédiaire du Plan d'action de Maputo, ce cadre traite des problèmes de santé procréative qui touchent l'Afrique et consacre un important volet à la fistule obstétricale, dans lequel il préconise le renforcement du secteur de la santé et à l'augmentation des crédits alloués à la santé. Bien que certains progrès aient été réalisés dans l'application du Plan d'action de Maputo, les ressources restent très limitées, peu de pays disposant de crédits réservés à la santé sexuelle et procréative. Tous les pays n'ont pas réaffirmé leur

¹⁰ Voir, par exemple, la résolution AFR/RC54/R9 du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, datée du 3 septembre 2004.

¹¹ Triphonie Nkurunziza *et al.*, Progress report on the roadmap for accelerating the attainment of the Millennium Development Goals relating to maternal and newborn health in Africa, *African Health Monitor*, n° 18 (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, novembre 2013). Consultable à l'adresse : <http://www.who.int/fr/ahm/issue/18/reports/progress-report-road-map-accelerating-attainment-millennium-development-goals>.

¹² Nations Unies, Feuille de route visant à accélérer la réalisation de l'objectif de survie maternelle et néonatale et à atteindre les objectifs 4 et 5 du Millénaire [cibles A et B] (juin 2014). Consultable à l'adresse www.mdghalthenvoy.org/news/documents/.

engagement à proroger le Plan d'action de Maputo jusqu'en 2015, en sorte de le faire coïncider avec les objectifs du Millénaire pour le développement, mais un examen quinquennal global de sa mise en œuvre doit être présenté à la Commission de l'Union africaine début 2015¹³.

19. La Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique favorise une mise en œuvre plus active du Plan d'action de Maputo. Le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ainsi que les donateurs et les organisations de la société civile, fournissent un appui en faveur de celle-ci aux niveaux national et régional. De nombreuses concertations stratégiques et activités de promotion ont été menées depuis son lancement. En 2013, elle a été mise en œuvre dans les Comores, en Côte d'Ivoire, en Guinée, au Mali et aux Seychelles. En outre, un appui et des efforts de sensibilisation importants ont été fournis à l'échelon régional afin de garantir la prise en compte des questions de santé procréative, maternelle, néonatale et infantile dans le programme de développement pour l'après-2015. Djibouti, Madagascar, la Somalie et le Soudan du Sud comptent parmi les pays qui ont lancé la campagne en 2014.

20. Une réunion régionale organisée au Sénégal en 2013 par le bureau du FNUAP autour du thème de la fistule obstétricale a rassemblé des représentants des ministères de la santé de neuf pays¹⁴, de centres de traitement de la fistule, d'organisations de la société civile et d'associations professionnelles d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale. L'objectif de cette réunion était de promouvoir un environnement plus propice à l'éradication de la fistule obstétricale. Les participants se sont entendus sur certaines grandes mesures, à savoir notamment : passer d'une action reposant sur l'organisation de campagnes à une approche plus durable consistant à intégrer le traitement de la fistule obstétricale aux services de santé maternelle; aider les pays à renforcer leurs capacités de prévention et de gestion de la fistule obstétricale; et accroître les activités de sensibilisation visant à mobiliser des ressources aux niveaux national et international.

21. Les États arabes, Djibouti, la Somalie, le Soudan et le Yémen s'emploient à assurer la prévention, la gestion et le traitement chirurgical de la fistule obstétricale, ainsi que la réinsertion des femmes touchées. À Djibouti, les organismes des Nations Unies aident deux centres de santé maternelle à fournir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, à améliorer leurs soins post-partum et à accroître le nombre de sages-femmes. Avec l'appui des organismes des Nations Unies et d'autres partenaires, le Gouvernement prévoit de rassembler des données factuelles sur la prévalence de la fistule obstétricale afin d'évaluer l'ampleur du problème. La Somalie, qui est particulièrement touchée par la fistule obstétricale, s'emploie essentiellement à accroître le nombre d'accouchements effectués avec l'aide de personnel qualifié et à renforcer les ressources humaines dans le secteur de la santé, notamment à former les chirurgiens aux techniques de traitement chirurgical des fistules. Au Yémen, les organismes des Nations Unies et les partenaires de développement ont fourni un appui à la mise en place, dans des hôpitaux publics, de deux centres consacrés au traitement chirurgical de la fistule et à la formation de prestataires de services pour ceux-ci.

¹³ <http://pages.au.int/carmma/documents/maputo-plan-action-5-year-review>.

¹⁴ Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Guinée, Mauritanie, Niger, Sénégal et Tchad.

22. En Amérique latine et dans les Caraïbes, l'Équipe spéciale régionale interinstitutions pour la réduction de la mortalité maternelle joue un rôle de premier plan pour ce qui est de coordonner les stratégies régionales de promotion de la santé maternelle et néonatale. Plusieurs pays, dont l'Argentine, le Brésil, la Colombie et El Salvador, ont commencé à élaborer et mettre en œuvre des systèmes de surveillance de la morbidité maternelle. Des normes régionales applicables aux soins interculturels de santé maternelle sont en cours d'élaboration, l'objectif étant de définir une série de protocoles de soins types qui seront utiles à la mise au point de normes nationales. Cette stratégie facilite la prise en main du processus par les pays, tout en offrant des possibilités de coopération Sud-Sud. En outre, pour renforcer les organisations de sages-femmes dans la région, l'Argentine, l'Équateur, le Guyana, Haïti, le Paraguay, le Suriname, Trinité-et-Tobago et l'Uruguay ont recours à l'outil d'évaluation des capacités des associations membres mis au point par la Confédération internationale des sages-femmes et ses partenaires dans le cadre de leur planification stratégique. Dans les Caraïbes, six autres pays ont formulé des politiques nationales globales relatives à la santé sexuelle et procréative. Des études régionales sur les grossesses précoces et les lois locales qui entravent l'accès des adolescentes aux services de santé procréative sont actuellement en cours de planification.

