

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2012-2013

Éliminer la fistule obstétricale en Afrique
subsaharienne :

Vers l'élaboration d'un projet intégré au Bénin

Soutenu en juin 2013

Madame Aurélie Desrumaux

Maître de stage :

Madame Aurélie Gal-Régniez

Guidante universitaire :

Madame Joëlle Hutinet

REMERCIEMENTS

Je tenais à remercier la direction d'Equilibres & Populations de m'avoir donné l'opportunité d'effectuer ce stage ainsi que toute l'équipe pour son soutien dans la réalisation de cette mission. J'adresse également mes remerciements à Aurélie Gal-Régniez, directrice adjointe d'Equilibres & Populations, pour avoir accepté de superviser ce stage et à Joëlle Hutinet, ma guidante, pour ses précieux conseils.

Je remercie aussi Dr Béatrice Cuzin pour son soutien, son implication et son expertise qui a largement alimenté notre travail sur les fistules obstétricales.

Enfin, je tiens à remercier famille et ami.e.s pour leur patience, leur soutien sans faille et leurs encouragements dans l'accomplissement de ce master en santé publique.

Table des matières

Introduction	5
1 - Contexte	8
1.1 - Equilibres & Populations : « mobiliser, accompagner, impulser » pour améliorer la santé et les droits des femmes	8
1.2 - La fistule obstétricale, une thématique au cœur de la stratégie d'Equilibres & Populations	9
1.3 - Trois orientations pour la redéfinition d'un projet « fistules » en Afrique de l'Ouest	9
1.4 - Objectifs de la mission de stage	10
2 - Méthodes	11
2.1 - Organisation générale de la mission de stage	11
2.2 - Animation du groupe « fistules » d'Equilibres & Populations : vers l'obtention d'un consensus pour l'élaboration d'un futur projet	11
2.2.1 - Une stratégie de communication active et « insistante » pour remobiliser le groupe	11
2.2.2 - La discussion avec supports	12
2.2.3 - Organisation et animation d'une réunion avec les membres du groupe	12
2.2.4 - Identification d'une « référente » de projet parmi les médecins impliqués	12
2.3 - Coordination de la mission exploratoire au Bénin	13
2.3.1 - Identification de questions ciblées à travers la méthode du « QOOQCP »	13
2.3.2 - Elaboration d'un guide d'entretien	14
2.3.3 - Echantillonnage des interlocuteurs à rencontrer	14
2.3.4 - Choix du pays de mission	15
2.4 - Le recueil des données	15
2.4.1 - Revue de la littérature	15
2.4.2 - Recueil d'avis d'experts	16
2.4.3 - Etude des retranscriptions des focus groupes menés par l'ONG Céradis (partenaire d'EquiPop au Bénin)	16
2.4.4 - Utilisation et adaptation du guide d'entretien	17
2.4.5 - Rédaction d'un journal de bord de mission	17
2.5 - Le dépouillement des données et la mise en valeur des résultats	17
3 - Résultats	18
3.1 - Reconstitution du groupe « fistules » et instauration d'une nouvelle dynamique de travail	18
3.2 - Coordination d'une mission exploratoire au Bénin du 8 au 19 avril 2013	19
3.2.1 - Description générale de la mission	19
3.2.2 - L'appui de l'UNFPA	20
3.3 - Analyse du contexte et des potentialités de développement d'un projet « fistules » intégré	21
3.3.1 - Analyse détaillée de la situation des fistules obstétricales au Bénin	21
3.3.1.1 - Données sur la santé maternelle et infantile et la fistule obstétricale au Bénin	21
3.3.1.2 - Les acteurs de la fistule et leurs caractéristiques	23
3.3.1.3 - La réponse du gouvernement béninois	24
3.3.1.4 - Fonctionnement de la prise en charge sanitaire de la fistule obstétricale au Bénin	25
3.3.1.5 - Le tissu associatif et les programmes en matière de fistule obstétricale	26
3.3.1.6 - Les femmes fistuleuses et le niveau communautaire	27
3.3.1.7 - Les zones couvertes par les projets portant sur la fistule obstétricale	28
3.3.1.8 - Les freins à la prise en charge de la fistule obstétricale	28

3.3.2 -	Principales recommandations pour l'élaboration d'un projet intégré	29
3.3.2.1 -	Principaux points d'attention à prendre en considération pour l'élaboration d'un projet intégré	29
3.3.2.2 -	Principales propositions opérationnelles	30
4 -	Discussion	33
4.1 -	Analyse critique du groupe « fistules » d'Equilibres & Populations	33
4.1.1 -	De la difficulté d'intégration des nouvelles modalités de travail dans le groupe	33
4.1.2 -	De la nécessité de « rénover » le groupe : des membres plus jeunes et des femmes	33
4.1.3 -	Le groupe « fistules » : un atout à canaliser pour assurer l'élaboration du projet intégré	34
4.2 -	Les coulisses de la mission au Bénin: un terrain complexe	34
4.2.1 -	Une mission presque totalement en solo	34
4.2.2 -	Le rôle ambivalent de l'UNFPA	35
4.2.3 -	Des relations complexes entre les acteurs de la fistule au Bénin qui questionnent finalement une future intervention au Bénin	35
4.3 -	Prochaines étapes vers l'élaboration du projet	36
Annexe I		III
1.	Termes de référence de la mission exploratoire au Bénin	III
Annexe II		VIII
2.	Compte rendu de réunion du 17 janvier 2013	VIII
Annexe III		XII
3.	Guide d'entretien	XII
Annexe IV		XVII
4.	Liste des personnes rencontrées pendant la mission exploratoire au Bénin	XVII

INTRODUCTION

Santé et droits sexuels et de la procréation des filles et des femmes en Afrique de l'Ouest Francophone

Chaque année, 200 millions de femmes tombent enceintes et parmi elles, plus de 500 000 décèdent des causes de leur grossesse. L'Afrique subsaharienne représente 47,2% de ces décès. En guise de comparaison, si en Europe de l'Ouest, une femme court 1 risque sur 3200 de décéder pour des raisons liées à la grossesse ou à l'accouchement, en Afrique, ce risque est de 1 sur 12¹.

L'Union africaine a franchi un pas important en 2006 à Maputo lorsque les Ministres africains se sont engagés, dans leur plan d'action, à soutenir la réalisation de la santé et des droits sexuels et de la procréation. Mais, malgré cet engagement fort, le constat reste alarmant en Afrique de l'Ouest. Moins d'une femme sur cinq utilise une méthode contraceptive moderne et une femme sur trois ayant exprimé un besoin en méthode contraceptive n'y a pas accès. L'accès des femmes aux services et aux soins de santé de la procréation est extrêmement limité. Au regard de la situation, un constat s'impose : les grossesses sont à risque car elles sont trop précoces, trop rapprochées ou trop tardives. Au-delà de l'aspect strictement sanitaire, il y a là un véritable déni du statut et des droits des femmes et des filles (Banque mondiale, plan d'action 2010-2015).

La fistule obstétricale : une tragédie sanitaire et sociale

« Le soleil ne doit pas se lever ou se coucher deux fois sur une femme en train d'accoucher » (proverbe africain).

La fistule obstétricale (FO) est une infirmité dévastatrice qui touche les femmes des pays en développement, majoritairement en Afrique, suite à une grossesse dystocique sans recours aux soins obstétricaux d'urgence. La fistule obstétricale est l'apparition d'une communication anormale entre le vagin et la vessie (fistule vésico-vaginale) ou entre le vagin et le rectum (fistule vésico-rectale), voire, dans certains cas, les deux. Elle est le résultat d'un accouchement anormalement long (souvent deux ou trois jours). La pression constante de la tête de l'enfant sur le bassin de la mère interrompt l'afflux sanguin dans les tissus mous qui entourent la vessie, le rectum et le vagin entraînant une nécrose des tissus qui crée la fistule. Elle entraîne de ce fait une incontinence des urines ou des selles qui s'écoulent par le vagin.

¹ Jaffré Y. La bataille des femmes, analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest. Editions Faustroll, Descartes, 2009.

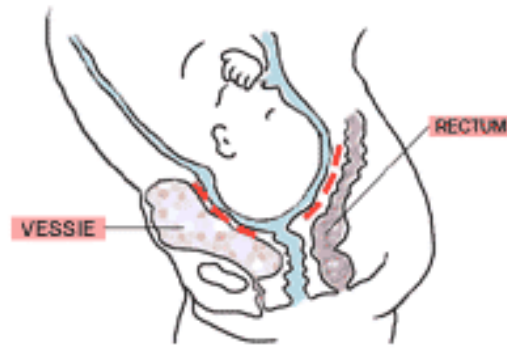


Illustration I : Mécanisme d'apparition d'une fistule obstétricale
(Source : UNFPA, Campagne pour éliminer les fistules)

Au moins 2 millions de femmes vivent avec une fistule obstétricale dans les pays en développement et, chaque année, l'organisation mondiale de la santé (OMS) estime que surviennent 100 000 nouveaux cas. Ces estimations reposent sur les femmes identifiées et en recherche de traitement. Elles sont donc largement sous-estimées car de nombreuses femmes n'ont pas recours aux soins.

La fistule obstétricale est un problème de santé publique et représente une inégalité sociale de santé. Elle est appelée « maladie de la pauvreté » car elle est caractéristique de la situation sanitaire et du statut des femmes des pays les plus pauvres. La fistule ne touche pas les femmes et les filles de manière égale. Elle touche particulièrement les femmes jeunes, habitant en milieu rural et vivant avec un revenu situé sous le seuil de pauvreté et à distance des infrastructures sanitaires et des possibilités de prise en charge obstétricales.

