



Assemblée générale

Distr. générale
9 août 2010
Français
Original : anglais

Soixante-cinquième session

Point 28 de l'ordre du jour provisoire*

Promotion de la femme

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

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le présent rapport a été établi en application de la résolution 63/158 de l'Assemblée générale. La fistule obstétricale est une lésion due à l'accouchement qui a des conséquences dévastatrices sur la vie des femmes, qu'elle laisse incontinentes, humiliées et souvent isolées de leur communauté. Expression cruelle des carences persistantes des services de santé maternelle et procréative, elle va de pair avec des taux élevés de décès et de handicap maternels. Le rapport expose l'action engagée aux niveaux international, régional et national, y compris par le système des Nations Unies, pour en finir avec la fistule obstétricale. Les recommandations qui y figurent visent à intensifier cette action en l'inscrivant dans la poursuite du cinquième objectif du Millénaire pour le développement sur l'amélioration de la santé maternelle, notamment par le renforcement des systèmes de santé, et l'accroissement du montant et de la prévisibilité du financement.

* A/65/150.



Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Rappel des faits	3
III. Action aux niveaux intergouvernemental et régional	6
A. Action intergouvernementale et régionale	6
B. Action régionale	9
IV. Mesures prises récemment par la communauté internationale et les Nations Unies	11
A. Collecte et analyse des données	11
B. Stratégies et interventions de prévention visant la réalisation des objectifs de santé maternelle et l'élimination de la fistule obstétricale	12
C. Stratégies et interventions thérapeutiques	15
D. Stratégies et mesures de réintégration	16
E. Plaidoyer et sensibilisation	17
F. Appui mondial et mobilisation de ressources	18
V. Conclusion et recommandations	19

I. Introduction

1. Le présent rapport est soumis en application de la résolution 63/158 de l'Assemblée générale, qui prie le Secrétaire général de lui rendre compte, à sa soixante-cinquième session, de l'application de cette résolution, au titre du point de l'ordre du jour intitulé « Promotion de la femme ».

2. Les problèmes de santé de la procréation restent la cause principale de troubles de santé et de décès des femmes en âge de procréer dans le monde. Les plus démunies, en particulier dans les pays en développement, sont touchées pour une part disproportionnée par les grossesses non désirées, la mortalité maternelle et l'invalidité des mères, les infections sexuellement transmissibles (dont le VIH), la violence sexiste et d'autres problèmes liés à leur système reproductif. L'éducation et l'autonomisation des femmes sont essentielles à la prévention de la fistule obstétricale et à l'amélioration de la santé maternelle. Instruites, les femmes comprennent mieux la nécessité de recevoir des soins appropriés pendant la grossesse et l'accouchement et sont mieux disposées à reculer le mariage à un âge raisonnable, à éviter les grossesses précoces et à faire leurs propres choix en matière de santé de la procréation.

3. Le présent rapport, tout en décrivant les causes principales de fistule obstétricale ainsi que l'action entreprise par la communauté internationale et le système des Nations Unies pour trouver des solutions à ce problème, rappelle combien il est urgent de s'engager à résoudre le problème de la fistule obstétricale dans le cadre des efforts entrepris à plus vaste échelle pour atteindre le cinquième objectif du Millénaire pour le développement sur l'amélioration de la santé maternelle et pour parvenir à l'accès universel à la santé de la procréation d'ici à 2015.

II. Rappel des faits

4. La fistule obstétricale, l'une des conséquences les plus catastrophiques des accouchements mal surveillés, est un exemple flagrant de l'inégalité sanitaire dans le monde. Si cette affection a été éradiquée dans les pays développés, elle continue de toucher les femmes et les filles les plus démunies, principalement dans les régions rurales et isolées des pays en développement. La fistule obstétricale a toujours fait partie des questions négligées dans les domaines de la santé de la procréation et des droits de l'homme. Pour en finir avec la fistule obstétricale, il faut s'attaquer aux facteurs médicaux et socioéconomiques qui y prédisposent, aussi bien en donnant accès à des services de santé maternelle de qualité qu'en éliminant les inégalités sociales et économiques liées au sexe, qu'en luttant contre les mariages d'enfants et les grossesses précoces, et qu'en proposant un accès équitable à des services et à une éducation de base dans le domaine de la santé sexuelle et procréative.

5. La principale cause de la fistule obstétricale, à savoir le travail prolongé, est l'une des premières causes de mortalité maternelle dans le monde en développement. Si une femme en travail prolongé avec obstruction ne reçoit pas rapidement les soins médicaux ou chirurgicaux appropriés (généralement une césarienne), la pression exercée par la tête du bébé peut endommager considérablement les organes du pelvis. Si la parturiente survit, elle peut se retrouver avec une déchirure entre le vagin et la vessie, ou entre le vagin et le rectum, d'où s'échappent en permanence de l'urine ou des matières fécales.

6. Les conséquences médicales et sociales de la fistule obstétricale peuvent bouleverser la vie des femmes et de leurs enfants. Dans près de 90 % des cas, le bébé est mort-né ou décède dans la semaine qui suit la naissance¹. La femme souffre non seulement d'incontinence chronique, mais aussi, parfois, de troubles neurologiques, de blessures orthopédiques, d'infections urinaires, de plaies douloureuses, d'insuffisance rénale et d'infertilité. L'odeur causée par l'écoulement constant, dont les causes sont mal comprises, entraîne souvent stigmatisation et ostracisme de la part des communautés. Nombre de ces femmes sont abandonnées par leur mari et leur famille et sont souvent exclues de la vie quotidienne familiale et communautaire. Elles peuvent éprouver des difficultés à garder une source de revenu ou un soutien financier, ce qui les appauvrit encore. Leur sentiment d'isolement peut avoir des répercussions sur leur santé mentale, les plonger dans la dépression, leur donner une piètre opinion d'elles-mêmes et dans certains cas les conduire au suicide.

7. Si l'on manque de chiffres précis, il est généralement admis qu'au moins 2 millions de femmes (et peut-être jusqu'à 3,5 millions) présentent une fistule obstétricale². L'Organisation mondiale de la Santé estime qu'environ 50 000 à 100 000 nouveaux cas se déclarent chaque année³ – chiffre probablement sous-estimé dans la mesure où il est calculé à partir des données des centres de soins et que bon nombre de femmes démunies vivant dans les zones rurales et isolées des pays en développement ne parviennent probablement jamais jusqu'à l'hôpital lorsqu'elles souffrent de complications lors du travail. C'est en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, où surviennent la majorité des décès maternels et où le taux de mortalité maternelle dépasse souvent les 250 pour 100 000 naissances vivantes, que la prévalence de la fistule obstétricale est la plus élevée⁴. Dans ces régions, le risque de mortalité maternelle peut être jusqu'à 1 000 fois plus élevé que dans les régions industrialisées, ce qui représente la plus grande inégalité sanitaire au monde. En Asie, en Amérique latine, dans les Caraïbes et dans les États arabes, des progrès ont été faits et la mortalité maternelle est en baisse, mais certains pays et certaines populations de ces régions continuent à enregistrer des taux élevés de mortalité maternelle.