23. La collaboration Sud-Sud est considérée comme un instrument indispensable pour parvenir à éradiquer la fistule obstétricale. En 2013, le Rwanda, l'Érythrée et la Zambie ont dressé ensemble une ébauche de stratégie nationale de lutte contre la fistule. Les associations de sages-femmes de l'Éthiopie et du Ghana ont lancé un programme de jumelage en vue de favoriser le mentorat et de renforcer le partage des connaissances et des meilleures pratiques. Des étudiants en obstétrique du Soudan du Sud reçoivent une formation en Ouganda. L'Afghanistan et la République islamique d'Iran ont procédé à un examen conjoint de leurs programmes d'enseignement et de formation des sages-femmes. Parmi les autres types de partenariat et de collaboration, on peut également citer la quatrième table ronde internationale sur la coopération sino-africaine en matière de santé, tenue à Gaborone en mai 2013, suivie du forum ministériel sino-africain sur le développement du secteur de la santé, tenu à Beijing en août 2013. Ces initiatives ont contribué à mobiliser un soutien politique et financier en faveur de la santé sexuelle et procréative et des droits en matière de procréation en Afrique, notamment la prévention et le traitement de la fistule, ainsi que la réintégration des femmes touchées.

C. Principales initiatives nationales

24. Certains pays sont parvenus à réduire leur taux de mortalité et de morbidité maternelles. Dix-neuf pays, dont le Cambodge, la Guinée équatoriale, l'Érythrée, le Népal, le Rwanda et le Timor-Leste, ont déjà réduit de 75 % leur taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2013, atteignant ainsi la cible correspondante du cinquième objectif du Millénaire pour le développement avant l'échéance de 2015. Parmi les pays dont le taux de mortalité maternelle était inférieur à 100 en 1990, des progrès ont été enregistrés en Arabie saoudite (réduction de 61 %), au Chili (60 %), en Chine (67 %), aux Émirats arabes unis (53 %)⁹, en Jordanie (42 %), en Libye (52 %), au Mexique (45 %), au Qatar (51 %) et en République islamique d'Iran (72 %)⁹. En dépit de progrès remarquables, il reste beaucoup à faire pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles et améliorer la santé procréative.

25. L'amélioration de la santé procréative est un processus que les pays doivent prendre en charge et diriger eux-mêmes. Ceux-ci doivent allouer une plus grande part de leur budget national à la santé et bénéficier d'un soutien technique et financier supplémentaire de la part de la communauté internationale. Aujourd'hui, le problème de la fistule obstétricale est mieux pris en compte dans les plans et les politiques de pays tels que le Bangladesh, le Burkina Faso, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Mali, Madagascar, le Mozambique, l'Ouganda, la Sierra Leone et le Soudan. L'Afghanistan a revu sa stratégie et sa politique en matière de santé procréative en vue de mettre l'accent la participation des hommes, les soins obstétricaux d'urgence, la fistule et les violences sexistes. Une équipe spéciale nationale de lutte contre la fistule a été mise en place dans 35 pays concernés (le Ghana s'étant récemment ajouté à la liste) en vue de promouvoir la prise en charge nationale et d'assurer la coordination, à l'échelle nationale, des activités des partenaires œuvrant dans ce domaine. En outre, 33 pays ont intégré la prévention, la gestion et le traitement de la fistule aux programmes de formation destinés au personnel de santé¹⁵.

26. Afin de sensibiliser le public et d'améliorer l'accès aux traitements, plusieurs pays ont recours à des méthodes novatrices donnant des résultats positifs. La Sierra Leone a mis en place une permanence téléphonique gratuite offrant des renseignements sur la fistule et les traitements disponibles, ce qui a contribué à augmenter considérablement le nombre de femmes orientées vers l'Aberdeen Women's Centre et traitées dans cet établissement. Il existe aussi des services d'assistance téléphonique gratuits au Burundi (en partenariat avec Médecins sans frontières Belgique), au Cambodge et au Kenya. En République-Unie de Tanzanie, le service de microfinancement par paiement mobile M-PESA, instauré en 2009, permet de couvrir les frais de transport des femmes pauvres atteintes de fistule, notamment celles qui viennent des zones les plus reculées et difficiles d'accès, afin qu'elles puissent subir l'intervention chirurgicale dont elles ont besoin; grâce à ce système, ces femmes ont également la possibilité d'être logées et nourries gratuitement avant et après l'opération, ce qui élimine les principaux obstacles au traitement de la fistule. Au Kenya, l'organisation à but non lucratif One by One utilise des stylos numériques pour recueillir et conserver des données sur les patientes et le suivi dont elles bénéficient et, ce faisant, améliore la quantité et la qualité des données collectées à des fins de suivi, d'évaluation et de recherche.

27. Au Bangladesh, le Ministère de la santé et de la protection de la famille a approuvé, en janvier 2014, la stratégie nationale relative à la fistule obstétricale, un plan d'action chiffré étant en cours d'élaboration. Le Gouvernement a également annoncé la création de 3 000 postes de sages-femmes. Environ 70 % des accouchements au Bangladesh ayant lieu à domicile, la création de postes de sages-femmes permettra d'accroître le nombre d'accouchements effectués avec l'aide de personnel qualifié, ce qui pourrait contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, et notamment de prévenir la fistule obstétricale. Au Népal, le Ministère de la santé et de la population met actuellement au point, avec l'appui des organismes des Nations Unies et de ses partenaires, un centre de formation sur la fistule obstétricale en vue d'améliorer la qualité des soins. En outre, pour remédier au manque de données sur la morbidité liée à la procréation, le Népal a lancé, au début de 2014, une étude sur la prévalence de certaines pathologies, y compris la fistule obstétricale, dont les conclusions serviront de base à l'élaboration de stratégies nationales visant à éradiquer la fistule obstétricale et d'autres pathologies.

¹⁵ <http://www.endfistula.org/>.