Les études montrent qu'entre autres facteurs aggravant, deux causes majeures sont responsables de l'apparition de fistules obstétricales :

- Les grossesses précoces
- La limitation de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence

En plus des dommages causés sur la santé des femmes, la fistule entraîne des conséquences sociales graves. En effet, de nombreuses femmes victimes de fistules sont bannies de leurs communautés et sont répudiées par leurs maris qui les considèrent comme impures et comme ayant été touchées par « le mauvais sort ». Elles sont condamnées à vivre hors de la communauté, isolées, à l'écart de leur famille.

De la nécessité de développer un projet intégré et pérenne

Bien que réparer chirurgicalement une fistule soit possible, peu de femmes ont accès aux soins par manque d'informations et/ou de moyens. Certaines femmes vivent avec cette pathologie pendant de nombreuses années avant d'avoir accès à un traitement.

Pourtant, la fistule n'est pas une fatalité et peut être évitée par des comportements positifs en faveur de la santé et des droits sexuels et de la procréation. En plus du traitement chirurgical, il est donc important d'allier prévention et information mais aussi réinsertion sociale une fois la fistule réparée, ainsi qu'une approche genrée.

La fistule était jadis une affection courante dans le monde entier mais elle a été éliminée de régions comme l'Amérique du Nord ou l'Europe grâce à la démocratisation de l'accès aux soins obstétricaux. Elle est quasiment inconnue là où le mariage précoce n'existe pas, où les droits des filles et des femmes sont reconnus et défendus, où des cours d'éducation à la santé sont dispensés et où les soins liés à la grossesse sont disponibles et accessibles.

Dans les pays où elle existe, un panel de stratégies peut être développé pour prévenir et guérir la fistule obstétricale mais aussi pour pérenniser son éradication. Ces stratégies sont imbriquées et ne peuvent fonctionner l'une sans l'autre. En d'autres mots, « prévention », « traitement » et « réinsertion sociale » forment un triptyque essentiel pour développer des programmes intégrés et pérennes d'élimination de la fistule.

1 - Contexte

1.1 - *Équilibres & Populations : « mobiliser, accompagner, impulser » pour améliorer la santé et les droits des femmes*

Équilibres & Populations (EquiPop) est une organisation non gouvernementale française qui a été créée en 1993 par des médecins et des journalistes dans le contexte de la Conférence du Caire sur la Population et le Développement. Initialement centrées autour du plaidoyer pour réorienter l'aide publique au développement vers la santé et les droits sexuels et de la procréation, les actions d'EquiPop se sont aussi progressivement tournées vers la mise en œuvre de programmes de terrain en Afrique de l'Ouest francophone.

L'association a pour objet d'améliorer les conditions de vie et le statut des femmes, facteur essentiel d'un développement juste et durable. En Afrique francophone subsaharienne, Équilibres & Populations a progressivement orienté une partie de son action au bénéfice des jeunes filles les moins prises en compte par les politiques ou les programmes existants. Partant d'une expertise spécifique sur la santé et les droits sexuels et procréatifs, Équilibres & Populations a peu à peu développé un projet qui articule différents champs d'intervention (santé, éducation, économie) et qui intègre systématiquement une approche par le genre.

Pour mettre concrètement ce projet en œuvre, Équilibres & Populations joue un rôle d'intermédiation ou de synapse :

- pour impulser des dynamiques de changement social au plus près des populations,
- pour mobiliser les acteurs d'influence (décideurs, acteurs de la société civile, populations...),
- et pour accompagner les partenaires au développement en renforçant leurs capacités d'intervention en vue de mener politiques ou des projets innovants.

Équilibres & Populations a enrichi ses savoirs au fil des années en mobilisant des disciplines variées : science politique, santé publique et médecine, sociologie, anthropologie, économie, démographie. Croiser ces regards de manière systématique permet de promouvoir une approche aussi intégrée que possible.

Équilibres & Populations est une organisation de taille moyenne, qui s'appuie sur 12 salariés répartis entre le siège à Paris et le bureau Afrique de l'Ouest basé à Ouagadougou au Burkina Faso. En plus de l'équipe salariée, l'ONG compte une cinquantaine de membres. Son budget annuel est de 1,5 millions d'euros. Les ressources d'Équilibres & Populations proviennent principalement de fondations privées ainsi que d'institutions publiques nationales et internationales, de dons et d'activités d'exploitation diverses (rapport d'activité d'Équilibres & Populations, 2011).

1.2 - La fistule obstétricale, une thématique au cœur de la stratégie d'Equilibres & Populations

La problématique des fistules est au cœur des préoccupations d'Equilibres & Populations depuis le début des années 2000. Elle a constitué une des thématiques phares du plaidoyer en direction des décideurs politiques français pour mobiliser davantage la France sur les enjeux liés à la santé maternelle en Afrique.

Dès 2004, Equilibres & Populations s'est engagée aux côtés du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) dans la campagne mondiale « En finir avec les fistules » (en anglais, « End fistula »). L'ONG a été très active, que ce soit pour mobiliser des fonds privés auprès de fondations américaines au bénéfice d'actions pilotes, pour faciliter la prise de conscience des sociétés savantes d'urologie et de gynécologie, ou pour obtenir un appui de la Coopération française.

En 2004, un plaidoyer actif a abouti à la mise en œuvre d'un premier projet pilote supervisé par le Ministère des Affaires étrangères. Ce projet a permis de mobiliser les « fistulologues » du réseau d'Equilibres & Populations et d'organiser une première mission de réparation des fistules à l'hôpital du point G à Bamako, au Mali. A partir de 2006, Equilibres & Populations est intervenue en Mauritanie, en appui au programme nationale de lutte contre les fistules obstétricales soutenu par l'UNFPA. Il s'agissait d'organiser des missions d'experts pour opérer les fistuleuses et de former les médecins sur place à la prise en charge des fistules. Un film a d'ailleurs été réalisé dans le cadre de ce programme (www.youtube.com/watch?v=7D47-j6WfK0). Cette même année 2006, un projet de plus grande ampleur s'est développé jusqu'à aujourd'hui, financé par le Fonds de solidarité prioritaire (FSP) « Amélioration de la santé des femmes en Afrique » du Ministère des Affaires étrangères et européenne (MAEE). Equilibres & Populations est ainsi devenue, aux côtés de l'UNFPA, un opérateur en charge des échanges d'expériences entre urologues français et africains, de la valorisation des expériences réussies dans les pays africains et de la création d'un réseau d'experts francophones.

Parallèlement à ces projets, s'est tenue, le 15 février 2007, une rencontre phare pour le développement des actions dans le domaine des fistules chez Equilibres & Populations. En effet, le Collège des gynécologues et obstétriciens de France et l'Association française d'urologie se sont rapprochés pour former un groupe de travail qu'Equilibres & Populations a eu pour rôle de coordonner. Cela a permis d'engager et de positionner davantage EquiPop et le groupe de travail dans la lutte contre les fistules obstétricales en Afrique de l'Ouest.

En somme, depuis 2005, ce sont 11 missions qui ont été organisées et menées au Mali et en Mauritanie durant lesquelles des femmes souffrant de fistules ont pu être opérées. Près de 200 femmes ont bénéficié de ces actions et les gynécologues et urologues africains ont pu renforcer leurs compétences au côté de leurs confrères français.

1.3 - Trois orientations pour la redéfinition d'un projet « fistules » en Afrique de l'Ouest

En 2011, les activités « fistules » d'EquiPop ont touché à leur fin. L'année 2012 a donc été un moment charnière pour évaluer les différents projets et envisager la suite.

La refonte du projet associatif d'Equilibres & Populations la même année a donné lieu à une réflexion sur les projets à développer, sur les objectifs à atteindre et les stratégies à mettre en œuvre. La thématique des fistules obstétricales a été retenue comme partie intégrante des priorités de la structure. La baisse de la prévalence de la fistule obstétricale en Afrique de l'ouest francophone a donc gardé toute sa place parmi les objectifs de l'association. Trois points ont été retenus pour guider les futures actions autour de la fistule :

- Une approche plus globale de la santé maternelle avec deux composantes : droits humains et inégalités socio économiques puisque la fistule n'est pas une pathologie comme les autres mais inhérente à la pauvreté ;
- Une complémentarité entre prévention, traitement chirurgical et réinsertion sociale ;
- L'intégration de deux dimensions essentielles : l'africanisation des compétences et de la prise en charge en ce qui concerne la composante chirurgicale et la nécessaire implication des organisations de la société civile pour les composantes « prévention » et « réinsertion sociale ».
- La Mauritanie et le Mali étant devenus des terrains d'implantation des projets complexes et permettant peu d'envisager des actions sur le long terme, les pays envisagés pour les futurs projets « fistules » d'EquiPop étaient initialement le Burkina Faso, le Sénégal et le Bénin. Un diagnostic précis s'avérait nécessaire pour affiner les contours des suites à donner aux actions sur les fistules et pour déterminer l'aire géographique finale.

1.4 - Objectifs de la mission de stage

Objectif général de la mission :

Définir les bases d'un projet visant à contribuer à l'élimination des fistules obstétricales en Afrique de l'Ouest francophone qui intègre prévention, traitement et réinsertion sociale des femmes (à partir d'un projet uniquement basé sur la prise en charge chirurgicale) en travaillant conjointement avec les médecins et urologues membres de l'ONG Equilibres & Populations.

Objectifs spécifiques :

- 1/ Redynamiser le groupe « fistules » d'Equilibres & Populations autour d'un projet commun ;
- 2/ Coordonner la conduite d'une mission de terrain exploratoire avec 2 médecins/ urologues membres d'Equilibres & Populations ;
- 3/ Identifier et analyser les opportunités/ possibilités de développement d'un projet intégré sur le long terme ;
- 4/ Identifier les actions menées dans le pays choisi pour la mission exploratoire et les acteurs/ forces en présence afin de les renforcer et d'y intégrer le projet ;
- 5/ Développer les recommandations pour élaborer un projet intégré sur les fistules obstétricales.