8. La fistule obstétricale est quasi entièrement évitable s'il y a accès universel et équitable à des services de santé maternelle et procréative de qualité. Ce sont les mêmes initiatives qui peuvent empêcher la mortalité maternelle et la morbidité obstétricale. L'amélioration de la santé maternelle et procréative doit être un processus de développement que les pays s'approprient et qu'ils dirigent eux-mêmes, dans le cadre du renforcement des programmes nationaux de santé publique ainsi que des systèmes de santé. La situation actuelle est le produit des lacunes de ces derniers, notamment la formation insuffisante du personnel, la non-disponibilité de certains médicaments et équipements médicaux essentiels, ainsi que le manque ou la difficulté d'accès à des services de santé maternelle et procréative de qualité

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

² *The Lancet*, vol. 368, n° 9542 (30 septembre 2006).

³ Voir http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/fr/.

⁴ M. C. Hogan, K. J. Foreman, M. Naghavi, S. Y. Ahn, M. Wang, S. M. Makela, A. D. Lopez, R. L. Lozano et C. J. Murray, « Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5 », *The Lancet*, vol. 375, n° 9726 (8 mai 2010).

dans de nombreux pays en développement. Dans le domaine de la santé maternelle et procréative, les trois types d'intervention les plus directement efficaces contre le décès des mères et le handicap maternel sont la planification familiale, la surveillance de l'accouchement par du personnel médical compétent (par exemple, une sage-femme) et les soins obstétricaux d'urgence (en particulier les césariennes).

9. La persistance de la fistule obstétricale dans les pays en développement est révélatrice non seulement des problèmes du système de santé, mais aussi des difficultés économiques et socioculturelles plus vastes que les femmes et les filles doivent affronter. La pauvreté et l'inégalité entre les sexes compromettent les chances des femmes, notamment leur accès aux services de santé. Les contraintes culturelles de l'accouchement à domicile sans assistance médicalisée, qui imposent notamment de faire appel à des accoucheuses traditionnelles, limitent le recours aux services de santé maternelle. Par ailleurs, au plan financier, le coût des soins de santé peut être prohibitif pour les familles pauvres et à faible revenu, en particulier lorsque surviennent des complications telles qu'un travail prolongé. En outre, le manque de préparation et les lacunes des autres infrastructures, y compris des transports et des moyens de communication, rendent l'accès aux services de santé maternelle et procréative encore plus difficile. Ces facteurs ont une incidence sur les trois étapes ci-après, où la lenteur peut compromettre l'accès des femmes aux soins : temps passé à chercher des soins, temps de transport jusqu'à l'établissement de soin et, une fois sur les lieux, temps d'attente pour recevoir les soins appropriés.

10. Les adolescentes sont particulièrement vulnérables à la fistule obstétricale et sont exposées à un risque de décès maternel deux à cinq fois plus élevé que les femmes ayant atteint la vingtaine. Il a été prouvé que le fait de retarder la grossesse après l'adolescence pouvait réduire le risque de travail prolongé et, partant, de fistule obstétricale. Seize millions d'adolescentes donnent la vie chaque année, 95 % de ces naissances ayant lieu dans les pays en développement⁵. La malnutrition des filles peut empêcher une croissance pelvienne normale. Ainsi, les grossesses précoces, qui surviennent avant le développement complet du pelvis, peuvent accroître le risque de travail prolongé. En règle générale, la première grossesse présente le risque de fistule obstétricale le plus important et exige donc une surveillance plus attentive. Par ailleurs, si l'on fait prendre aux mères qui attendent leur premier enfant et à leur partenaire de bonnes habitudes quant au choix du mode d'accouchement et de l'espacement des grossesses, ces habitudes ont toutes les chances de façonner aussi le comportement que ces couples observeront toute leur vie.

11. Des facteurs socioéconomiques, tels que le mariage des enfants, contribuent aussi aux grossesses précoces, augmentant le risque de fistule obstétricale. Certains éléments montrent que les filles pauvres et marginalisées sont plus susceptibles de se marier étant enfant et de donner la vie pendant l'adolescence que les filles dont la situation économique et les possibilités d'éducation sont meilleures. Bien que l'âge du mariage tende globalement à augmenter, on prévoit que dans la décennie à venir, dans les pays en développement, plus de 100 millions de filles seront mariées avant leurs 18 ans⁶.

⁵ Voir http://www.who.int/making_pregnancy_safer.

⁶ Fonds des Nations Unies pour la population, *Giving Girls Today and Tomorrow: Breaking the Cycle of Adolescent Pregnancy*, 2007.

12. La chirurgie reconstructive permet de réparer les fistules; la plupart des femmes peuvent être traitées et, si elles bénéficient du soutien psychologique approprié, réintégrées dans leur communauté. Or, peu d'établissements peuvent proposer un traitement de qualité pour cette affection, car les professionnels de la santé dotés des compétences nécessaires sont rares. En outre, même les établissements qui le peuvent souffrent d'un manque de personnel, d'équipements et de matériel médicaux. Et même lorsque les services appropriés sont disponibles, beaucoup de femmes n'en connaissent pas l'existence, ne peuvent pas se les offrir et/ou ne peuvent y accéder. En outre, en raison des conséquences sociales et psychologiques de la fistule obstétricale, les femmes vivant avec cette affection ont aussi besoin d'une aide pour retrouver l'estime de soi et réintégrer la société, processus qui implique des conseils adaptés, une éducation à la santé, une alphabétisation et une formation professionnelle.

13. Dans le cadre de leur engagement en faveur de l'accès universel à la santé procréative, le Fonds des Nations Unies pour la population et ses partenaires ont lancé en 2003 la Campagne mondiale pour éliminer les fistules, avec pour objectif d'éradiquer cette affection d'ici à 2015⁷. Cette campagne a contribué à faire comprendre qu'il est urgent de réduire la mortalité maternelle et la morbidité obstétricale pour améliorer la santé des femmes. Elle tend non seulement à la réalisation du cinquième objectif du Millénaire pour le développement, mais aussi à celle du troisième objectif, qui vise à l'autonomisation des femmes et à la promotion de l'égalité entre les sexes. La Campagne a désormais cours dans plus de 47 pays d'Afrique, d'Asie et du monde arabe. Un Groupe de travail international sur la fistule obstétricale coordonné par le Fonds des Nations Unies pour la population, rassemblant des institutions universitaires, des associations professionnelles, des organisations d'inspiration religieuse et des établissements de soin, a aussi été créé en 2003 pour favoriser la coordination mondiale des efforts déployés dans le cadre de la Campagne. Il s'emploie à faire en sorte que la question de la fistule obstétricale soit prise en compte dans les efforts de réduction de la mortalité maternelle et de la morbidité obstétricale, ainsi qu'à créer un consensus et à rassembler des données sur des stratégies efficaces de traitement de la fistule et de réintégration des femmes souffrant de cette affection. Le Groupe de travail a défini quatre grands domaines de travail et constitué des sous-groupes de travail spécifiques sur les partenariats et la sensibilisation, les indicateurs de données et de recherches, le traitement et la formation et la réintégration.