IV. Actions engagées par la communauté internationale : lacunes à combler et défis à relever

A. Stratégies et interventions préventives visant à atteindre les objectifs de santé maternelle et à éliminer de la fistule obstétricale

28. On distingue trois grandes mesures fondées sur l'analyse des faits qui jouent un rôle capital dans la prévention des décès et des infirmités liés à la maternité, notamment la fistule, à savoir : a) la planification familiale, b) la présence de personnel qualifié à chaque accouchement et c) l'accès à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, dans le cadre de services de santé sexuelle et procréative. En 2003, le FNUAP a lancé, avec des partenaires, la Campagne mondiale pour éliminer les fistules, dont l'objectif est de faire de la fistule une affection aussi rare dans les pays en développement que dans le monde industrialisé. Le FNUAP assure le secrétariat du Groupe de travail international sur la fistule obstétricale, principal organe directeur de la Campagne. Celle-ci s'articule autour de trois grands axes stratégiques : prévention, traitement et réintégration sociale. Elle est mise en œuvre dans plus de 50 pays d'Afrique, d'Asie, du monde arabe et d'Amérique latine et rassemble plus de 90 organismes partenaires à l'échelle mondiale ainsi que nombre d'autres acteurs aux niveaux national et local. Depuis son lancement, le FNUAP a directement financé plus de 47 000 réparations chirurgicales de fistules, et des partenaires non gouvernementaux, tels que EngenderHealth et Women and Health Alliance International, ont apporté un appui à des milliers d'autres¹⁶.

29. Les sages-femmes jouent un rôle crucial dans la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales, y compris de la fistule obstétricale, en fournissant des soins obstétricaux de qualité et en détectant les cas de travail prolongé ou de dystocie qui nécessitent des soins obstétricaux d'urgence. Lorsqu'elles sont correctement formées et soutenues par un système de santé fonctionnant bien, les sages-femmes sont à même de prodiguer 87 % des soins essentiels aux femmes et aux nouveau-nés, ce qui pourrait réduire la mortalité maternelle et néonatale de deux tiers¹⁷. Si, dans les régions en développement, la proportion d'accouchements assistés par des professionnels de la santé, notamment des sages-femmes, a globalement augmenté, puisqu'elle est passée de 56 % en 1990 à 68 % en 2012, de fortes disparités persistent selon les régions. C'est en Afrique et en Asie du Sud qu'elle est la plus faible (50 % ou moins), malgré une progression de 10 points de pourcentage ou plus enregistrée dans ces régions depuis 2000. À ces bas niveaux de couverture viennent s'ajouter de criantes inégalités entre zones urbaines et zones rurales : sur les 40 millions d'accouchements qui n'ont pas bénéficié de l'assistance de professionnels de la santé en 2012, 32 millions ont eu lieu dans des zones rurales¹⁸. Depuis 2008, le FNUAP, la Confédération internationale des sages-femmes et d'autres partenaires ont fourni un appui à plus de 50 pays à faible revenu en vue de former des sages-femmes compétentes, de

¹⁶ <http://www.endfistula.org/>.

¹⁷ FNUAP, Confédération internationale des sages-femmes et OMS : *L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2014 : sur la voie de l'universalité. Le droit de la femme à la santé* (New York, FNUAP, 2014).

¹⁸ Organisation des Nations Unies, *Objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport 2014* (New York, 2014).

remédier au manque de personnel dans le secteur de la santé maternelle et d'assurer la présence de personnel qualifié à tous les accouchements. En 2012 et 2013, plus de 500 sages-femmes de pays tels que l'Afghanistan, l'Éthiopie, le Népal, l'Ouganda et la Zambie ont reçu une formation sur la prévention et la gestion précoce de la fistule. En 2013, le Pakistan a mis en place une formation diplômante de deux ans, dont le programme repose sur les orientations formulées par la Confédération internationale des sages-femmes.

30. Du fait de leur profession, les sages-femmes peuvent jouer un rôle de premier plan dans la prévention des fistules obstétricales et de la mortalité maternelle; elles doivent par conséquent recevoir une formation de qualité, bénéficier d'un appui et être réparties équitablement et affectées dans les zones où leurs services sont le plus nécessaires. En vue d'appuyer les activités de sensibilisation menées par les pays afin que ceux-ci investissent davantage dans les soins obstétricaux, le FNUAP, la Confédération internationale des sages-femmes et l'OMS ont publié, en juin 2014, le deuxième rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde¹⁷. Ce rapport présente les données les plus récentes en la matière concernant 73 pays à forte mortalité maternelle, qui concentrent 96 % des décès maternels, 91 % des mortinaissances et 93 % des décès de nouveau-nés, alors qu'ils ne disposent que de 42 % du personnel médical mondial (sages-femmes, infirmiers et médecins). Grâce à des outils d'apprentissage multimédia innovants, le FNUAP, en collaboration avec l'OMS, la société Intel et l'organisation sanitaire Jhpiego, élargit ses activités de sensibilisation et améliore la qualité de la formation des sages-femmes, notamment en ce qui concerne les gestes qui sauvent. Il a ainsi mis au point neuf modules en ligne destinés au personnel de santé de première ligne, dont un module à l'intention des sages-femmes portant sur la gestion du travail prolongé et de la dystocie, causes fréquentes de la formation d'une fistule. En 2013, plus de 400 sages-femmes ont été formées à l'utilisation de ces nouveaux modules de formation.

31. Plusieurs pays mettent actuellement en œuvre des politiques visant à réduire les obstacles financiers aux soins de santé maternelle. C'est notamment le cas de la Sierra Leone et, plus récemment, du Kenya, qui ont tous deux officiellement supprimé tous les frais à la charge des bénéficiaires des soins. L'accès universel à des soins de santé procréative abordables et de qualité a contribué à éliminer la fistule obstétricale dans les pays développés. En outre, l'initiative « Chaque nouveau-né – projet de plan d'action pour mettre fin aux décès évitables »¹⁹, lancée récemment par l'OMS, l'UNICEF et leurs partenaires, préconise : la mise en place d'un accès universel à des soins de qualité et l'innovation; la responsabilisation et la collecte de données; l'esprit d'initiative, la bonne gouvernance, les partenariats et les financements; et l'examen des objectifs, cibles et jalons à l'échelle mondiale et nationale (pour la période 2014-2035). Ces stratégies non seulement permettent d'améliorer la santé néonatale, mais contribuent aussi à éliminer la mortalité et la morbidité maternelles évitables, notamment la fistule obstétricale.