2 - Méthodes

2.1 - Organisation générale de la mission de stage

La mission de stage a démarré le 7 janvier 2013. Basé essentiellement au siège de l'ONG à Paris, le stage a également comporté un déplacement au Bénin du 8 au 19 avril 2013. Le stage s'est déroulé sous la direction d'Aurélie Gal-Régniez, directrice adjointe d'Equilibres & Populations et sous la guidance de Joëlle Hutinet de l'Ecole de santé publique de Nancy. L'ensemble de la mission a été menée en collaboration avec le groupe « fistules » d'EquiPop et une collaboration étroite a été particulièrement développée avec Béatrice Cuzin, référente sur le projet au sein des membres de la structure. Dr Cuzin est urologue et est impliquée dans de nombreuses activités humanitaires dont la lutte contre les fistules obstétricales. Ses connaissances médicales, du milieu des fistulologues mais aussi du terrain africain ont été extrêmement précieuses pour la réalisation de ce stage.

2.2 - Animation du groupe « fistules » d'Equilibres & Populations : vers l'obtention d'un consensus pour l'élaboration d'un futur projet

2.2.1 - Une stratégie de communication active et « insistante » pour remobiliser le groupe

Au démarrage de la mission, et pour en assurer la réussite, un travail de remobilisation des membres du groupe « fistules » d'Equilibres & Populations a été nécessaire. Les contraintes d'éloignement géographique et de disponibilité des uns et des autres nous ont obligés à reprendre contact avec le groupe à distance par mails et réunions téléphoniques avant de pouvoir organiser une rencontre au siège d'Equilibres & Populations, à Paris. Nous avons donc reconstitué une base de contacts mise à jour en les répertoriant auprès des salariés d'EquiPop impliqués les années précédentes sur la thématique des fistules.

Une fois ce premier travail de compilation effectué, un premier mail a été envoyé enjoignant les membres du groupe « fistules » à se mobiliser dans l'optique de la définition d'un futur projet. Au regard du peu de réponses obtenues dans les dix jours ayant suivi ce premier message, plusieurs relances par mail ont été envoyées et ont permis d'obtenir des retours de tous les participants.

Une fois le groupe « virtuellement » reformé, une rencontre a été proposée. Encore une fois, compte-tenu du peu de réponses obtenues, des relances par mails ont été envoyées aux différents membres. Cela n'ayant pas été suffisant pour trouver une date qui corresponde à tous les participants, des appels téléphoniques ont été passés à certains d'entre eux dont la participation nous a paru prioritaire. Une fois les personnes clés identifiées et contactées, trois réunions téléphoniques préalables ont permis d'explicitier plus clairement les objectifs de la démarche et de préparer la rédaction des termes de référence de l'élaboration du futur projet.

2.2.2 - La discussion avec supports

Afin de faciliter et de canaliser les échanges, nous avons proposé une série de documents qui ont servi de supports. Il s'agit de termes de référence, études comparatives et situationnelles pour le choix des pays d'intervention et comptes-rendus de discussion. A partir de ces documents de base, les avis des membres du groupe ont été demandés et ont permis de préciser l'organisation de la mission exploratoire et de prendre les décisions, notamment concernant le pays d'intervention. Ces documents ont, dans un premier temps, été proposés par mail puis ont fait l'objet d'une rencontre à Paris le 17 janvier 2013.

2.2.3 - Organisation et animation d'une réunion avec les membres du groupe

Afin de valider la démarche entreprise pour développer un projet intégré sur les fistules, les termes de référence de la mission et le pays d'intervention, une réunion à Paris, au siège d'Equilibres & Populations, a été organisée le 17 janvier 2013.

Les techniques utilisées pour animer cette rencontre ont été :

- Le tour de table qui a permis à chaque participant de se présenter et de donner son avis sur les documents soumis préalablement ;
- L'étude de cas qui a permis de faire un point sur la situation des trois pays proposés (Burkina Faso, Bénin, Sénégal) à travers une matrice géographique qui a renseigné les risques géostratégiques, l'existence de plans d'action nationaux sur la santé et les droits sexuels et de la procréation, l'existence de projets, la présence et la qualité des partenaires techniques et des ONG locales, les capacités de plaidoyer, les niveaux d'expertise ;
- Le choix par consensus à travers une écoute attentive des propositions et des résumés de synthèse pouvant convenir à l'obtention d'un accord de groupe.

A l'issue de la rencontre, un compte-rendu détaillé a été proposé et validé pour entériner les décisions prises.

2.2.4 - Identification d'une « référente » de projet parmi les médecins impliqués

Afin de faciliter les échanges et les prises de décision pour le suivi du projet, nous avons proposé d'identifier dans le groupe une personne référente. Son rôle est de représenter le groupe dans les différentes activités liées à l'élaboration du projet et de faire le lien entre l'équipe salariée et les membres du groupe « fistules ». Afin de rendre ce choix transparent et accepté de tous, l'identification de la personne référente a été effectuée par vote lors de la réunion du 17 juillet.

2.3 - Coordination de la mission exploratoire au Bénin

2.3.1 - Identification de questions ciblées à travers la méthode du « QQQQCP »

Afin de guider la préparation puis la conduite de la mission exploratoire, nous avons fait le choix d'utiliser la méthode « QQQQCP » (quoi, qui, où, quand, comment, pourquoi ?) pour définir un ensemble de questions élémentaires large mais précis. Le but était d'adopter une démarche d'analyse critique systémique et constructive basée sur le questionnement systématique.

Une fois définies, nous avons, pour plus de clarté, regroupé les différentes questions sous différents items. Cela nous a permis d'affiner davantage et de compléter les questionnements initiaux.

Questions regroupées sous différents items :

Axe 1 : Politiques et programmes

- Quelles sont les actions et les politiques déjà existantes au Bénin dans le domaine de la santé maternelle et infantile et quels manques est-il nécessaire de combler ?
- Existe-t-il une politique nationale clairement définie pour éradiquer les fistules ?
- Ces politiques sont-elles effectives ou instrumentalisées ?
- Quelles sont les actions dans le pays œuvrant spécifiquement dans le domaine de la fistule ?
- Plus spécifiquement, qu'est-ce qui existe en matière de prévention, formation, traitement et réinsertion sociale ? Où se situent les manques ?
- Existe-t-il un projet/ une expérience pilote qu'il serait pertinent de renforcer ?

Axe 2 : environnement social, économique et culturel

- Dans quelle(s) zone(s) est-il le plus pertinent d'intervenir (rurale/ urbaine) ? (à justifier)
- Quels sont les facteurs spécifiques au Bénin qui influencent l'existence de la fistule obstétricale ?
- Quelle est la situation de la santé et des droits sexuels et de la procréation au Bénin ?

Axe 3 : Niveau communautaire

- Qui sont les acteurs coutumiers et religieux incontournables au Bénin ? Quelle(s) influence(s) ont-ils sur la santé et les droits sexuels et de la procréation ?
- Quel est le fonctionnement communautaire spécifique au Bénin et comment influence-t-il la santé et les droits sexuels et de la procréation au niveau communautaire ?
- Existe-t-il des exemples probants d'implication communautaire en faveur de l'éradication des fistules ?
- Qui sont les porte-parole principaux de l'éradication des fistules au niveau communautaire (par exemple, les femmes opérées et guéries ?) Quelle(s) influence(s) ont-ils ?
- Comment pourrait-on travailler au niveau communautaire ?

Axe 4 : Acteurs sanitaires et sociaux

- Qui sont les acteurs impliqués et comment interagissent-ils ?
- Quelles sont les compétences existantes dans le secteur de la santé sexuelle et reproductive

et plus particulièrement dans le domaine de la fistule ?

- Quelles compétences manque-t-il ?
- Quelles sont les principales organisations de la société civile engagées en faveur de la santé et des droits sexuels et de la procréation et agissant plus particulièrement dans le domaine de la fistule ?
- Quels sont les facteurs pouvant potentiellement bloquer la coopération entre les acteurs ?
- Qui sont les acteurs pouvant travailler sur la prévention, la formation, le traitement et la réinsertion sociale ?

Axe 5 : Vision prospective pour l'élaboration du projet

- Il existe un grand nombre de facteurs sur lesquels il est possible d'agir pour éradiquer la fistule obstétricale, sur lesquels souhaitons-nous/ pouvons-nous agir ? Sur lesquels sommes-nous les plus légitimes pour agir ?
- De quelle manière Equilibres & Populations et ses partenaires peuvent-ils intervenir ? Avec qui ?
- Quelles synergies d'action pouvons-nous créer ?
- Quels acteurs semblent se montrer les plus ouverts à une intervention d'Equilibres & Populations ?
- Qui sont les acteurs qui devraient être concernés mais n'agissent pas ?
- Sur quelles actions/ structures pouvons-nous nous appuyer ?
- Comment pouvons-nous appuyer la prévention, la formation, le traitement et la réinsertion sociale ?
- Quels sont les pièges et les écueils à éviter ?

2.3.2 - Elaboration d'un guide d'entretien

A partir des questions identifiées via la méthode du « QQQQCP », nous avons élaboré un guide d'entretien (voir en annexe) autour des thématiques suivantes :

- Implication de la personne interrogée dans le domaine des fistules obstétricales
- Les politiques au niveau national
- Les programmes/actions développées au Bénin
- Les facteurs influençant la survenue de la fistule obstétricale au Bénin
- Les différents acteurs sanitaires, sociaux et communautaires
- L'intervention d'Equilibres & Populations

Nous avons proposé pour amendement puis validation ce guide d'entretien à notre guidante de stage de l'Ecole de santé publique de Nancy, à la personne référence du groupe « fistules » et à notre responsable de stage.

2.3.3 - Echantillonnage des interlocuteurs à rencontrer

En concertation avec les membres du groupe « fistules » mais aussi avec l'appui d'experts, de l'ONG partenaire béninoise d'EquiPop et de l'UNFPA Bénin, nous avons pu cibler les interlocuteurs pertinents pour notre mission. Globalement, il s'agissait des :

- ONG/OSC travaillant dans le domaine de la santé et droits sexuels et de la procréation ;

- Organisations internationales, agences de développement ;
- Médecins, gynécologues, urologues, sages-femmes, matrones des centres de prise en charge ;
- Décideurs politiques.