III. Action aux niveaux intergouvernemental et régional

A. Action intergouvernementale et régionale

14. 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 (1994), la santé maternelle a été reconnue comme composante cruciale de la santé sexuelle et

⁷ Voir http://www.endfistula.org/campaign_brief.htm.

procréative. À la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995), les gouvernements ont dit que des schémas profondément ancrés de discrimination sociale et culturelle étaient parmi les grandes causes de la mauvaise santé sexuelle et procréative, allant jusqu'au décès et à l'invalidité 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.

15. En 2000, les dirigeants du monde se sont réaffirmés déterminés à améliorer la santé maternelle en adoptant le cinquième objectif du Millénaire pour le développement, fixant pour cible de réduire de trois quarts d'ici à 2015 le taux de mortalité maternelle (voir A/56/326). Les mêmes interventions qui permettent de réduire la mortalité permettent aussi de prévenir des manifestations de morbidité telles que la fistule obstétricale. L'addition par la suite de la cible consistant à rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015 a permis d'inclure tous les facteurs d'amélioration de la santé maternelle. D'autres objectifs du Millénaire pour le développement, notamment le troisième, le quatrième et le sixième, sont étroitement liés à la santé et à la survie des femmes. Les progrès obtenus jusqu'à présent dans la poursuite du cinquième objectif sont les plus lents qu'on ait enregistrés pour tous les objectifs, et le soutien financier en est le plus faible. Sur les 68 pays qui représentent la majorité des décès de mères et d'enfants, 16 % seulement progressent à un rythme qui leur permettra d'atteindre le quatrième et le cinquième objectifs d'ici à 2015⁸.

16. L'Assemblée générale a évoqué le problème de la fistule obstétricale en 2005 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 la santé sexuelle et 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.

17. En 2007, la Commission de la condition de la femme s'est penchée 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 adoptées (voir E/2007/27, chap. I, sect. A), elle a entre autres 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 procréative. Il y était rappelé aussi que les adolescentes couraient un risque accru de fistule obstétricale et de mort maternelle.

⁸ Voir <http://www.thelancetglobalhealthnetwork.com/wp-content/uploads/2008/04/countdown.pdf>.

18. En 2008, pour la première fois, l'Assemblée générale a reconnu que la fistule obstétricale représentait un problème de santé majeur pour les femmes et adopté la résolution 63/138 intitulée « Appuyer l'action engagée pour en finir avec la fistule obstétricale », qui comptait 138 auteurs parmi les États Membres. 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 éliminer la fistule du Fonds des Nations Unies pour la population.

19. À l'occasion du quinzième anniversaire de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing, la Commission de la condition de la femme, à sa cinquante-quatrième session, qui s'est tenue en mars 2010, a adopté une résolution intitulée « Éliminer la mortalité et la morbidité maternelles grâce au renforcement du pouvoir d'action des femmes ». Elle y reconnaissait la nécessité d'une plus grande coordination, d'une coopération mondiale et d'une volonté de parvenir à un accès universel aux services de santé pour les femmes et les filles grâce à une politique de soins de santé primaires et à des interventions fondées sur des données factuelles telles que la fourniture de soins de santé sexuelle et procréative, dont des services de planification familiale, conformément au Programme d'action de Beijing et au Programme d'action du Caire.

20. À sa onzième session, qui a eu lieu en juin 2009, le Conseil des droits de l'homme a adopté la résolution 11/8 intitulée « Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme ». Le Haut-Commissariat aux droits de l'homme y était prié d'élaborer une étude thématique sur la mortalité et la morbidité maternelles évitables et les droits de l'homme, en concertation avec les États, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le FNUAP, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la Banque mondiale, ainsi qu'avec toutes les parties prenantes concernées. À sa quatorzième session, qui eu lieu en juin 2010, le Conseil des droits de l'homme a donc examiné cette étude, qui a mis en évidence la dimension liée aux droits de l'homme de cette question dans le cadre international existant. Cette étude, approuvée par 108 pays, comprend un aperçu des initiatives et des activités entreprises dans le système des Nations Unies pour faire face aux causes de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables, et expose les moyens par lesquels le Conseil peut ajouter de la valeur aux initiatives existantes sous l'angle des droits de l'homme.

21. En 2009, les membres du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant⁹ sont parvenus à un accord sur le Consensus mondial pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, afin que « toutes les grossesses soient désirées, que tous les accouchements soient sans danger, que tous les nouveau-nés et les enfants soient en santé ». Il ressort de ce texte qu'il importe de faire correspondre l'action dans les domaines politique, financier et des prestations de services, par un ensemble cohérent de mesures et d'interventions prioritaires requérant la participation des parties prenantes¹⁰.

⁹ Voir <http://www.who.int/pmnch/fr/index.html>.

¹⁰ Voir http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/2009_mnchconsensus/fr/index.html.

22. À la deuxième Conférence sur le thème « Les femmes donnent la vie », qui a eu lieu en juin 2010, à Washington, plus de 3 000 participants venus du monde entier se sont réunis pour « donner des solutions pour les filles et les femmes ». Des représentants de 115 pays, y compris des ministres, des premières dames et des parlementaires, se sont rassemblés pour mobiliser un appui politique et financier en faveur de la santé des femmes, notamment pour prévenir la mortalité et l'invalidité maternelles. Ils ont fait observer que les objectifs du Millénaire pour le développement ne seraient pas atteints si aucun investissement n'était consenti en faveur des femmes et des filles, et souligné que la santé maternelle et procréative était une priorité mondiale. La Conférence s'est terminée sur un forum des ministres, qui ont publié une déclaration où ils se reconnaissaient collectivement responsables d'améliorer la santé des femmes et des filles, notamment dans les pays en développement, et réaffirmaient que celle-ci était un droit humain¹¹.

B. Action régionale

23. Inquiet du manque de progrès dans la poursuite des quatrième et cinquième objectifs, le Groupe de travail régional africain sur la santé de la reproduction a appelé en 2003 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 FNUAP, l'UNICEF, la Banque mondiale et d'autres partenaires, 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 systèmes de santé nationaux. Plus de 40 pays d'Afrique ont déjà élaboré une feuille de route, qui contribue à améliorer la planification et la programmation. On compte, par ailleurs, sur un appui financier national et international pour renforcer les progrès dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile.