32. Fruit d'une collaboration entre six organismes des Nations Unies [FNUAP, UNICEF, OMS, Banque mondiale, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes)], l'initiative H4 Plus tire parti des synergies nées de l'association des forces et des capacités de chaque partenaire pour accélérer, avec l'appui des gouvernements, la réalisation des quatrième et cinquième

¹⁹ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/fr/.

objectifs du Millénaire pour le développement dans des pays enregistrant des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale. À l'échelon des pays, cette initiative a pour objectif d'améliorer l'égalité d'accès aux services de santé sexuelle, procréative, maternelle, infantile et néonatale et de prévenir la transmission mère-enfant du VIH en renforçant les systèmes de santé et en mobilisant la population locale.

33. La planification familiale joue un rôle capital dans la protection de la santé et de la vie des femmes et des nouveau-nés. On estime que l'utilisation de contraceptifs a fait diminuer la mortalité maternelle de plus de 40 %²⁰. Elle pourrait en outre réduire le risque que les femmes ayant survécu à une fistule souffrent à nouveau de cette affection à l'occasion d'une nouvelle grossesse. La Conférence internationale sur la planification familiale qui s'est tenue à Addis-Abeba en novembre 2013 sur le thème « Accès intégral, choix intégré » a mis l'accent sur le rôle majeur de la planification familiale dans la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles²¹. Il est indispensable de disposer d'un approvisionnement fiable et régulier en médicaments appropriés pour sauver la vie de femmes enceintes ou parturientes. C'est à cette fin que le FNUAP a mis en place le Programme mondial visant à sécuriser l'approvisionnement en produits de santé procréative, qui assure l'approvisionnement en fournitures essentielles permettant de sauver des vies avant, pendant et après la grossesse dans les pays qui présentent un taux élevé de mortalité et de morbidité maternelles. Depuis 2012, l'approvisionnement en produits de santé procréative s'est considérablement amélioré, tout comme la capacité des systèmes de santé nationaux de gérer ces fournitures et d'offrir les services de planification familiale et de santé maternelle correspondants. En 2013, dans neuf pays enregistrant des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles²², 70 % des points de prestation de services disposaient de sept médicaments permettant d'éviter certains décès liés à la maternité.

34. Les femmes qui souffrent ou ont souffert d'une fistule obstétricale sont souvent délaissées et stigmatisées. Bien souvent, les fistules obstétricales ne sont jamais traitées et celles qui le sont grâce à la chirurgie risquent fort de réapparaître en cas de nouvelle grossesse chez les femmes qui bénéficient d'un suivi médical insuffisant, voire inexistant. Il est essentiel que les gouvernements mettent en place des mécanismes d'enregistrement des femmes et des filles souffrant de fistules obstétricales et de suivi de celles qui ont été soignées, et renforcent ceux qui existent, afin d'éviter que ce problème ne réapparaisse lors d'une nouvelle grossesse et d'assurer ainsi la survie et le bien-être de la mère et de l'enfant.

35. La prévention des fistules obstétricales et des décès et infirmités chez la mère et le nouveau-né repose notamment sur des campagnes d'information, de sensibilisation et de mobilisation des populations, dans lesquelles les femmes ayant survécu à cette affection ont un rôle essentiel à jouer. En Éthiopie, par exemple, l'association Healing Hands of Joy forme d'anciennes malades pour en faire des ambassadrices de la maternité sans risques, lesquelles, en informant les femmes sur les soins prénatals et l'accouchement sans risques, contribuent à augmenter le nombre d'accouchements en centre de santé. L'association œuvre également à la réinsertion sociale des femmes ayant survécu à une fistule, notamment grâce à des

²⁰ Saifuddin, Ahmed *et al.*, « Maternal deaths averted by contraceptive use: results from a global analysis of 172 countries », *The Lancet*, vol. 380, n° 9837 (14 juillet 2012), p. 111 à 125.

²¹ www.fpconference2103.org.

²² Guinée, Haïti, Honduras, Libéria, Mali, Mozambique, Niger, Sierra Leone et Timor-Leste.

programmes de microcrédit qui leur offrent des perspectives économiques et leur permettent ainsi de rembourser leurs frais médicaux et de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille. C'est notamment le cas d'un programme d'apiculture qui assure un revenu à des femmes demeurées incontinentes et leur permet ainsi de devenir autonomes²³.

B. Stratégies et interventions thérapeutiques

36. Malgré les progrès accomplis à l'échelon mondial, l'accès aux traitements des femmes et des filles souffrant d'une fistule obstétricale demeure largement insuffisant. En 2013, plus de 10 000 interventions de chirurgie réparatrice ont été pratiquées avec l'appui direct du FNUAP, ce qui représente une augmentation sensible par rapport à 2012, notamment en Ouganda, où plus de 1 436 femmes ont été opérées au cours de l'année, et au Nigéria, où 6 000 interventions ont été pratiquées en 2013, contre 2 000 en 2008. Malheureusement, seule une petite partie des femmes touchées par ce problème bénéficie d'un traitement. Afin de renforcer les capacités de traitement dans le monde, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, la Société internationale des chirurgiens de la fistule obstétricale et la Fistula Foundation ont mis en œuvre un programme de formation au traitement chirurgical des fistules obstétricales axé sur les compétences. Il est en effet nécessaire d'accroître sensiblement et durablement le nombre de services de traitement de qualité et de chirurgiens spécialisés qualifiés si l'on veut combler l'écart entre les besoins et les capacités de traitement des fistules obstétricales, objectif qui devrait figurer parmi les principales priorités du programme de développement pour l'après-2015.

37. Afin d'améliorer l'accès des femmes souffrant d'une fistule obstétricale à des traitements et des soins de qualité, le FNUAP et la Société internationale des chirurgiens de la fistule obstétricale ont lancé deux nouvelles trousse de réparation chirurgicale contenant du matériel de première qualité (instruments, fournitures spécialisées et table d'opération spéciale). La société pharmaceutique Johnson & Johnson a en outre annoncé en 2013 qu'elle ferait don de matériel de suture pour compléter ces trousse, ce qui permettra de soigner 15 000 femmes souffrant d'une fistule obstétricale.

38. La méconnaissance des possibilités de traitement et le coût élevé que celui-ci représente pour les patientes constituent des obstacles majeurs à la prise en charge des femmes et des filles souffrant d'une fistule obstétricale. Les États devraient tout mettre en œuvre pour garantir à toutes les malades l'accès aux soins, notamment en mettant en place, dans des hôpitaux situés stratégiquement, des services intégrés accessibles en permanence et assurant une prise en charge et un appui complets aux fins du traitement, de la réinsertion et du suivi des patientes.