Une fois les acteurs nominativement identifiés, nous avons, avec l'appui de l'UNFPA Bénin, défini un agenda que nous avons voulu modulable et aéré afin de pouvoir, au fur et à mesure des rencontres, inclure de nouveaux interlocuteurs. Notre échantillon a donc été évolutif.

2.3.4 - Choix du pays de mission

Comme vu plus haut, une matrice nous a permis à partir de critères spécifiques de choisir le pays de la mission entre trois propositions : Burkina Faso, Sénégal et Bénin. Une concertation avec le groupe « fistules » lors de la réunion du 17 janvier a porté le choix final sur le Bénin.

Les principales raisons de ce choix sont :

- Une situation géopolitique assez stable par rapport au Burkina Faso ;
- L'existence de solides relations avec l'UNFPA au Bénin ;
- Les relations partenariales très satisfaisantes entre Equilibres & Populations et l'ONG béninoise Céradis et le développement d'un projet visant l'amélioration de la santé et des droits sexuels et de la procréation des jeunes filles en situation de vulnérabilité au Bénin ;
- L'existence d'une stratégie nationale sur les fistules obstétricales ;
- La connaissance du milieu béninois par les membres du groupe « fistules ».

2.4 - Le recueil des données

2.4.1 - Revue de la littérature

Avant et à la suite de la mission exploratoire, nous avons effectué une revue de la littérature sur la thématique des fistules obstétricales mais aussi plus largement sur la santé maternelle en Afrique et sur l'accès aux soins obstétricaux.

Pour ce faire, plusieurs canaux de recherche et ressources ont été utilisés :

1. La revue des documents d'Equilibres & Populations : documents de projet, rapports d'activités, lettres d'informations, mails, notes diverses.

2. La recherche via Internet :

- La recherche classique via le moteur de recherche « Google » avec les mots clés suivants : « Fistules obstétricales », « Bénin », « Sénégal », « Burkina Faso », « Santé maternelle et infantile », « césarienne », « UNFPA ». Les sites des Ministères de la Santé des différents pays ont été consultés ainsi que les sites des ONG intervenant dans le domaine. Il s'agit d'une recherche progressive à partir des entrées ci-dessus citées.

- Une recherche a été également faite au niveau du site de la Banque de données en santé publique « BDSPP » et de la société française de santé publique.
- Le site Internet de la Fondation genevoise pour la formation et la recherche médicale (GFMR) a aussi été fréquemment consulté.

3. L'obtention d'articles par le biais des experts sollicités.

4. L'obtention de rapports d'activités et de documents par le biais des partenaires et personnes rencontrées impliquées sur la thématique des fistules.

5. L'étude des documents de politiques nationales dans les trois pays envisagés initialement relatifs à la santé et aux droits sexuels et de la procréation, santé maternelle et fistules obstétricales.

Au total, nous avons retenu 24 documents selon leur pertinence par rapport à la thématique, leurs auteurs, la concordance avec les objectifs du stage et la valeur scientifique.

2.4.2 - Recueil d'avis d'experts

Afin d'affiner les recherches sur la fistule obstétricale, nous avons contacté 5 experts reconnus dans le domaine des fistules. Nous nommons « experts » les personnes contactées en dehors du groupe « fistules » et ayant une expertise reconnue par ce groupe mais aussi au niveau international sur la thématique. Nous avons utilisé le guide d'entretien pour les interviewer.

2.4.3 - Etude des retranscriptions des focus groupes menés par l'ONG Céradis (partenaire d'EquiPop au Bénin)

Nous avons initialement prévu d'organiser un focus groupe avec les adolescentes participant au projet « Défi jeunes » développé par Equilibres & Populations et son partenaire de terrain, Céradis, au Bénin. Or, au démarrage de ce projet, début 2012, une étude de base avec des focus groupes avait déjà été menée avec ces mêmes jeunes filles et des questions similaires concernant leur santé et leurs droits sexuels et de la procréation leur avaient été posées. Aussi, nous avons décidé d'étudier les retranscriptions de ces entretiens récents et de voir ensuite s'il était nécessaire de compléter ces données.

Les retranscriptions des entretiens étaient assez complètes et balayaient globalement l'ensemble des questionnements identifiés pour le focus groupe. Nous avons donc conservé ces données pour ne pas perturber l'avancée du projet « Défi jeunes » et ne pas mobiliser les filles sur une activité déjà menée un an auparavant.

Illustration II : Cahiers de retranscription des focus groupes de l'ONG Céradis

2.4.4 - Utilisation et adaptation du guide d'entretien

Au cours de notre mission, nous avons utilisé le guide d'entretien que nous avons développé pour baliser les échanges avec nos différents interlocuteurs. Selon le temps que ceux-ci avaient à nous accorder et les informations obtenues, nous avons adapté ce guide. Nous avons visé l'exhaustivité à chaque entretien.

2.4.5 - Rédaction d'un journal de bord de mission

Afin de ne pas perdre les informations recueillies et les premières impressions, nous avons consacré un temps spécifique toute les fins de journée de mission à la rédaction d'un journal de bord que nous avons partagé à la fin de chaque semaine avec notre responsable de stage et la personne référente du groupe « fistules ». Ce journal nous a servi de base pour préparer les entretiens au fur et à mesure de la mission en compilant les données recueillies et les points d'attention. Il nous a également été très utile lors de la rédaction du rapport de mission.

2.5 - *Le dépouillement des données et la mise en valeur des résultats*

Au retour de mission, l'ensemble des informations recueillies ont été analysées et une codification a permis de compiler les données pour développer notre analyse de la situation au Bénin et élaborer nos recommandations. Pour chaque entretien, nous avons manuellement identifié, à l'aide de couleurs, les éléments se rapportant aux différentes thématiques définies. Une fois ce travail effectué, nous avons mis en cohérence et harmonisé les éléments convergents sur les mêmes thèmes pour proposer une analyse. Cette analyse a été complétée d'éléments plus subjectifs relevant de notre regard et de notre appréciation de la situation. Les recommandations ont été divisées également entre les points d'attention spécifiques et les propositions opérationnelles.

Le rapport final reprenant l'analyse et les recommandations a été soumis à la référente « fistules » qui a pu le compléter et y ajouter les éléments d'ordre « médicaux ».

3 - Résultats

3.1 - Reconstitution du groupe « fistules » et instauration d'une nouvelle dynamique de travail

Le groupe « fistules » d'Equilibres & Populations existe depuis le début des activités de l'ONG sur la thématique. Depuis l'arrêt des projets, la dynamique de fonctionnement du groupe s'était distendue et les membres n'étaient plus aussi présents autour d'EquiPop que lors des années précédentes. Un des objectifs de la mission de stage portait sur la remobilisation du groupe « fistules » d'Equilibres & Populations. A ce jour, ce groupe est reformé et mobilisé autour de l'élaboration d'un projet commun intégré sur la fistule.

Le groupe « fistules » compte 10 membres. Il est composé de 6 urologues, 2 gynécologues et 2 médecins. Sur l'ensemble des membres, 2 sont des femmes. Six d'entre eux étaient présents à la réunion du 17 janvier 2013. Certains membres ont été plus actifs que les autres et ont eu un rôle moteur dans la redynamisation du groupe. Deux urologues en particulier sont historiquement les « mémoires » d'Equilibres & Populations concernant les fistules obstétricales. Ils ont été très présents dans les échanges, sans pour autant avoir un rôle toujours facilitant.

Une liste de diffusion de mails a été créée pour faciliter les échanges entre les différents membres du groupe. L'utilisation de cette liste n'est encore pas systématique pour certains membres du groupe mais cela a déjà beaucoup fluidifié la communication.

La volonté de formaliser davantage le groupe sous-tendait également de rapprocher les membres et les salariés mais aussi, pour Equilibres & Populations, de reprendre les commandes de l'élaboration du projet intégré. Si le groupe « fistules » existait déjà avant cette mission, il était plutôt informel et travaillait finalement peu en étroite collaboration avec les salariés. D'un côté, la recherche de financements et le suivi des projets étaient assurés par une chargée de projets, de l'autre, les membres répondaient présents lors des campagnes de réparation en Afrique et travaillaient indépendamment sur d'autres projets. Il y avait assez peu de réflexions conjointes entre membres et salariés impliqués sur la thématique « fistules ». Nous avons donc initié un changement dans le fonctionnement du groupe et dans les relations avec les salariés d'EquiPop. Cela a demandé un fort soutien de la direction et des négociations constantes pour modifier les habitudes de travail.

Parallèlement à la redynamisation et à la formalisation du groupe « fistules », nous avons :

- Obtenu un consensus sur la dynamique souhaitée pour le projet. En l'occurrence, nous avons validé l'aspect intégré du futur projet qui, sans nier l'importance de la prise en charge chirurgicale, comprendra un volet « prévention » et un volet « réinsertion sociale ».
- Obtenu un consensus sur le pays de la mission exploratoire. A l'unanimité, le Bénin a été choisi comme terrain d'exploration.
- Facilité le choix d'une personne référente au sein du groupe, ayant pour mandat de représenter le groupe et de travailler étroitement avec nous au développement du projet. Béatrice Cuzin, urologue, a été choisie par les membres du groupe pour occuper cette fonction.

3.2 - *Coordination d'une mission exploratoire au Bénin du 8 au 19 avril 2013*

3.2.1 - Description générale de la mission

Le cœur de notre stage reposait sur la coordination d'une mission exploratoire d'une quinzaine de jours au Bénin visant à analyser la situation des fistules sur le terrain et à élaborer des recommandations pour le développement d'un projet intégrant « prévention », « traitement » et « réinsertion sociale ». Cette mission a eu lieu à Cotonou du 8 au 19 avril 2013. Nous avions initialement envisagé de nous déplacer dans le pays afin de visiter un ou deux centres de prise en charge des fistules en direction du Nord. Mais, les recommandations du Ministère des Affaires étrangères et européennes français incitaient à la prudence et recommandaient de rester à Cotonou et ses alentours.