24. Conscients que les pays africains auront plus de mal à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement si la santé sexuelle et procréative des Africains ne s'améliore pas considérablement, la Conférence des ministres de la santé, à sa deuxième session, qui s'est tenue à Gaborone, en octobre 2005, a adopté le Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation en Afrique, auquel les chefs d'État de l'Union africaine ont souscrit en janvier 2006. Ce cadre, plus connu sous le nom du Plan d'action de Maputo, traite des difficultés en matière de santé sexuelle et procréative que connaît l'Afrique, et comprend un volet important sur la lutte contre la fistule obstétricale comme partie intégrante d'une stratégie globale de santé procréative. Il invite à renforcer le secteur de la santé en augmentant les ressources qui lui sont allouées. Il examine également la prise en compte de la problématique hommes-femmes dans les programmes de développement socioéconomique et la sécurité des approvisionnements en produits de santé de la procréation. Les Ministres de la santé de l'Union africaine ont recommandé que la santé sexuelle et procréative soit placée parmi les six plus grandes priorités du secteur de la santé.

¹¹ Voir (en anglais) http://www.womendeliver.org/assets/Ministers_Forum.pdf.

25. À la conférence régionale africaine sur la fistule et la santé maternelle, qui s'est tenue en Côte d'Ivoire, en octobre 2008, les représentants des organisations non gouvernementales ont lancé un réseau régional africain d'organisations de la société civile, dans le but global de promouvoir la coopération Sud-Sud pour faire obtenir des progrès concernant la fistule et la santé maternelle. Ce réseau constitue une base solide pour mobiliser des ressources techniques et financières qui permettront de lutter efficacement contre la fistule obstétricale et d'améliorer la santé maternelle.

26. La campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique vise à promouvoir et à relancer une mise en œuvre plus active du Plan d'action de Maputo en Afrique. Elle dispose de l'appui du FNUAP, de l'UNICEF et de l'OMS ainsi que d'institutions donatrices bilatérales et d'organisations de la société civile, aux niveaux national, régional et mondial. Initiative des pays, cette campagne fait appel à la concertation, à la sensibilisation et à la mobilisation des communautés pour réunir des engagements politiques, augmenter les ressources et faire changer les mentalités en faveur de la santé maternelle. En juillet 2010, les chefs d'État de l'Union africaine se sont engagés à lancer la campagne dans tous les pays et à l'élargir pour en faire une stratégie de sensibilisation en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile.

27. 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. Par ailleurs, l'ASACR a lancé un projet régional concernant la santé maternelle, néonatale et infantile qui vise à renforcer les infrastructures, améliorer les compétences et les capacités des soignants ainsi que les transports sanitaires.

28. 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, néonatale et infantile.

29. 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 on se heurtait dans la région pour 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, s'inspirant d'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 montrant l'ampleur du problème et de déterminer quelles sont les populations les plus touchées, enfin de renforcer les capacités pour développer les systèmes de santé.

IV. Mesures prises récemment par la communauté internationale et les Nations Unies

A. Collecte et analyse des données

30. Pour favoriser la diffusion des données, la Fondation genevoise pour la formation et la recherche médicales et l'OMS ont élaboré un outil qui permet de les saisir et de les analyser de manière centralisée et de faire des comparaisons entre différents sites. Un recueil d'indicateurs a été mis au point pour aider les pays à renforcer leurs systèmes d'information sanitaire et pour contribuer à la réalisation d'enquêtes nationales auprès des ménages sur la fistule obstétricale. Par ailleurs, un module normalisé sur la fistule devant être inclus dans les enquêtes démographiques et sanitaires des pays et les systèmes nationaux d'information sur la santé maternelle a été élaboré et utilisé pour l'enquête démographique et sanitaire menée au Nigéria (2008) et celle menée au Kenya (2009)¹². Au Népal et au Bangladesh, un système de suivi des cas de fistule obstétricale permet de recenser les cas non signalés. Il s'agit d'un exemple de partenariat public-privé où praticiens privés, gynécologues et obstétriciens constituent les premiers groupes de remontée de l'information pour le recensement et le signalement des cas aux autorités nationales, qui prennent ensuite en charge le traitement, la réadaptation et la réintégration des malades avec l'appui du FNUAP.

31. La fistule obstétricale devient de plus en plus connue et les pays prennent l'initiative, souvent avec l'appui de la Campagne pour éliminer les fistules, de réaliser une enquête nationale et d'analyser les données recueillies. En 2008, l'Éthiopie, le Malawi, le Mali, le Niger, l'Ouganda, le Pakistan et la République démocratique du Congo ont publié des données sur ce problème, et ils avaient tous inclus des questions relatives à la fistule dans leurs enquêtes démographiques et sanitaires pour notamment en déterminer la prévalence et le niveau de connaissance la concernant. Les études portant sur la mortalité maternelle et les cas d'« échappées belles »¹³ sont de plus en plus reconnues et utilisées pour améliorer l'assurance qualité. En étudiant comment les cas de mortalité maternelle et de complications graves sont traités, on peut comprendre où intervenir pour améliorer la qualité des soins.

32. En partenariat avec le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS et le programme Averting Maternal Death and Disabilities de l'université de Columbia (New York), un nombre croissant de pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine procèdent à des évaluations des besoins concernant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence. L'outil d'analyse de la situation des soins, qui a été révisé et comprend désormais un module consacré à la fistule obstétricale, a notamment été utilisé au Gabon, et il est prévu que d'autres pays l'utilisent aussi pour disposer de plus de données sur la fistule et contribuer à une meilleure compréhension de la santé maternelle.

¹² http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/search/listmodules_main.cfm.

¹³ Une « échappée belle » est une complication obstétricale grave engageant le pronostic vital nécessitant une intervention médicale urgente afin de prévenir le décès de la mère (OMS, *Au-delà des nombres*, 2004, p. 115).

33. Il est essentiel d'avoir une idée précise de l'ampleur du problème posé par la fistule obstétricale pour pouvoir le résoudre. Johns Hopkins University, le FNUAP et l'OMS, en collaboration avec des institutions médicales et nationales de plusieurs pays, mènent dans plusieurs centres une étude destinée à examiner les liens entre, d'une part, le pronostic et le traitement chirurgical et, d'autre part, la santé, le statut psychosocial et la réintégration après l'intervention chirurgicale. Les résultats de l'étude aideront à élaborer un système de classification de la fistule obstétricale fondé sur le pronostic, à orienter les campagnes d'information, et à mettre en place des programmes et des stratégies nationales adaptés faisables et de coût raisonnable.

34. En 2009, le FNUAP a réalisé une évaluation à mi-parcours de la Campagne afin de faire le bilan des progrès réalisés depuis son lancement en 2003. Une attention particulière a été accordée à l'efficacité des programmes aux niveaux national, régional et mondial. L'évaluation s'est conclue par des recommandations pour des actions constructives aux trois niveaux et a appelé les pays à fournir une plus grande assistance technique, à promouvoir la planification familiale et la santé maternelle dans le cadre d'une stratégie de prévention plus large, à améliorer la qualité des services de soins, à encourager des programmes de sensibilisation et de modification des mentalités, à promouvoir le contrôle et l'évaluation, et à renforcer la mobilisation des ressources aux niveaux mondial et national.