C. Stratégies et mesures de réinsertion

39. Le retour à la santé et la guérison totale des femmes et des filles souffrant d'une fistule obstétricale supposent non seulement un traitement médical ou

²³ Healing Hands of Joy, *Rapport annuel 2013*. Disponible à l'adresse suivante : http://healinghandsofjoy.com/images/stories/2013_hhoj_report.pdf.

chirurgical, mais également une prise en charge complète qui réponde à leurs besoins psychosociaux et socioéconomiques. En l'état actuel des choses, le suivi des patientes laisse fortement à désirer. Malgré l'ampleur des besoins, trop peu d'entre elles bénéficient de services de réinsertion. Tous les États touchés par le problème des fistules obstétricales devraient suivre l'évolution de cet indicateur pour mesurer les progrès réalisés dans l'accès aux services de réinsertion, comme certains le font déjà. On sait ainsi que toutes les femmes souffrant d'une fistule qui ont été opérées au Tchad en 2013 ont bénéficié de services de réinsertion. Il en va de même pour la plupart des femmes opérées en Sierra Leone. Cependant, la réinsertion sociale des femmes et des filles souffrant d'une fistule incurable ou inopérable demeure un problème de taille.

40. Les services de réinsertion doivent être complets, intégrés, continus et maintenus aussi longtemps qu'ils sont nécessaires. Ils devraient inclure des activités de conseil et de suivi à tous les stades du traitement et du retour à la santé, du premier contact à la sortie de l'hôpital et à l'éducation sanitaire, la planification familiale et la génération de revenus, et s'accompagner de campagnes de sensibilisation de la population locale de façon à lutter contre la stigmatisation et la discrimination. En offrant aux patientes la possibilité d'exercer une activité rémunératrice, on leur donne accès à des moyens de subsistance dont elles ont cruellement besoin et on leur permet de tisser de nouveaux liens sociaux et de trouver un nouveau sens à leur vie. La Fistula Foundation Nigeria propose ainsi un programme modèle qui permet aux femmes ayant survécu à une fistule obstétricale, y compris celles souffrant d'une fistule inopérable ou incurable, de bénéficier en permanence de conseils, d'un appui et de formations et perspectives professionnelles, ainsi que d'un suivi à long terme visant à assurer leur survie et leur bien-être. Au Congo, une attention particulière est accordée à l'aide psychosociale apportée aux survivantes, qui joue un rôle capital dans leur réinsertion, au moyen d'initiatives telles que l'élaboration d'un guide à l'intention des travailleurs sociaux et la création, à l'échelon local, d'un réseau de survivantes. Toutes les femmes ayant survécu à une fistule obstétricale, sans exception, devraient avoir accès à des services de réinsertion sociale, mais elles sont encore nombreuses à en être privées dans bien des pays.

D. Travaux de recherche et collecte et analyse de données

41. Il reste difficile d'obtenir des données complètes et fiables sur les cas de fistules obstétricales, notamment parce que les femmes qui y survivent sont invisibles aux yeux de la société et que peu de ressources sont consacrées au problème, auquel il n'est guère accordé d'importance à l'échelon tant mondial que national. Certains progrès ont toutefois été enregistrés, notamment grâce à la mise au point d'un module normalisé sur la fistule destiné à être intégré aux enquêtes démographiques et sanitaires d'un nombre croissant de pays, dont le Bénin, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Guinée, la Guinée-Bissau, Haïti, le Kenya, le Mali, le Niger, la Sierra Leone, le Tchad, le Togo, le Yémen et la Zambie. En outre, la carte interactive « Global Fistula Map », qui a été mise à jour, améliorée et enrichie depuis son lancement en 2012, offre un aperçu des capacités de traitement des fistules obstétricales dans le monde et des lacunes dans ce domaine. Elle met ainsi en évidence le manque cruel de centres de traitement dans les pays qui présentent les taux les plus élevés de mortalité et de morbidité maternelles. Les données disponibles indiquent que, bien que l'offre de services de traitement chirurgical des

fistules augmente, seul un petit nombre de patientes souffrant de cette affection en bénéficient chaque année.

42. Face à la nécessité de mettre au point des méthodes peu coûteuses pour collecter des données fiables sur les cas de fistule, des chercheurs de la faculté de santé publique Bloomberg de l'université Johns Hopkins ont mis au point un nouveau modèle permettant d'établir l'incidence et la prévalence des fistules obstétricales à l'échelle nationale. L'université Johns Hopkins s'est en outre associée avec le FNUAP, l'OMS et la Fondation MacArthur pour conduire une étude multinationale visant à analyser le rapport qui existe entre l'issue du traitement ou de l'intervention chirurgicale et la qualité de vie des patientes, leur état de santé, leur situation psychosociale et le succès de leur réinsertion à long terme. Les résultats de cette étude sans précédent, qui a été conclue au Bangladesh et est encore en cours en Éthiopie, au Niger et au Nigéria, permettront d'appuyer l'élaboration d'un système de classification des cas de fistules obstétricales fondé sur le pronostic, d'orienter les activités d'information et de mettre en place des programmes et des stratégies nationales adaptés à un coût raisonnable. Il faudra néanmoins réaliser d'autres travaux de recherche pour espérer s'attaquer efficacement au problème des fistules obstétricales.

43. Les systèmes d'action et de surveillance des décès liés à la maternité, dont l'objectif est de prévenir les décès et maladies liés à la maternité qui peuvent être évités, font l'objet d'une promotion et d'une institutionnalisation croissantes dans plusieurs pays. Il est crucial d'étudier les cas de décès maternels et de complications engageant le pronostic vital liées à la maternité²⁴ si l'on veut améliorer la qualité des soins obstétricaux et, ainsi, prévenir la fistule obstétricale. Des consultations interinstitutions ont été organisées dans toutes les régions du monde sous l'égide de la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant de l'OMS en vue d'institutionnaliser les systèmes d'action et de surveillance de la mortalité et de la morbidité maternelles, et une documentation technique a été élaborée et publiée en 2013 pour aider les pays à les mettre en œuvre²⁵. En Afrique, 14 pays, parmi lesquels figurent le Bénin, le Burundi, l'Érythrée, l'Éthiopie, le Ghana, la Guinée, Madagascar, le Malawi, le Mozambique et le Rwanda, prennent des mesures qui leur permettront à terme de procéder à un examen systématique des cas de décès et de complications graves liés à la maternité en vue d'améliorer la qualité des soins. Au Bangladesh et au Népal, le FNUAP appuie le lancement d'un système de surveillance national qui permettra de recenser et de traiter les cas de fistule n'ayant pas été signalés.