En concertation avec Equilibres & Populations, nous avons donc fait le choix de rester dans la capitale. Cette décision s'est finalement avérée judicieuse au regard des nombreux entretiens que nous avons pu avoir à Cotonou. Un déplacement ne nous aurait pas permis d'honorer tous nos rendez-vous sur place.

Nous avons prévu de partir au Bénin accompagnés de 2 membres du groupe « fistules », idéalement avec un.e urologue et un.e gynécologue. Lors de la réunion du 17 janvier, deux membres s'étaient portés volontaires pour participer à la mission exploratoire. Malheureusement, des contraintes d'agenda et le refus final de l'un des membres volontaires de participer à la mission nous ont contraints à effectuer la mission seule presque dans son intégralité. En effet, la personne qui nous a rejoints, Dr Béatrice Cuzin, n'a pu se libérer que les 4 derniers jours de la mission et un retard dans son trajet a réduit sa participation finale à 3 jours de mission sur 12.

Dans le cadre de la mission au Bénin, nous avons effectué 24 entretiens à l'aide du guide d'entretien. Deux entretiens n'ont pas pu avoir lieu. Nous avons en effet prévu de rencontrer la Ministre de la Santé mais un déplacement hors du Bénin durant notre mission nous a contraints à annuler le rendez-vous. Nous avons également contacté le Dr Jacques Saizonou, médecin épidémiologiste qui a travaillé sur la thématique des fistules obstétricales, mais il n'a finalement pas pu se rendre disponible pour nous rencontrer. Les autres entretiens ont pu avoir lieu et nous avons pu rencontrer un large panel d'acteurs (voir liste des personnes rencontrées en annexe).

3.2.2 - L'appui de l'UNFPA

Créé en 1969, L'UNFPA est le Fonds des Nations Unies pour la Population. Ses efforts sont orientés vers le renforcement des droits pour tous en matière de santé y compris la santé sexuelle et de la procréation et de l'égalité des chances de chacun, femmes, hommes et enfants. Dans chacun des pays où Equilibres & Populations intervient, l'UNFPA est un partenaire privilégié.

L'actuelle représentante de l'UNFPA au Bénin, Mme Diene Keita et son assistant, le Dr Lemine Mohammed Amar, étaient à ces mêmes postes en Mauritanie quand Equilibres & Populations y a développé un projet sur les fistules en 2006. Les activités mises en œuvre à cette époque ont donné lieu à une collaboration fructueuse que nous avons voulu poursuivre en choisissant, cette fois-ci, le Bénin comme terrain d'exploration. Conscients de la difficulté d'obtenir rapidement des rendez-vous avec les institutionnels au Bénin, la Représentante de l'UNFPA et son assistant nous ont donc facilité les démarches. Ils nous ont également permis de rencontrer davantage de personnes impliquées dans la prise en charge des fistules au Bénin. Cela nous a considérablement aidés pour les prises de contact initiales avec nos interlocuteurs. L'UNFPA nous a également apporté un appui logistique en mettant à notre disposition un véhicule avec chauffeur et une salle de réunion au besoin.

Le Dr Amar nous a accompagnés lors des rendez-vous institutionnels afin de nous introduire et de nous permettre d'avoir le meilleur accueil possible. Si, comme nous le verrons dans la partie « discussion », cet accompagnement a eu des limites, il n'en reste pas moins que l'appui de l'UNFPA nous a largement facilité notre mission.

3.3 - Analyse du contexte et des potentialités de développement d'un projet « fistules » intégré

3.3.1 - Analyse détaillée de la situation des fistules obstétricales au Bénin

Illustration IV : Carte administrative du Bénin

3.3.1.1 - Données sur la santé maternelle et infantile et la fistule obstétricale au Bénin

A l'image des autres pays dans lesquels la fistule obstétricale existe, le Bénin ne dispose pas d'une épidémiologie précise de la fistule. Une étude sur le sujet a été menée par l'IRSP (Institut régional de santé publique) de Ouidah en 2004 qui a permis de dénombrer 237 cas de FO sur 4 ans mais il s'agit d'une étude hospitalière qui n'a pris en compte que les femmes déjà entrées dans le circuit de la réparation chirurgicale. Elle laisse donc de côté toutes celles qui n'ont pas été encore détectées, qui n'ont pas été prises en charge ou les « perdues de vue » sorties du circuit de réparation.

Les données disponibles sont le nombre des opérations effectuées dans les différents centres de prises en charge (117 cas dénombrés pour l'UNFPA en 2012, 10 cas pour l'Hopital de la mère et de l'Enfant de Cotonou/ Homel) ou le nombre de femmes identifiées par les ONG impliquées dans les programmes de prévention. Ces chiffres ne correspondent pas à la réalité et ne sont pas utilisables. Obtenir des chiffres précis sur la fistule obstétricale est complexe pour plusieurs raisons :

- La FO étant une maladie honteuse, les femmes qui en souffrent ne sont pas forcément visibles et il est donc difficile de les comptabiliser.
- Tous les cas d'incontinence ne relèvent pas de la FO. Aussi, un questionnaire basé sur du déclaratif du type Etude démographique de santé (EDS) ne pourrait pas être suffisant pour obtenir des données précises. Un diagnostic est en effet requis pour différencier la FO des autres pathologies telles que le prolapsus ou autres.
- Il n'y a pas de moyens pour le moment ni de pôle de recherche en capacité de mener une recherche approfondie sur la FO.

Il serait aussi utile d'obtenir des données sur le suivi post-opératoire des femmes et la réinsertion sociale, grand vide du triptyque « prévention, traitement, réinsertion ». Peu d'études et encore moins de données sont disponibles pour connaître le parcours des femmes suite à leur prise en charge chirurgicale, qu'elles soient réparées ou incurables.

Quelques données peuvent toutefois nous renseigner et nous donner un aperçu de l'état de santé maternelle et infantile au Bénin :

- Taux de mortalité maternelle : 397 pour 100 000 naissances vivantes (EDS 2006)
- Indice synthétique de Fécondité : 4,9 enfants par femme – 5,4 en milieu rural contre 4,3 en milieu urbain (EDS 2011/2012)
- Contribution des adolescentes de 15-19 ans à la fécondité générale : 9,6% – 8% en milieu urbain contre 11% en milieu rural (EDS 2011/2012)
- Taux de prévalence contraceptive : 8% – 10% en milieu urbain contre 7% en milieu rural (EDS 2011/2012)
- Proportion de femmes ayant consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente : 86% (EDS 2011/2012)
- Proportion de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé : 84% (EDS 2011/2012)
- Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié : 87% (EDS 2011/2012)
- Taux de mortalité infantile : 21 pour 1000 naissances

Ces chiffres montrent que la promotion de l'accouchement assisté dans les centres de santé a donné des résultats positifs et encourageants au Bénin. Concernant la fistule, c'est surtout sur l'accès aux soins obstétricaux d'urgence que se porte notre intérêt. Le taux de césarienne au Bénin se situerait autour de 3,5% (Source USAID). La gratuité de la césarienne en cas d'accouchement dystocique existe théoriquement au Bénin et est sensée permettre une prise en charge complète de la mère et de l'enfant en cas de besoin. Dans les faits, il semblerait qu'il existe de nombreuses dérives dans l'application de cette mesure.

Il faut s'intéresser plus en profondeur aux trois retards (décision, transport, prise en charge) pour évaluer mieux les déterminants de la FO au Bénin. En effet, pour une femme, accoucher dans un centre de santé en présence de personnel qualifié est une chose. Y arriver à temps et être prise en charge dans les meilleurs délais en est une autre. Malheureusement, encore une fois, peu de données éclairent ces différentes questions. Il n'en reste pas moins que la fistule obstétricale existe au Bénin et que des recherches sont nécessaires pour éclairer l'ampleur, les déterminants, la prise en charge et le suivi de la pathologie.

3.3.1.2 - Les acteurs de la fistule et leurs caractéristiques

Le panel d'acteurs agissant au Bénin dans le domaine de la FO est composé:

- Du Ministère de la Santé et sa Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant.
- Des personnels de santé dans le pays : sages-femmes, médecins, gynécologues, urologues. Au Bénin 14 médecins ont été formés pour la prise en charge des FO dont 2 pour les cas complexes (source UNFPA).
- Des médecins, gynécologues, urologues étrangers (du « Nord » comme du « Sud ») qui interviennent en appui à travers des missions ponctuelles de réparation chirurgicale.
- Des universitaires, surtout au niveau de la formation en médecine et chirurgie.
- Des Organisations internationales : L'UNFPA est citée comme étant l'organisation de référence sur la question des fistules. L'USAID (U.S Agency for international development) et l'ONG américaine PSI (Population service international) ont également développé des programmes spécifiques sur les FO au Bénin.
- Des ONG/OSC de terrain. Nous avons pu rencontrer entre autres : Aldipe (Association de lutte pour un développement intégré et pour la protection de l'environnement), URC (University Research Co.), ABPF (Association béninoise pour la planification familiale), MJCD (Mutuelle des jeunes chrétiens pour la démocratie). D'autres ONG agissent dans le domaine de la santé et des droits sexuels et de la procréation (SDSP) et, à travers des actions de sensibilisation et de promotion de la santé de manière large, permettent de réduire l'influence des facteurs de risque de la FO. C'est le cas par exemple de l'ONG Céradis ou encore de l'action des sœurs salésiennes. Il est intéressant de noter que ces structures qui agissent dans le domaine de la SDSP n'ont pas forcément conscience d'agir pour la prévention des fistules obstétricales.
- Des chercheurs, socio anthropologues.