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

35. Les facteurs responsables de la fistule obstétricale sont les mêmes que ceux de la morbidité et la mortalité maternelles. La prévention de la fistule peut s'inscrire dans les efforts faits pour réaliser le cinquième objectif du Millénaire pour le développement, par un accès universel à des services de santé procréative de haute qualité pouvant avoir des effets immédiats, comme la planification familiale, la présence de personnel qualifié à la naissance et des soins obstétricaux d'urgence.

36. L'accès à la planification familiale garantit que chaque grossesse est désirée et permet de prévenir la récurrence de la fistule obstétricale à l'occasion de futures grossesses de femmes déjà atteintes. Selon les estimations, 137 millions de femmes dans le monde n'ont toujours pas accès à la contraception. En Afrique subsaharienne, le taux de prévalence de la contraception reste inférieur à 20 %, alors que les besoins sont de 27 %. Pour répondre aux besoins de contraception dans des zones particulièrement isolées, de nombreux pays ont engagé des travailleurs sanitaires des collectivités qui assurent des soins primaires au niveau local, notamment des séances d'information et des services en matière de planification familiale.

37. Les chances de prévenir la mort ou le handicap de la mère pendant le travail et l'accouchement sont nettement augmentées par la présence d'une personne qualifiée, comme une sage-femme. Dans des régions connaissant des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles, 47 % des naissances en moyenne étaient assistées par du personnel qualifié, mais cette proportion pouvait n'être que de 7 %, comme en Éthiopie. La détection de l'obstruction du travail et l'accès à la pratique de la césarienne sont essentiels pour prévenir la fistule et il faut pour cela que les mères puissent bénéficier de soins obstétricaux et néonataux de base à la naissance et

à des soins obstétricaux d'urgence complets en cas de complications. En 2008, le FNUAP, en collaboration avec la Confédération internationale des sages-femmes, a lancé le Programme des sages-femmes qui vise à renforcer la présence de personnel qualifié lors des accouchements dans les lieux défavorisés, en mettant durablement en place des moyens de former des sages-femmes. À la fin de 2009, le programme était présent dans 15 pays, principalement en Afrique, mais aussi dans les États arabes et dans quelques pays d'Amérique latine. Des projets sont en cours pour étendre le programme à six ou huit pays d'Asie et d'Afrique en 2010¹⁴.

38. La plus grosse difficulté dans le domaine de la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles est l'accès aux services. Les résultats des évaluations des besoins en soins obstétricaux d'urgence servent de base à la planification régionale et locale visant à améliorer l'accès à des services de qualité. En Érythrée, des maisons d'attente de maternité constituent le principal moyen pour réduire la « fracture » géographique dans l'accès aux soins obstétricaux. En Guinée-Bissau, d'importants efforts sont réalisés pour décentraliser les services de santé maternelle en renforçant les centres de soins obstétricaux d'urgence et en finançant l'achat de kits pour césarienne destinés aux communautés marginalisées et pauvres. Afin d'améliorer la répartition géographique des services de soins obstétricaux d'urgence en Somalie, le FNUAP a fourni un appui à ses partenaires de réalisation pour offrir une formation de 18 mois à 20 sages-femmes locales originaires de régions éloignées, et cela dans le contexte très difficile de la guerre civile.

39. Le prix ou le coût de la participation aux frais constituant un gros obstacle à l'accès aux services de prévention et à leur utilisation, certains pays ont pris d'importantes mesures contre la facturation immédiate de ces services. Dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie, les soins obstétricaux d'urgence sont gratuits. En Inde, le FNUAP a mis en place un programme de transfert d'argent sous conditions grâce auquel les femmes reçoivent de l'argent pour accoucher dans un établissement de soins. Au Bangladesh, le Gouvernement et le FNUAP dirigent un système de coupons qui encourage plus de femmes à profiter des services de soins anténatals et d'accouchement.

40. Le renforcement des systèmes d'aiguillage, qui passe par la fourniture de moyens de transport sanitaire rapides, est une étape importante pour la prévention de la fistule obstétricale. Dans de nombreux pays, notamment au Bénin, en Guinée, en Guinée-Bissau, au Kenya, en République-Unie de Tanzanie, au Rwanda, au Sénégal, au Tchad et en Zambie, le FNUAP et ses partenaires ont appuyé les communautés en faisant assurer le transport par ambulances et motocyclettes.

41. En 2008, le FNUAP, l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale ont formé un partenariat appelé Health 4, qui vise à harmoniser et à renforcer l'appui aux pays en développement pour réduire la mortalité maternelle et parvenir à l'accès universel à la santé procréative. Les directeurs des quatre organismes ont signé une déclaration commune sur la santé de la mère, du nouveau-né et des enfants. Les membres de Health 4 se sont engagés à œuvrer ensemble dans les 60 pays connaissant le taux de mortalité infantile le plus élevé (plus de 300 pour 100 000 naissances vivantes), à commencer par 25 pays prioritaires en 2009-2010. Les organismes de Health 4 travaillent avec des partenaires et apportent un appui coordonné au niveau national pour le renforcement des plans nationaux de soins de santé. La coordination repose

¹⁴ FNUAP, *Rapport annuel de la Campagne pour éliminer la fistule* (2009).

sur le principe du continuum des soins et de l'appui aux plans nationaux de soins de santé, tirant parti des forces de chaque organisme, répartissant les responsabilités et faisant la promotion de mécanismes efficaces de coordination au niveau national.

42. Les interventions et la communication au niveau local aident à sensibiliser aux obstacles à surmonter pour éduquer la population sur la prévention de la fistule obstétricale et trouver des solutions qui soient acceptées culturellement. Au cours de ces dernières années, l'une des approches les plus novatrices et réussies a consisté à faire participer des femmes ayant survécu à la fistule aux actions menées auprès des populations locales. Dix-huit pays concernés par la Campagne ont appuyé les efforts des rescapées, au niveau local comme au niveau national, pour sensibiliser les communautés, assurer l'entraide et plaider en faveur d'une meilleure santé maternelle. De plus en plus de pays font appel aux rescapées et celles-ci deviennent de plus en plus actives. Au Ghana, par exemple, 18 rescapées de la fistule ont bénéficié d'une formation personnelle à l'encadrement, à la prévention et au traitement de la fistule obstétricale, à la réadaptation et à la réintégration, à la sensibilisation, à la communication, à l'approche des décideurs et aux compétences de conseil. À l'issue de cette formation, chaque femme a élaboré un plan d'action expliquant dans le détail les activités qu'elle comptait mener au niveau local. En Zambie, le bureau de pays du FNUAP a appuyé l'orientation et le recrutement d'agents de mobilisation, comme des groupes d'action pour une maternité sans danger, des éducateurs pairs et des conseillers, et d'autres groupes locaux pour inciter les communautés à améliorer leur situation en matière de santé procréative et le statut des femmes.