44. Afin de prévenir la fistule obstétricale, il est primordial que les femmes puissent avoir rapidement accès à des soins obstétricaux d'urgence de qualité. À cette fin, il est nécessaire d'évaluer le niveau actuel des soins et de recueillir les données nécessaires à la planification, à l'information et à la mobilisation de ressources de façon à améliorer les services d'urgence obstétricale à l'échelon des

²⁴ Il s'agit des cas où l'on considère qu'une femme a frôlé la mort du fait de complications survenues pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours suivant une interruption de grossesse. Voir OMS, *Evaluating the Quality of Care for Severe Pregnancy Complications: The WHO Near-miss Approach for Maternal Health* (Genève, 2011). Disponible à l'adresse suivante : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502221_eng.pdf.

²⁵ OMS et al., *Maternal Death Surveillance and Response: Technical Guidance Information for Action to Prevent Maternal Death* (Genève, OMS, 2013). Disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87340/1/9789241506083_eng.pdf.

districts. Le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS et le programme de prévention des décès et infirmités liés à la maternité (Averting Maternal Death and Disabilities Programme) de l'Université de Columbia (New York) appuient la réalisation d'études visant à évaluer les besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans des pays présentant des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles. En 2014, une trentaine de pays enregistrant un fort taux de mortalité maternelle avaient terminé ou commencé cette évaluation; la quasi-totalité d'entre eux s'étaient appuyés sur ses conclusions pour élaborer des plans d'action et sept mesuraient les progrès accomplis concernant les fonctions repères des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et les effectifs en personnel qualifié.

45. Placé sous la direction d'EngenderHealth, le projet Fistula Care a permis de mener à bien un certain nombre de travaux de recherche sur les fistules obstétricales et, ainsi, de faire de précieuses constatations concernant un modèle de dépistage utilisé à l'échelle locale au Nigéria, de recueillir des éléments sur un centre de formation de sages-femmes (Aberdeen Women's Centre) qui obtient des résultats concluants en Sierra Leone et d'étudier tous les articles publiés au sujet des facteurs de succès de la réparation chirurgicale des fistules urinaires dans les pays en développement. Une autre étude multinationale d'importance, menée dans le cadre du projet Fistula Care en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour le développement, le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS, la Banque mondiale et le Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, a également permis d'établir que, lors de la réparation chirurgicale d'une fistule, la pose d'une sonde urinaire était tout aussi efficace sur une courte période (7 jours) que sur une période plus longue (14 jours). Cette découverte est fondamentale, car elle est synonyme de diminution du risque d'infections nosocomiales, de réduction des coûts et d'amélioration du taux de rotation des patientes en attente de chirurgie réparatrice.

E. Plaidoyer et sensibilisation

46. Au cours des deux dernières années, en maintenant une présence continue dans les médias, en renforçant la collaboration aux niveaux national et régional et en améliorant la coordination avec les partenaires, on a contribué à faire passer des messages efficaces et à mener d'importantes activités de communication sur la fistule obstétricale. On s'est efforcé de mobiliser les pays dans les régions particulièrement touchées, notamment en Afrique, à l'aide d'outils adaptés, tels que des messages d'intérêt général et des animations, dont certains ont été traduits dans plusieurs langues locales. Des fiches d'information sur les questions clés ont été mises au point, révisées du point de vue technique, largement diffusées et ajoutées aux dossiers d'information en ligne afin de faciliter les activités de sensibilisation des médias et des donateurs et de fournir des ressources pour la diffusion de messages plus cohérents au sujet de la fistule.

47. En 2013, l'Organisation des Nations Unies a célébré la première Journée internationale de l'élimination de la fistule obstétricale (23 mai) en tenant une manifestation spéciale au Siège de l'Organisation. En outre, des activités parallèles ont été organisées dans le monde entier par les autorités nationales et les partenaires de la Campagne pour éliminer les fistules. Dans de nombreux pays, dirigeants politiques, premières dames, célébrités, professionnels de la santé et représentants d'organisations de la société civile ont pris part aux activités, qui consistaient à

sensibiliser au problème de la fistule obstétricale, à mobiliser les médias et à diffuser des témoignages de femmes ayant survécu à une fistule à la radio et à la télévision. Il s'agissait principalement de lancer un appel en faveur de la prévention de la fistule et de l'accès au traitement et de préconiser l'intensification de l'action menée pour éliminer la fistule obstétricale.

48. En 2014, la communauté internationale a célébré la deuxième édition de la Journée internationale pour l'élimination de la fistule obstétricale, qui avait pour thème « Dépister les fistules – transformer des vies », compte tenu de l'objectif prioritaire consistant à renforcer les partenariats de façon à offrir un traitement et un suivi à toutes les femmes souffrant d'une fistule. Les activités menées dans le monde entier ont notamment consisté à lancer des appels en faveur de l'intensification de l'action menée pour éliminer la fistule obstétricale et de la prise en compte de cette question dans le programme de développement pour l'après-2015. Les partenaires de la Campagne pour éliminer les fistules ont produit un film documentaire spécial, intitulé *mFistula*, qui insiste sur l'utilité potentielle de la technologie mobile pour atteindre les femmes ayant survécu à une fistule qui vivent dans des régions pauvres et reculées afin de leur permettre de bénéficier d'un traitement et de soins.