Il est ressorti des entretiens un manque de coordination entre tous les acteurs intervenant sur la FO. De timides initiatives en la matière ont été prises sous la houlette du Centre national hospitalier universitaire (CNHU) mais rien n'a été pour le moment formalisé. Il s'agit d'actions ponctuelles de collaboration. Il semble y avoir également un manque de collaboration entre gynécologues et urologues.

La campagne « En finir avec les fistules », UNFPA en tête, a permis de « faire beaucoup de bruit » autour de la fistule et d'attirer l'attention sur cette thématique. Des résultats sont impressionnants au niveau de la prise en charge des femmes et de la formation. Toutefois, la question de la pérennisation de ces résultats et des activités relatives à la FO a été soulevée par nombre de nos interlocuteurs. Les acteurs, après avoir développé un important éventail d'activités, semblent se retrouver aujourd'hui sans ressource pour consolider les acquis et pour continuer le travail entrepris tant au niveau de la prévention, de la prise en charge qu'au niveau de la réinsertion sociale. Aux dires de l'UNFPA Bénin, les fonds de cette campagne se sont épuisés et si la campagne n'est pas officiellement terminée, elle s'essouffle.

Illustration V : De gauche à droite : Dr Amar (UNFPA), Pr Akpo (CNHU), Dr Cuzin (EquiPop), Pr Hodonou (CNHU)

3.3.1.3 - La réponse du gouvernement béninois

Le Ministère de la santé béninois a développé une stratégie nationale de lutte contre les fistules obstétricales sur la période 2007/2015. Il s'agit d'une stratégie intégrée qui comprend les volets « prévention », « réparation » et « réinsertion sociale ». Le document doit théoriquement servir de référence pour le développement des actions sur la FO. L'ensemble des acteurs que nous avons rencontré et qui agissent dans le domaine des FO ont connaissance de ce document. De manière très franche, les personnes ayant des responsabilités à la Direction de la santé de la mère et de l'enfant nous ont avoué que ce document était largement resté lettre morte. Mis à part à travers l'appui de l'USAID et de l'UNFPA, peu d'actions ont été développées de la part du gouvernement béninois pour mettre en œuvre cette stratégie.

La gratuité de la césarienne a été mise en place au Bénin depuis le 1^{er} avril 2009 (subvention allant jusqu'à 100 000 FCFA). Cette politique concerne 43 centres de santé dans l'ensemble du pays et améliore l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. En permettant aux femmes dont l'accouchement se révèle dystocique d'avoir accès à la césarienne, cette politique a de fait un impact sur l'incidence des fistules.

Son application au jour le jour questionne malgré tout son fonctionnement. En effet, des obstacles tels que le manque de personnel dans les centres de santé, le rançonnement continu des patientes ou encore une mauvaise connaissance/ compréhension de la politique de gratuité sur le terrain entravent la bonne marche de la gratuité de la césarienne.

De manière générale, si le gouvernement du Bénin s'est positionné dans la lutte contre les fistules obstétricales, un manque d'appropriation de la thématique se fait ressentir. La FO n'est pas définie comme une priorité et n'est donc pas traitée comme telle. Une lueur d'espoir cependant : la révision des politiques, normes et standards en matière de santé de la procréation a permis d'introduire la FO comme une thématique principale. Cela redonnera peut-être un élan à la lutte contre cette pathologie.

3.3.1.4 - Fonctionnement de la prise en charge sanitaire de la fistule obstétricale au Bénin

Les centres de référence les plus cités sont :

A Cotonou	<ul style="list-style-type: none"> - Le CNHU de Cotonou (Centre national hospitalier universitaire) - L'Homel de Cotonou (Hôpital de la mère et de l'enfant Lagune)
Dans le reste du pays	<ul style="list-style-type: none"> - L'Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta - L'Hôpital privé confessionnel de Bembéréké - Le CHU de Parakou (avec des avis différents sur sa capacité à opérer des FO) - L'Hôpital de Nikki (moins fréquemment cité mais où opère maintenant le Dr René Daraté)

Le CNHU et l'Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta sont les centres de prise en charge les plus fréquemment cités. Si le CNHU est parfois décrit comme un milieu peu favorable à une prise en charge optimale des femmes, Tanguiéta fait plutôt office de modèle. Aucun des centres n'opèrent les fistules obstétricales en routine et tous fonctionnent à travers des missions ponctuelles de réparation (soit avec l'appui de missions extérieures ou à travers des campagnes nationales). Seul Tanguiéta dispose d'un centre d'hébergement des femmes permettant de les accueillir le temps nécessaire avant et après leur opération. L'Homel est une maternité et ne semble pas avoir les moyens financiers nécessaires pour opérer les femmes référées. L'hôpital de Nikki est privé et associatif. Nous avons rencontré son directeur. Des campagnes de réparation y ont lieu aussi.

Il est surprenant de voir que les centres de prise en charge se trouvent soit au Sud, à Cotonou, ou au Nord du Bénin. Il y a un grand vide au centre du Bénin. Lors des prises en charge, les femmes sont donc systématiquement déplacées. Le temps des prises en charge étant souvent très long, cela pose des problèmes de logement mais aussi de subsistance autour des centres qui ne disposent pas de maisons d'accueil.

Illustration VI : Bloc opératoire du service d'urologie, CNHU de Cotonou

Lors de nos entretiens, le rôle de la sage-femme dans les centres de santé pour la prévention des FO et la détection des cas à risque est souvent ressorti comme prioritaire. Or, le manque de personnel et la charge de travail importante entraîne une suractivité de la sage-femme qui n'a pas la possibilité de jouer pleinement son rôle.

Au final, l'organisation de la prise en charge des FO au Bénin peut sembler assez prometteuse car il existe des centres fonctionnels et des compétences avérées mais un manque de pérennisation et de coordination se fait fortement ressentir pour optimiser l'ensemble de ces ressources.

3.3.1.5 - Le tissu associatif et les programmes en matière de fistule obstétricale

Les principaux rôles des ONG que nous avons rencontrées consistent à :

- développer des stratégies pour faciliter l'identification des femmes en travaillant étroitement avec des organisations à base communautaire, ayant une bonne assise dans les communautés et connaissant bien les contextes socio culturels, pouvant ainsi pénétrer plus facilement au cœur des familles. Les personnes avec lesquelles nous sommes entretenues ont toutes affirmé que plus l'identification des femmes est rapide, et donc moins la durée de la fistule est longue, plus il est facile pour une femme de se réinsérer dans sa famille et sa communauté et de retrouver une existence « normale ».
- développer des campagnes d'information et de sensibilisation visant à expliquer ce qu'est une FO et à démystifier les croyances. Les ONG ont contribué à diffuser l'information concernant les possibilités de prise en charge chirurgicales des femmes victimes de FO.

Illustration VII : Affiche de sensibilisation contre les mariages précoces, ONG
Céradis

La présence de socio-anthropologues dans les programmes est très fréquente et a facilité la mise en œuvre des activités en prenant en compte les aspects socioculturels spécifiques aux terrains d'intervention. Toutefois, si les ONG/OSC entrent plus facilement au cœur des communautés pour faire sortir les femmes fistuleuses de l'anonymat et de l'oubli, elles ont parfois du mal à effectuer un diagnostic juste. Toutes les femmes incontinentes ne souffrent pas de FO et d'autres pathologies peuvent être la cause de leur état. Comme l'affirme le Dr Béatrice Cuzin, lors des campagnes de réparation, environ un quart des femmes ne souffrent pas d'une fistule obstétricale mais d'autres pathologies.

Le suivi et la réinsertion sociale semblent être les aspects les moins aboutis dans les programmes portant sur les FO. Les informations que nous avons recueillies montrent que le suivi post-opératoire s'avère peu coordonné, d'une part à cause de l'absence de maisons ou structures pouvant accueillir les femmes convalescentes, mais aussi parce que peu de dispositifs réels de suivi ont été mis en place (prise de rendez-vous avec les femmes aux centres de santé, programmes de planification familiale associés, implication des pairs et des familles dans le suivi...). La réinsertion sociale des femmes est souvent limitée aux activités génératrices de revenus.

Les organisations avec lesquelles nous nous sommes entretenues, surtout celles qui ont participé à des programmes spécifiques sur la FO, semblent aujourd'hui en attente de continuer leurs activités. Les financements sont arrivés à échéance et il semble qu'aucun financement ne soit actuellement disponible pour poursuivre les programmes.

3.3.1.6 - Les femmes fistuleuses et le niveau communautaire

Il est ressorti majoritairement de tous nos entretiens que la FO est une maladie honteuse et que les femmes qui en souffrent sont fréquemment mises à l'écart de leurs communautés. Elles se retrouvent de fait dans une situation d'extrême précarité économique et sociale.

Toutefois, Les informations recueillies à travers la revue de la littérature a permis de relativiser le rôle négatif de la communauté. En effet, les recherches de M.P Yeakey et al. au Malawi² montrent que les maris, quand ils sont impliqués, peuvent être des soutiens précieux pour les femmes. De même, les mères, les sœurs ou les belles-sœurs des femmes fistuleuses peuvent durablement s'impliquer. Les familles ont une place importante dans le parcours de vie de la femme fistuleuse et dans son accès à la réparation et à la réinsertion sociale.

Les leaders traditionnels et religieux sont aussi des personnes clés avec lesquelles il est important de travailler. Ils peuvent être des relais dans l'identification des femmes et pour faire passer les messages de prévention. Ils peuvent aussi faciliter la réinsertion sociale des femmes en y apportant leur soutien.

Pour anecdote, le directeur de l'Association Béninoise pour la Planification Familiale (ABPF) nous a raconté le positionnement fort de la reine Natabou du Couffo en faveur de la planification familiale qui a eu une forte influence sur l'utilisation de contraceptifs dans sa zone.