43. Pour que les interventions face au problème de la mortalité et de l'invalidité maternelles soient efficaces, il est indispensable de tenir compte de tous les facteurs socioéconomiques et culturels en jeu. De fortes pressions socioculturelles et économiques font que les femmes enceintes sont nombreuses à choisir d'accoucher chez elles, sans assistance médicale qualifiée, plutôt que dans un établissement médical. Il est donc essentiel de mettre en place des filières faisant appel à la communauté, permettant de faire transporter rapidement les femmes en travail prolongé pour qu'elles accouchent dans un établissement adapté. Au Niger, un projet local a permis d'obtenir des améliorations significatives des indicateurs relatifs à la santé procréative et de la prévention de la fistule obstétricale. Quatre mois après le lancement du projet en février 2008, le nombre de décès dus à un travail prolongé avait diminué et en juin 2010, aucun nouveau cas de fistule n'avait été signalé depuis 10 mois. Par ailleurs, les registres médicaux indiquent que les consultations prénatales sont en hausse de 63 % et les naissances dans des établissements médicaux de 70 %¹⁵.

44. Pour prévenir la fistule, il est indispensable d'éduquer les femmes et de leur donner des moyens d'action. Les femmes instruites comprennent mieux l'importance de soins adaptés pendant la grossesse et l'accouchement. Elles sont mieux préparées à retarder leur mariage, prévenir les grossesses précoces et agir selon leurs propres choix en matière de santé procréative. Investir dans les femmes, promouvoir l'éducation des filles et mettre fin au mariage des enfants sont des étapes essentielles pour éliminer la fistule obstétricale.

¹⁵ Voir www.hdi-us.org.

45. En 2007, une Équipe spéciale interinstitutions des Nations Unies pour les adolescentes¹⁶ a été mise en place pour inciter les gouvernements à consacrer des interventions aux adolescentes dans le cadre d'une stratégie visant à réduire la pauvreté, à prévenir le mariage des enfants, à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et à promouvoir la santé des adolescentes, y compris la santé sexuelle et procréative. En mars 2010, les membres de l'Équipe spéciale ont signé une déclaration commune dans laquelle ils s'engageaient à intensifier l'action menée pour promouvoir les droits humains des adolescentes en augmentant l'appui aux pays en développement afin de faire progresser les politiques et les programmes d'autonomisation des adolescentes qui sont les plus difficiles à atteindre¹⁷.

46. De nombreux pays acquièrent l'habitude d'interventions publiques favorisant la protection des femmes et des filles. Au Pakistan, des initiatives ont été prises afin de promouvoir la loi sur la protection des femmes. Le FNUAP collabore en étroite partenariat avec des organisations de la société civile et des groupes de femmes pour des campagnes d'alerte sur les pratiques traditionnelles préjudiciables, comme le mariage des enfants, au moyen des médias, d'actions de sensibilisation et de concertations. En Éthiopie, le programme sur le mariage précoce, qui concerne plus particulièrement les adolescentes et s'adresse à l'ensemble de la communauté de la région Amhara, a notablement contribué à retarder l'âge du mariage des adolescentes et à améliorer la situation de la santé procréative des filles dans le cadre d'interventions plus globales.

C. Stratégies et interventions thérapeutiques

47. Pour les femmes souffrant d'une fistule obstétricale, le traitement représente l'espoir d'une nouvelle vie. À terme, c'est la prévention qui permettra d'éliminer la fistule, mais le traitement reste crucial pour les femmes qui en souffrent. Les États Membres s'emploient à accroître l'accès au traitement de la fistule en modernisant les services de santé et en formant du personnel. Depuis le lancement de la Campagne mondiale pour éliminer la fistule, le FNUAP a apporté une aide à plus de 47 pays, permettant ainsi de traiter et de soigner plus de 16 000 femmes et de former plusieurs milliers d'agents de santé.

48. De nombreux pays ont enregistré une augmentation de leurs capacités de traitement. En République démocratique du Congo, par exemple, le nombre de femmes traitées a doublé entre 2008 et 2009. En Érythrée, le Gouvernement fédéral a annoncé sa volonté d'éliminer la fistule obstétricale d'ici à la fin de 2011. La Campagne a apporté son appui à une campagne d'information destinée aux femmes ghanéennes vivant avec une fistule obstétricale pour qu'elles s'inscrivent au système national d'assurance maladie et puissent se faire soigner gratuitement. De telles augmentations des capacités et des prestations de soins sont encourageantes. Toutefois, étant donné que les capacités de traitement ne sont pas suffisantes pour prendre en charge tous les nouveaux cas, il reste encore de nombreuses patientes qui attendent toujours d'être soignées. Il est nécessaire de renforcer significativement et durablement les moyens thérapeutiques en place. Il s'agit d'un problème important que les pays et la Campagne pour l'élimination de la fistule devront résoudre pendant plusieurs années.

¹⁶ FNUAP, UNICEF, OIT, UNIFEM, UNESCO et OMS.

¹⁷ Voir <http://www.unesdoc.unesco.org/images/0018/001871/187124f.pdf>.

49. La collaboration Sud-Sud est un aspect essentiel de l'approche adoptée par la Campagne. Avec l'appui du FNUAP, les prestataires de soins de santé et les organisations de la société civile ont sillonné les pays, du Nigéria au Soudan, d'Éthiopie au Niger, du Mali au Cameroun et ailleurs, pour échanger leurs expériences et promouvoir des programmes novateurs. Concernant les ressources humaines, des professeurs en gynécologie de l'hôpital universitaire de Dacca sont allés former des professionnels de la santé en Afghanistan. La Campagne continuera à faciliter et développer la mise en relation des pays, pour leur permettre de partager leurs expériences et d'apprendre les uns des autres. Il existe de nombreux exemples de collaboration Nord-Sud avec des organisations et des établissements universitaires qui apportent un concours notable au renforcement des capacités, notamment la collaboration entre le Bénin et la Fondation genevoise pour la formation et la recherche médicales, entre la République démocratique du Congo et Médecins sans frontières, entre la Mauritanie et Équilibres et Populations, et la longue collaboration entre l'Érythrée et l'université de Stanford (États-Unis d'Amérique).