F. Renforcement de l'appui financier à l'échelle mondiale

49. L'une des grandes difficultés auxquelles les pays doivent faire face est l'insuffisance des ressources financières nationales allouées à la santé maternelle et au traitement de la fistule obstétricale. Ce problème est exacerbé par le faible niveau de l'aide publique au développement destinée à la réalisation de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement. Les contributions à la Campagne pour éliminer les fistules sont largement insuffisantes pour répondre aux besoins, d'autant qu'elles ont régulièrement diminué ces dernières années, en partie du fait de la crise financière mondiale. Par conséquent, il est essentiel de redoubler d'efforts pour mobiliser davantage de ressources et éviter ainsi que le problème de la fistule ne soit de nouveau relégué au second plan.

50. Les efforts visant à éliminer la fistule obstétricale sont intégrés dans des initiatives portant plus généralement sur la santé maternelle, à savoir notamment l'Initiative de Muskoka sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et les activités soutenues par l'initiative H4 Plus et le Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle du FNUAP. Les initiatives prises dans le cadre de la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique et « Toutes les femmes, tous les enfants » demeurent des instruments essentiels pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, y compris l'action menée pour éliminer la fistule obstétricale.

51. Les États Membres, le secteur privé et le public en général continuent à concourir aux efforts visant à en finir avec la fistule. En 2013, la Campagne pour éliminer les fistules a reçu des fonds de particuliers, de fondations philanthropiques, telles que Zonta International, et de sociétés privées, dont Johnson and Johnson, Total, Noble Energy, Virgin Unite et la Fondation MTN. En outre, des partenaires du secteur privé ont mobilisé leurs plateformes médiatiques et de communication et chargé des équipes novatrices de contribuer aux activités de sensibilisation et à

l'organisation de manifestations relatives au problème de la fistule, en particulier la première Journée internationale de l'élimination de la fistule obstétricale.

52. Malgré l'expansion des partenariats et les avancées technologiques, la profonde insuffisance des ressources internes et externes continue de nuire gravement à l'efficacité de la lutte contre la fistule obstétricale. Bien que la prévention de la fistule obstétricale fasse de plus en plus souvent partie intégrante des interventions dans le domaine de la santé maternelle, le nombre de femmes et de filles qui attendent toujours un traitement est si élevé qu'il importe de faire figurer d'urgence le sort de ces personnes négligées parmi les premières préoccupations. Il s'agit maintenant de faire en sorte de mobiliser un financement suffisant pour parvenir à éliminer la fistule obstétricale.

V. Conclusion et recommandations

53. La fistule obstétricale est le fruit des inégalités socioéconomiques et hommes-femmes et de l'incapacité des systèmes de santé d'offrir un accès équitable à des soins de santé maternelle de qualité, 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 ce qui est d'appeler l'attention sur les décès et infirmités liés à la maternité, notamment la fistule obstétricale. En dépit de cette évolution positive, un grand nombre de problèmes graves continuent de se poser. Le fait qu'au XXI^e siècle, à travers le monde, les femmes et les filles les plus pauvres et les plus vulnérables souffrent inutilement d'une terrible affection qui a été pratiquement éliminée dans le monde industrialisé constitue une grave injustice. La communauté internationale doit impérativement agir de toute urgence pour en finir avec la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales évitables, y compris la fistule obstétricale.

54. Il est urgent de renforcer sensiblement l'engagement politique et d'accroître considérablement les financements afin d'accélérer les progrès vers l'élimination de ce fléau mondial et de répondre aux nombreux besoins non satisfaits en ce qui concerne le traitement de la fistule. Il demeure nécessaire de fournir d'urgence, aux niveaux national et international, un appui résolu qui, maintenu sur plusieurs années, offrira les ressources nécessaires pour atteindre toutes les femmes et toutes les filles souffrant d'une fistule et élaborer des programmes adaptés, viables et évolutifs. Il faudrait s'attacher tout particulièrement à renforcer l'appui apporté aux pays qui connaissent les taux de mortalité et de morbidité maternelles les plus élevés, afin de leur permettre d'offrir des services gratuits de traitement de la fistule, étant donné que la plupart des femmes qui vivent avec une fistule sont pauvres et ne peuvent payer leur traitement.

55. Grâce à une meilleure compréhension de la charge sociale et économique que représente la mauvaise qualité des services de santé procréative, notamment sur le plan de la santé maternelle et néonatale, on a mis au point des stratégies multisectorielles faisant le lien entre pauvreté, inégalités, disparités entre les sexes, discrimination, insuffisances en matière d'éducation et santé. L'action à mener pour améliorer la santé des femmes doit porter systématiquement sur l'éducation des femmes et des filles, l'autonomisation économique, y compris l'accès au microcrédit et au microfinancement, ainsi que sur les réformes juridiques et les

initiatives sociales tendant à retarder l'âge du mariage et de la grossesse. Il est essentiel qu'une large place soit faite à ces questions dans le cadre de développement pour l'après-2015.

56. Il existe un consensus mondial quant aux principales mesures à prendre pour réduire la mortalité et les infirmités liées à la maternité dans le cadre des services de santé sexuelle et procréative. Il y a lieu de s'attacher d'urgence à privilégier davantage les trois types d'interventions rentables, en mettant l'accent sur le rôle crucial des sages-femmes, de manière à réduire le nombre élevé de décès et d'infirmités évitables liés à la maternité.

57. Les mesures décisives que les États Membres et la communauté internationale doivent prendre, dans le cadre d'une approche fondée sur les droits de l'homme, pour éliminer le problème de la fistule obstétricale, sont les suivantes :