3.3.1.7 - Les zones couvertes par les projets portant sur la fistule obstétricale

Les fistules existent dans l'ensemble du Bénin. Aucune zone ne paraît faire état d'une plus forte prévalence de la FO. Cela d'autant plus qu'il y a très peu de données épidémiologiques fiables. Selon le Dr Gaston Ahounou, responsable santé des adolescents à la DSME, la seule différence entre les régions du Bénin est qu'au Nord du pays, les distances entre les villages et les formations sanitaires sont plus grandes qu'au Sud. Au Sud, la densité de population est plus importante qu'au Nord. En recoupant les informations obtenues lors des entretiens, il ressort que certaines régions ont déjà été touchées par des projets « fistules » tandis que d'autres non. Les zones déjà touchées sont :

- Au Sud : le Zou/ Collines, le Ouémé/ Plateau, le Mono/Couffo
- Au Nord : l'Atacora et l'Alibori

Le Centre Nord du pays (le Donga et le Borgou) ne semble pas être une zone où ont été développés des projets portant sur les FO. L'Atacora dispose de l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta et est une zone couverte par un dispositif de prise en charge et un tissu associatif bien organisés.

3.3.1.8 - Les freins à la prise en charge de la fistule obstétricale

Un problème est majoritairement ressorti de nos entretiens avec les médecins que nous avons rencontrés. Il s'agit du manque de financement pour la prise en charge chirurgicale. Le coût d'une opération se situe entre 80 000 et 150 000 CFA.

²Yeakey MP, Chipeta E, Rijken Y, and al. Experiences with fistula repair surgery among women and families in Malawi. In Global Public Health, 2011, 6:2, 153-167

Les femmes souffrant de fistules n'ont pas les moyens de financer une telle opération elles-mêmes et les coûts sont principalement supportés par des bailleurs de fonds impliqués sur la thématique ou par les missions étrangères. Seul le CNHU subventionne, avec l'appui de l'UNFPA, le coût de la prise en charge. Les opérations ne peuvent donc pas s'effectuer en routine et sont programmées dans le cadre de campagnes ponctuelles. Quand il n'y a pas de financement, il n'y a pas non plus d'opération. Cela a pour conséquence :

- Un long délai d'attente entre l'identification des femmes et leur prise en charge chirurgicale. Sachant qu'elles doivent en général se déplacer assez loin de leur lieu de résidence habituelle pour être opérées, cela entraîne des coûts supplémentaires de subsistance à proximité des formations sanitaires qu'elles ont du mal à supporter. Par conséquent, certaines femmes se découragent et n'attendent pas le moment de l'opération.
- Un manque de pratique des chirurgiens formés à la réparation de la FO et donc une perte des compétences acquises. Sachant que la première opération de la FO est celle qui a un taux de réussite le plus élevé (autour de 90%), si elle n'est pas effectuée correctement et nécessite d'autres interventions, cela réduit d'autant les chances de guérison de la femme.

3.3.2 - Principales recommandations pour l'élaboration d'un projet intégré

3.3.2.1 - Principaux points d'attention à prendre en considération pour l'élaboration d'un projet intégré

Au regard de l'analyse de la situation des FO au Bénin, nous préconisons de:

- **Effectuer une seconde mission au Bénin ou dans un autre pays de la sous-région**, soit pour continuer les échanges sur la base d'une idée plus précise du projet à développer et se déplacer dans le pays, soit pour effectuer une mission comparative dans un autre pays.
- **Associer un volet « recherche »** au projet : une analyse socio anthropologique dès l'élaboration du projet et au cours de sa mise en œuvre. Mais aussi, une recherche épidémiologique afin d'avoir une idée plus précise de l'ampleur de la pathologie au Bénin et une recherche qualitative et longitudinale visant à comprendre le parcours des femmes fistuleuses, surtout après la prise en charge chirurgicale³.
- **Favoriser l'implication des communautés** à tous les stades du projet (identification, prévention, prise en charge chirurgicale).

³ Voir : Maulet N, Keita M, Macq J. Medico-social pathways of obstetric fistula patients in Mali and Niger: an 18-month cohort follow up. In Tropical medicine and international health, 2013.

- **Identifier des stratégies favorisant la collaboration entre gynécologues et chirurgiens/urologues** dans le respect des compétences de chacun.
- **Valoriser et renforcer les compétences médicales existantes** dans le pays par des actions de formation et par le développement de stratégies permettant d’opérer les fistules en routine.
- **Favoriser l’appropriation du projet** par les autorités sanitaires et sociales béninoises dans une optique de pérennisation des activités. Développer des actions de plaidoyer en ce sens.
- Favoriser le **Développement de centres d’hébergement pour les femmes fistuleuses** autour des centres avec une capacité d’accueil suffisante. Et agir spécifiquement pour **Réduire le temps d’attente** des femmes entre l’identification et la prise en charge chirurgicale afin de diminuer le nombre de « perdues de vue ».
- **Choisir prioritairement une zone autour d’un centre de prise en charge** chirurgicale de la FO existant pour développer une action intégrée. La région du Borgou pourrait être intéressante : s’y trouvent deux centres de prise en charge (Parakou et Bembéréké) et encore peu de programmes « fistules » développés.
- Envisager d’**associer un programme de promotion de la planification familiale** à la dimension « réinsertion sociale »⁴.

3.3.2.2 - Principales propositions opérationnelles

Voici ci-dessous une synthèse de nos propositions opérationnelles pour le développement d’un projet intégré. Ces recommandations nécessiteront la validation du groupe « Fistules ».

Architecture du projet :

- Développer un « projet pilote », dans une zone se trouvant autour d’un ou deux centres de prise en charge chirurgicale alliant actions de terrain, recherche et plaidoyer.
- Créer un réseau d’acteurs autour du centre de prise en charge : ONG/ OCB, sages-femmes, gynécologues, chirurgien urologues, infirmier.e.s, socio anthropologues, chercheurs, relais communautaires.
- Développer dans les zones un continuum d’activités en intégrant les acteurs du réseau allant de l’identification/ prévention à la prise en charge chirurgicale et la réinsertion sociale.

Prévention/ identification des femmes :

- Développer des actions d’identification et de prévention des femmes avec l’intervention d’animateurs/trices issu.e.s des communautés et préalablement formé.e.s :

⁴ Voir Benfield N, Kinsindja RM, Kimona C and al. Fertility desires and the feasibility of contraception counseling among genital fistula patients in eastern Democratic Republic of the Congo. In International journal of gynecology and obstetrics, 2011, 114: 265-267.

Au niveau de l'identification : Identifier les femmes incontinentes et associer un.e proche pouvant s'engager à leurs côtés dans le parcours de soin.

Au niveau de la prévention : organiser au moins une session de prévention de masse par semaine et par communauté conformément à un plan de communication défini au préalable complété par des actions de proximité plus intimes (counselling/ visites à domicile). Utiliser les radios communautaires pour diffuser l'information.

Réfléchir à des stratégies pour apporter des « couches » aux femmes incontinentes qui sont des produits très onéreux (contrat avec des fournisseurs, appui de fondations, dons privés...).

– En fonction de l'avancée des activités, envisager de renouveler les villages d'intervention lorsque les communautés auront été sensibilisées, les femmes identifiées et prises en charge. Le projet devrait réduire l'incidence des fistules et permettre de toucher d'autres zones non encore ciblées par les activités. L'instauration de relais communautaires (personnes de la communauté formées pour poursuivre les actions au départ des animateurs/trices) dans les villages pourrait permettre de continuer l'identification et le référencement des femmes.

Prise en charge chirurgicale :

– Développer des maisons d'accueil (de préférence, une location de maison près des centres de prise en charge) pour permettre aux femmes d'être hébergées quelques jours avant l'opération pendant la phase de diagnostic et pour assurer leur suivi une quinzaine de jours après l'opération.

– Négocier avec les centres de prise en charge une disponibilité régulière du bloc opératoire pour les réparations de FO. Plaider en faveur de l'instauration d'opérations de FO en routine. Inclure le financement de la prise en charge chirurgicale dans le budget du projet.

– Pour les femmes dont l'incontinence persiste après une opération, réfléchir à des moyens de fournir le matériel et les consommables nécessaires à une intervention plus pointue sur la vessie.

Réinsertion sociale :

– Organiser des cérémonies de retour dans les communautés avec des témoignages de femmes mais aussi des personnes qui les ont accompagnées dans leur processus de prise en charge.

– Appuyer les femmes dans le processus de retour dans leur famille à travers des médiations familiales, visites à domicile. Appuyer les femmes dans le retour à une activité économique. Développer des temps d'échanges pour les femmes fistuleuses, réparées ou en attente de réparation : partage d'expériences, récits de vie. Les femmes réparées pourraient devenir les marraines des femmes nouvellement identifiées.

– Développer des temps de consultation des femmes réparées avec la sage-femme pour le suivi et le counselling en planification familiale en associant les familles.

Collaboration avec le Centre National Hospitalier Universitaire :

– Référencer les cas complexes de FO identifiées et impossibles à prendre en charge dans les centres secondaires.

– Créer un pôle d'activités dédiées à la FO : développement de synergies gynécologie-urologie. Par exemple, développement d'un pôle d'activités médicales, création d'un DIU de périnologie.

– Développer des activités de formation et de recherche épidémiologique sur la FO au sein du CNHU.

Apports du groupe « fistules » d'Equilibres & Populations :

- Participer au comité de pilotage du projet pour les membres qui le souhaitent.
- Appuyer l'élaboration du DIU de périnéologie et du pôle d'activités médicales.
- Effectuer des missions de formation des gynécologues et urologues, appuyer la prise en charge chirurgicale des cas complexes de FO, selon les besoins définis sur place.
- Participer activement aux activités de plaidoyer.