50. Pour améliorer la qualité des soins et faire en sorte que toutes les femmes reçoivent le meilleur traitement possible, les organismes, les États Membres et les partenaires des Nations Unies, ainsi que des chirurgiens, ont entrepris de nombreuses interventions. La Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique a élaboré un cursus de formation axé sur les compétences consacré à la fistule obstétricale, qui vise à harmoniser les approches et les techniques chirurgicales entre les différents centres de traitement de la fistule. L'OMS a fixé des directives pour la gestion clinique et le développement des programmes, guide pratique qui fournit des informations de base essentielles et des principes pour l'élaboration de stratégies et de programmes de prévention et de traitement. La Société internationale des chirurgiens spécialistes de la fistule obstétricale a été créée en 2008 pour renforcer le partage des connaissances, l'harmonisation des pratiques et améliorer la qualité des soins ainsi que l'appui aux professionnels. Au Bangladesh, le Comité national de la fistule, créé en 2009, réunit le Gouvernement, le FNUAP, l'organisation EngenderHealth et 14 hôpitaux universitaires.

D. Stratégies et mesures de réintégration

51. Guérir la fistule obstétricale demande non seulement une intervention chirurgicale, mais également appui psychosocial et soutien économique. Environ le quart des pays dans lesquels la Campagne pour éliminer les fistules a été lancée ont établi des programmes de réintégration, d'autres devant suivre en 2010. Plusieurs pays, comme le Niger et le Sénégal, ont sensiblement accru l'accès aux services de réintégration en portant le nombre de un à quatre centres dans le cas du premier et de un à cinq dans le cas du second. Dans la plupart des pays, les services de santé englobent des conseils, des cours de santé procréative, la planification familiale et des activités rémunératrices assortis de campagnes de sensibilisation auprès des populations locales pour réduire la stigmatisation et la discrimination.

52. Rendre le traitement de la fistule gratuit et financer la réintégration accroît l'usage de ces services. La plupart des pays dans lesquels la Campagne a été lancée ont indiqué que le coût constituait un important facteur dans le traitement de la fistule et les soins qui y sont associés. Lorsque le coût du traitement était éliminé de l'équation, par des subventions ou l'assurance maladie, plus de femmes cherchaient

à se faire soigner. Les donateurs doivent continuer résolument à fournir les ressources nécessaires à l'exploitation des enseignements tirés de l'expérience. Des engagements pluriannuels sont particulièrement importants pour aider à assurer la viabilité et la poursuite des programmes.

53. En 2009, au moins six pays – le Bangladesh, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Libéria, le Niger et le Tchad – ont rendu compte du nombre de femmes traitées qui ont bénéficié de services de réintégration sociale et de réadaptation, ce qui reflète le surcroît d'attention accordé à la prestation de ces services et le souci de recueillir plus de données sur cet important élément de l'ensemble des soins. La Côte d'Ivoire a signalé que 27 des 119 femmes qui avaient reçu un traitement en 2009 avaient été entièrement réintégrées dans leurs communautés. Ces données doivent être considérées compte tenu du fait que ce ne sont pas toutes les femmes qui bénéficient de ces services après traitement. Avant 2010, très rares étaient les pays qui indiquaient le pourcentage de femmes traitées qui avaient bénéficié de services de réintégration et de réadaptation, ce qui fait que ces cas peuvent servir de référence pour les pays qui établissent des rapports.

E. Plaidoyer et sensibilisation

54. L'action engagée par la Campagne et le comité des partenariats et du plaidoyer du Groupe de travail international sur la fistule obstétricale a permis de mieux faire prendre conscience de la maladie aux niveaux mondial et national, de susciter la volonté politique nécessaire et de mieux connaître et mieux comprendre le problème. Les efforts de sensibilisation ont eu diverses cibles dans les pays donateurs comme dans les pays en développement, notamment les décideurs, les notables locaux et les chefs religieux, les prestataires de services, les administrateurs et les fonctionnaires. Aussi ont-ils continué de susciter un vif intérêt de la part de divers partenaires, y compris surtout des pays donateurs, des organisations non gouvernementales nationales et internationales et du secteur privé.

55. De plus en plus de partenaires associés à la Campagne aident les femmes qui ont vécu avec la fistule obstétricale à prendre part à l'action de plaidoyer visant à éliminer le problème. Un nombre croissant de personnes qui souffraient de la fistule jouent un rôle important en plaidant leur cause auprès des membres de leurs communautés et en sensibilisant le public, aux niveaux national et international, au droit au traitement et à l'importance du financement des programmes de lutte contre la fistule obstétricale dans le cadre d'une stratégie plus vaste visant à prévenir les décès et l'invalidité liés à la maternité.

56. La Campagne a également permis d'attirer l'attention sur les faiblesses structurelles des systèmes de soins de santé qui sont à l'origine des décès et de l'invalidité liés à la maternité et sur la nécessité d'envisager une stratégie de santé en matière de procréation dans une optique globale. Dans plusieurs pays, les activités de plaidoyer, de mobilisation communautaire, de sensibilisation et de conscientisation autour de la question de la fistule obstétricale ont permis de mieux connaître et de mieux comprendre les problèmes de santé maternelle. L'intégration de la question dans les politiques nationales a été indispensable dans la mobilisation de la volonté politique et de l'engagement financier nécessaires pour venir à bout du problème. À l'heure actuelle, plus de 28 pays ont intégré la question de la fistule obstétricale dans leurs politiques et programmes nationaux de santé. En 2009, le

Malawi l'a intégrée dans sa nouvelle politique nationale révisée de santé procréative, augmentant ainsi ses chances de mobiliser des ressources nationales à cet effet.

57. Des documentaires, émissions télévisées et entretiens radiophoniques diffusés dans le cadre d'activités de plaidoyer et de communication pour le développement ont servi à sensibiliser aux questions liées à la fistule obstétricale et à la santé maternelle dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie. Entre 2008 et 2010, de nombreux articles, nouvelles et documentaires appelant l'attention sur des activités connexes ont été produits et utilisés dans des pays pour susciter des débats sur la fistule et la santé maternelle. Au niveau national, ce sont les organisations de la société civile locale, y compris les organisations non gouvernementales qui mènent souvent l'action de sensibilisation et de mobilisation au sein des collectivités.

F. Appui mondial et mobilisation de ressources

58. L'élan suscité à travers le monde est maintenant tel que la santé maternelle peut être traitée dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement. 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. On peut citer notamment l'exemple du Consensus pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Tout dernièrement, l'ONU a lancé une campagne mondiale en faveur de la santé de la femme et de l'enfant qui s'appuiera sur les stratégies et les engagements actuels et suscitera de nouveaux engagements de la part de divers partenaires.

59. Depuis 2003, le nombre de pays qui participent à la Campagne est passé de 12 à plus de 47 en Afrique, en Asie et dans la région des États arabes et les contributions versées à ce titre par les gouvernements, les institutions financières internationales et le secteur privé, y compris différents donateurs pour soutenir les activités visant à éradiquer la fistule obstétricale se sont élevées à plus de 38 millions de dollars¹⁸.