Stratégies et interventions en matière de prévention et de traitement

a) Investir davantage dans le renforcement des systèmes de santé, en mettant à disposition un personnel qualifié et ayant reçu une formation adaptée, notamment des sages-femmes, des obstétriciens, des gynécologues et des médecins, et en fournissant un appui à la mise en place et à l'entretien des infrastructures. Il s'agit notamment d'investir dans des systèmes d'orientation, du matériel et des circuits d'approvisionnement propres à améliorer les services de santé maternelle et néonatale, et de mettre en place des mécanismes de supervision et de contrôle de la qualité dans tous les domaines de la prestation de services;

b) Élaborer ou renforcer, à l'échelle nationale, des plans d'action complets et multidisciplinaires pour l'élimination de la fistule obstétricale et des politiques, des stratégies et des budgets associés, qui tiennent compte de la prévention, du traitement, de la réintégration socioéconomique des femmes concernées et des services de suivi essentiels;

c) Créer ou renforcer, sur le plan national, une équipe spéciale de lutte contre la fistule dirigée par le Ministère de la santé, afin d'améliorer la coordination à l'échelle nationale et d'améliorer la collaboration avec les partenaires;

d) Garantir un accès et une couverture équitables, au moyen de plans, de politiques et de programmes nationaux, afin de donner aux femmes la possibilité, du point de vue géographique, culturel et financier, d'accéder à des services de santé maternelle, notamment de planification familiale, à la présence de personnel qualifié lors de l'accouchement, à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et au traitement de la fistule obstétricale;

e) Faciliter l'accès, en particulier dans les zones rurales et isolées, à une palette complète de soins, par la mise en place et la répartition appropriée de centres médicaux et d'équipes de professionnels de la santé qualifiés, la collaboration avec le secteur des transports pour garantir des moyens de transport abordables et la promotion de solutions communautaires;

f) Faciliter le recours à des chirurgiens qualifiés et ayant reçu une formation spécialisée au traitement de la fistule, à des services de traitement de la fistule permanents et complets dans des hôpitaux situés stratégiquement, et instaurer un contrôle de la qualité visant à faire en sorte que seuls des chirurgiens qualifiés spécialisés dans le traitement de la fistule puissent traiter le nombre considérable de femmes en attente de soins;

Aide financière

g) Augmenter les budgets nationaux pour la santé, en veillant à ce que des ressources financières suffisantes soient allouées à la santé sexuelle et procréative, y compris au traitement de la fistule;

h) Intégrer, dans tous les domaines budgétaires nationaux, des politiques et des programmes visant à lutter contre les inégalités et à venir en aide aux femmes et aux filles pauvres et vulnérables, qui devraient prévoir des soins de santé maternelle et néonatale gratuits ou subventionnés, ainsi qu'un traitement de la fistule obstétricale à toutes celles qui en ont besoin;

i) Renforcer la coopération internationale, notamment l'aide technique et financière, en particulier en faveur des pays les plus touchés, afin d'accélérer les progrès en vue de l'élimination de la fistule obstétricale et de l'amélioration de la santé maternelle;

j) Mobiliser les secteurs public et privé pour renforcer les financements et veiller à ce qu'ils soient prévisibles et durables;

Stratégies et mesures de réinsertion

k) Veiller à ce que toutes les femmes qui ont suivi un traitement contre la fistule aient accès à des services de réintégration sociale, y compris à des conseils, à l'éducation, au perfectionnement des compétences et à des activités rémunératrices;

l) S'attacher à répondre aux besoins particuliers des femmes et des filles souffrant d'une fistule jugée incurable ou inopérable, et leur fournir d'autres services essentiels de réintégration;

m) Mettre au point et renforcer des mécanismes de suivi, y compris des indicateurs de suivi de l'accès des rescapées de la fistule aux services de réintégration;

Plaidoyer et sensibilisation

n) Renforcer les activités de sensibilisation et de plaidoyer, notamment par le biais des médias, afin de transmettre efficacement des messages essentiels sur la prévention et le traitement de la fistule et la réintégration sociale des femmes et des filles concernées dans leur famille et leur communauté;

o) Mobiliser les collectivités, y compris les groupes religieux et les responsables locaux, les femmes, les hommes, les filles et les garçons pour militer en faveur de l'accès universel à la santé sexuelle et procréative, garantir les droits en matière de santé procréative, lutter contre la stigmatisation et la discrimination, promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles, éliminer la violence à l'égard des femmes et des filles et empêcher les mariages d'enfants, sachant que le bien-être des femmes et des filles a un effet positif notable sur la survie et la santé des enfants, des familles et des sociétés;

p) Donner aux survivantes de la fistule obstétricale les moyens de participer aux activités de sensibilisation et de mobilisation en faveur de l'élimination de la fistule et d'une maternité sans danger;

q) Renforcer et élargir les interventions visant à maintenir les filles à l'école, notamment après l'école primaire, à mettre fin aux mariages d'enfants ainsi

qu'à défendre et promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles. Il importe d'adopter et d'appliquer des lois contre les mariages d'enfants tout en offrant des incitations novatrices aux familles pour retarder l'âge du mariage, notamment dans les communautés rurales et isolées;

r) Forger des liens et collaborer avec les organisations de la société civile et les groupes favorisant l'autonomisation des femmes pour contribuer à éliminer la fistule obstétricale;

Travaux de recherche et collecte et analyse de données

s) Renforcer la recherche et la collecte, le suivi et l'évaluation de données, y compris des évaluations de besoins à jour, sur les soins obstétriques et néonataux d'urgence, afin d'orienter la planification et la mise en œuvre de programmes de santé maternelle, notamment en faveur de l'élimination de la fistule obstétricale;

t) Mettre en place, renforcer et intégrer dans les systèmes nationaux d'information sanitaire des examens réguliers des cas de décès maternels et de complications engageant le pronostic vital liés à la maternité, dans le cadre d'un système national de surveillance des décès maternels;

u) Mettre en place, dans les établissements de soins au niveau local, des données permettant la notification systématique des cas de fistule obstétricale aux ministères de la santé et leur inscription dans un registre national, et veiller à ce que la fistule obstétricale soit une affection soumise à déclaration au niveau national, chaque cas étant immédiatement signalé et faisant l'objet d'un suivi.

58. Pour en finir avec la fistule obstétricale, il faudra continuer d'intensifier sensiblement les efforts déployés sur les plans national, régional et international. Il s'agit de renforcer les systèmes de santé, de favoriser l'égalité des sexes et l'égalité socioéconomique, de défendre l'autonomisation des femmes et des filles et de promouvoir et protéger le respect des droits de l'homme. D'importantes ressources supplémentaires sont nécessaires pour accélérer les progrès, et il est indispensable d'accroître les financements. Alors que la communauté internationale s'achemine vers le cadre de développement pour l'après-2015, un soutien sensiblement renforcé doit être fourni aux pays, aux organismes des Nations Unies, à la Campagne pour éliminer les fistules et aux autres initiatives mondiales visant à améliorer la santé maternelle et à éliminer la fistule obstétricale.