60. Les responsables de 12 organismes internationaux à vocation sanitaire ont créé le Partenariat international pour la santé et lancé des initiatives connexes visant à améliorer la santé en coordonnant l'action des pays donateurs et d'autres partenaires de développement autour d'une seule stratégie nationale de santé. Instauré en 2007, le Partenariat est régi par les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et le Programme d'action d'Accra qui reconnaît la nécessité de renforcer les systèmes de soins de santé et de soutenir une seule politique nationale en matière de santé¹⁹.

¹⁸ Le chiffre repose sur des contributions reçues pour les grands programmes de la Campagne et ne représente pas tous les fonds.

¹⁹ Voir <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home> (site en anglais seulement).

61. En 2008, les chefs de huit organisations à vocation sanitaire ont constitué un groupe informel chargé de collaborer au renforcement des systèmes de soins de santé publique dans le monde en coordonnant le travail d'équipe, en dégagant des priorités communes et en reconnaissant que la société civile et le secteur privé jouent un rôle primordial dans le soutien et le renforcement des systèmes de soins de santé nationaux. Le groupe, appelé Groupe des Huit et constitué de l'OMS, du FNUAP, de l'UNICEF, du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, de la Banque mondiale, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et de la Fondation Bill et Melinda Gates, se réunit tous les six mois pour renforcer la collaboration et accélérer les efforts déployés au niveau mondial en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé.

62. Plusieurs nouvelles annonces de contributions en faveur de la santé maternelle et des programmes de lutte contre la fistule obstétricale ont été faites récemment, notamment une par la Fondation Bill et Melinda Gates en juin 2010, qui s'est engagée à investir 1,5 milliard de dollars au titre d'un nouvel appui à des programmes intégrés en faveur de la femme et de l'enfance au cours des cinq prochaines années. Par ailleurs, le Gouvernement canadien a, lors du Sommet du G-8 tenu en juin 2010, annoncé que sa contribution totale en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile se monterait à 2,85 milliards de dollars sur cinq ans, dont 1,1 milliard de dollars en ressources nouvelles.

63. Le Groupe de travail de haut niveau sur les financements innovants pour les systèmes de santé a été créé en septembre 2008 pour aider à renforcer les systèmes de santé des 49 pays les plus pauvres du monde en examinant et en recommandant des mesures visant à protéger les investissements du secteur social et à renforcer l'assistance internationale. Le Groupe de travail de haut niveau, qui diffère d'autres entités qui s'intéressent à la question de l'efficacité de l'aide, telles que le Partenariat H4 et le Partenariat international pour la santé, a pour objet d'aider à accroître considérablement le financement de la part des bailleurs de fonds.

64. En janvier 2008, le FNUAP a créé le Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle, qui, à ce jour, a mobilisé près de 50 millions de dollars pour aider les pays dont les taux de mortalité maternelle sont les plus élevés et est à l'œuvre dans 27 pays. Le Fonds vise à doter les systèmes de soins de santé de moyens plus importants qui leur permettent de fournir un ensemble de services de soins de santé maternelle de qualité, de renforcer les mécanismes visant à réduire les inégalités en matière de santé et de donner aux communautés les moyens d'exercer leurs droits à la santé procréative. Le Fonds thématique contribue également à la Campagne pour éliminer les fistules et au programme relatif aux sages-femmes. La consolidation du programme relatif aux sages-femmes est également primordiale pour prévenir la fistule obstétricale.

V. Conclusion et recommandations

65. **Des progrès considérables ont été réalisés ces deux dernières années s'agissant d'appeler l'attention sur les décès et l'invalidité liés à la maternité ainsi que sur le traitement de la fistule obstétricale. Cela tient essentiellement à l'existence de données plus factuelles concernant les interventions efficaces, à l'amélioration de la collecte et de l'analyse des données, aux programmes de**

sensibilisation, aux partenariats et à l'engagement politique et financier plus solide qui s'en est suivi. La fistule obstétricale découle de l'incapacité des systèmes de soins de santé à assurer des soins de santé maternelle de qualité abordables comme la planification familiale, l'accouchement assisté par un personnel qualifié et les soins obstétricaux d'urgence de base. 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 le taux de mortalité maternelle et d'invalidité, y compris la prévention de la fistule obstétricale. Les pays investissent de plus en plus dans la prévention et le traitement de la fistule obstétricale et la réintégration sociale des femmes souffrant de cette maladie et ce, dans le cadre des efforts qu'ils déploient pour réaliser l'objectif 5 du Millénaire pour le développement.

66. En outre, des démarches multisectorielles ont été suivies dans de nombreux domaines, 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. Aussi l'action à mener pour améliorer la santé des femmes et des filles doit-elle porter sur leur éducation, leur autonomisation économique, y compris leur accès au microcrédit et au microfinancement, ainsi que les réformes juridiques et les initiatives sociales tendant à retarder le mariage et les grossesses.

67. En dépit de ces faits positifs, des difficultés graves persistent. Le combat mené pour améliorer les systèmes de soins de santé et réduire le taux de mortalité et de morbidité maternelles, y compris celui résultant de la fistule obstétricale, doit non seulement se poursuivre mais aussi s'intensifier, puisque des chiffres publiés récemment montrent que les progrès réalisés dans le domaine de la réduction de la mortalité maternelle ont été lents⁴. Il y a lieu de multiplier d'urgence les interventions réputées rentables de manière à réduire le nombre élevé de décès et d'invalidités évitables chez les mères.

68. 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 la formation et la spécialisation des ressources humaines, en vue de promouvoir la santé maternelle, 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 obstétricaux 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 ainsi qu'à définir les facteurs sociaux, culturels et économiques à l'origine des décès et de l'invalidité liés à la maternité et à y porter remède. 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 populations démunies 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 et en zones urbaines pauvres. Parmi les priorités devraient figurer l'accès à diverses méthodes contraceptives dispensées dans les centres de santé, des plans appropriés pour former, recruter et affecter les ressources humaines pour la santé maternelle, 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 obstétricaux 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, le VIH/sida et le paludisme;

d) Le renforcement de services et de centres d'aiguillage pour le dépistage à temps de la fistule obstétricale et l'exécution de programmes nationaux de santé maternelle et de lutte contre la fistule obstétricale bien financés. En outre, d'autres services spécialisés et décentralisés sont nécessaires pour pourvoir aux besoins des femmes souffrant de fistule dans toutes les régions. Cela devrait s'accompagner de l'instauration d'un système de contrôle de qualité et d'un meilleur suivi. 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. Par ailleurs, 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) Le fait de 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 correctement subventionnés pour les femmes qui n'ont pas les moyens. Il faudrait tenir compte des besoins particuliers 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 appropriés et aident les femmes à bénéficier de ces 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 obstétricales. 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 adopter des lois contre les mariages d'enfants et les appliquer 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 atteindre 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. 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 malades liés à la maternité, comme la fistule obstétricale revêt de l'importance et doit être soutenue;

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.

69. 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.