Opportunités de partenariats :

- L'ONG Aldipe semble être la structure dont l'expérience est la plus aboutie en matière de lutte contre les FO tant au niveau de la prévention que de la réinsertion sociale.
- Des synergies peuvent être développées avec le travail mené par Céradis dans le cadre du projet « Jeunes filles » à Cotonou ou dans la zone de Zogbodomey.
- Le Dr Benjamin Hounkpatin, gynécologue à l'Homel est une personne avec laquelle nous aurions tout intérêt à collaborer. Il fait le lien entre le CNHU et l'Homel et a également des responsabilités au Ministère de la Santé.

4 - Discussion

4.1 - Analyse critique du groupe « fistules » d'Equilibres & Populations

4.1.1 - De la difficulté d'intégration des nouvelles modalités de travail dans le groupe

Dans le processus de refonte du projet associatif d'Equilibres & Populations, remobiliser le groupe « fistules » a également signifié instaurer de nouvelles relations et modalités de collaboration entre salariés et membres de la structure. Pour notre groupe de fistulologues, cela a reposé sur l'adoption d'une nouvelle dynamique de projet et sur une plus forte implication d'Equilibres & Populations dans la conduite de cette nouvelle dynamique. En effet, dans le cadre des précédents projets, les actions du groupe étaient particulièrement centrées sur les aspects « chirurgie » à travers la participation des membres aux missions de réparation et de formation dans les pays d'intervention.

La grande majorité des urologues et gynécologues du groupe sont à la retraite, rompus aux conditions du milieu humanitaire (certains sont d'anciens chirurgiens de l'armée). Ce sont majoritairement des hommes et ils ont une conception assez stricte, centrée sur la chirurgie, de leur intervention sur les fistules obstétricales. Si au démarrage de la mission de stage nous avons reçu un accueil plutôt positif de la part du groupe, il ne nous a ensuite pas été facile de faire passer les nouvelles modalités de travail. Avec certains membres, il n'a pas été évident de construire un cadre d'échanges et de concertation. Des tentatives de passage en force sur un certain nombre de décisions ont nécessité des rappels aux nouvelles règles et nous ont contraints à faire appel à la direction d'Equilibres & Populations. Une attention particulière devra être portée au respect de la concertation et des décisions conjointes pour garantir le bon fonctionnement du groupe à l'avenir.

4.1.2 - De la nécessité de « rénover » le groupe : des membres plus jeunes et des femmes

Comme nous l'avons expliqué au paragraphe précédent, la majorité des membres du groupe sont des médecins retraités souhaitant mettre leurs compétences au service d'un projet de développement sanitaire et social. Malgré une renommée avérée et un certain dynamisme, le groupe se fait vieillissant et peu de place est laissée à l'implication de médecins plus jeunes et aux femmes.

Un aspect sensible de la mission a donc été de conserver la motivation et l'engagement des membres les plus anciens tout en donnant une place plus importante à des personnes ayant rejoint le groupe plus récemment et ayant un profil plus jeune et plus au fait des réalités de terrain. En effet, les plus anciens ont une influence forte sur le reste du groupe de part leur statut, leur âge et leur renommée mais ont des positions moins progressistes. Nous avons donc fait en sorte de favoriser l'arrivée de membres nouveaux et de donner une place particulière aux femmes du groupe. C'est ainsi que Béatrice Cuzin a été élue référente du groupe. Les efforts en ce sens seront à poursuivre pour véritablement dynamiser le groupe et assurer la relève.

4.1.3 - Le groupe « fistules » : un atout à canaliser pour assurer l'élaboration du projet intégré

Le consensus obtenu au sein du groupe sur les orientations du futur projet va devoir être renforcé lors de la proposition des recommandations afin d'en assurer sinon la validation, au moins, dans un premier temps, la discussion dans le sens souhaité pour le projet.

Il va aussi être nécessaire, afin de respecter l'optique de pérennité et de durabilité du projet que les membres engagés dans les projets précédents sur des missions de réparation acceptent de laisser plus de places aux compétences nationales. Il serait en effet pertinent de réduire leurs interventions au niveau chirurgical pour assurer davantage des missions de formation et de transfert de compétences. Cela ne sera pas aisé car beaucoup sont très attachés à ces missions de réparation. Un accompagnement sera donc nécessaire pour leur permettre de trouver une légitimité autre dans leurs actions au sein du groupe.

Le groupe « fistules » est un pilier solide qui donne de la force et du crédit aux actions d'Equilibres & Populations. Le savoir-faire des membres est essentiel pour développer un futur projet. Le défi de l'évolution des pratiques et des modalités de travail n'en reste pas moins entier. Une attention particulière et des stratégies de communication et de présentation des recommandations devront être développées pour continuer à avancer dans le sens souhaité sans braquer les motivations des membres.

4.2 - *Les coulisses de la mission au Bénin: un terrain complexe*

4.2.1 - Une mission presque totalement en solo

Comme nous l'avons vu précédemment, nous avons prévu d'effectuer la mission exploratoire avec deux membres du groupe « fistules » afin d'assurer une complémentarité et une collaboration entre les différentes compétences. Il s'agissait également d'une stratégie pour entériner davantage au sein du groupe la dynamique de changement vers un projet intégré. Au final, malgré plusieurs tentatives, des contraintes de disponibilité puis un refus n'ont pas permis la participation souhaitée des membres à cette mission. Nous avons effectué la mission seuls durant 9 jours avant d'être rejoints par la référente « fistules » du groupe les 3 derniers jours.

A posteriori, cela nous a permis d'avoir une plus grande autonomie et une plus grande indépendance dans la conduite de la mission. Mais, quoi qu'il en soit, être à plusieurs lors des missions est plus confortable pour dynamiser les entretiens et pour la compréhension des informations.

Cette relative solitude dans la conduite de la mission sur place a été contre balancée par l'appui de l'UNFPA. Le Dr Amar nous a accompagnés lors des rendez-vous pris par ses soins. Cela a malgré tout souvent créé la confusion auprès de nos interlocuteurs qui ont pu avoir l'impression que nous étions en mission avec l'UNFPA, ce qui n'était pas le cas.

L'arrivée de la référente du groupe en fin de mission a permis de redonner un nouveau souffle aux derniers entretiens. En effet, en mission seuls depuis plus d'une semaine, nous commençons à arriver à saturation de l'information. L'implication d'une personne nouvelle a permis de poser les questions complémentaires et ainsi enrichir les échanges et la collecte d'informations.

4.2.2 - Le rôle ambivalent de l'UNFPA

Il était initialement prévu que notre mission exploratoire se chevauche avec une mission chirurgicale pilotée par l'UNFPA et à laquelle certains membres du groupe « fistules » devaient participer. Il était pour nous intéressant de pouvoir être au Bénin durant cette mission pour profiter des contacts et des activités parallèlement à nos entretiens. Pour plusieurs raisons, cette mission UNFPA a dû être annulée et reportée. Nos contraintes de temps ne nous ont pas permis d'attendre plus longtemps avant de partir nous-mêmes au Bénin. Nous avons donc effectué notre mission exploratoire aux dates prévues. L'UNFPA nous a tout de même facilité certaines prises de rendez-vous et quelques aspects logistiques.

Toutefois, le positionnement de l'UNFPA était ambigu par rapport à notre mission et nous avons dû être vigilants à garder une réelle autonomie dans nos mouvements et dans la gestion de notre agenda. En effet, l'UNFPA arrive en bout de course concernant la campagne « En finir avec les fistules » et recherche de nouveaux canaux de mise en œuvre de ses projets dans le domaine. De plus, le Dr Amar et certains de nos membres ont élaboré un projet d'institut de recherche et de formation sur la fistule basé à Cotonou qu'ils souhaitent voir financer. Cela a instauré une certaine concurrence, voire méfiance dans les échanges. Il a donc été nécessaire de rester constamment sur nos gardes pour que l'esprit de la mission soit conservé et que le message d'Equilibres & Populations soit bien conforme aux orientations voulues pour le futur projet.

4.2.3 - Des relations complexes entre les acteurs de la fistule au Bénin qui questionnent finalement une future intervention au Bénin

Le monde de la fistule s'avère complexe. De nombreuses « querelles de clocher » animent les acteurs qui y sont impliqués. Le Bénin n'échappe pas à cette situation et proposer le développement d'un projet sur les fistules dans ce pays fait ressurgir les tensions. Nous étions préparés à cette situation dès le démarrage de la mission et nous avons tâché de mettre en place les garanties de notre impartialité. Nous avons fait en sorte de rencontrer tous les acteurs concernés et de ne pas être que sur les rails de l'UNFPA.

Nous avons pris aussi nos propres contacts et nous nous sommes autonomisés quand cela était nécessaire pour effectuer certaines rencontres. Nous avons fait le choix de l'exhaustivité afin de ne pas être sous l'influence des querelles mais cela a suscité envers Equilibres & Populations de nombreuses attentes. Or, nous ne pourrions pas travailler avec tous les acteurs et il va falloir faire des choix. Nos recommandations prennent en compte cet aspect et proposent une action assez large pouvant inclure un grand nombre d'acteurs.

En outre, d'autres ONG et humanitaires agissent également au niveau de la fistule au Bénin et ne semblent pas apprécier une future intervention d'Equilibres & Populations sur ce qu'ils considèrent comme leur territoire.

Lors d'une mission à Dakar au Sénégal du 19 au 25 mai 2013, nous avons pu rencontrer le Professeur Serigne Magueye Gueye, spécialiste de la fistule dont l'expertise est reconnue internationalement. Connaissant la situation et les acteurs au Bénin, il nous a vivement conseillé d'intervenir plutôt dans un pays où peu d'actions ont été à ce jour entreprises dans le domaine des fistules comme le Gabon ou la Guinée Bissau. Il s'agit d'un avis et nous ne pouvons remettre en cause l'ensemble de nos travaux de recherche sans consulter encore d'autres experts et nos collègues sur ce projet. Mais, à l'issue de nos échanges et des constats faits au fur et à mesure de la mission de stage, de vraies questions se posent : est-il pertinent d'investir le Bénin ? Ne risque-t-on pas de dépenser beaucoup d'énergie pour peu de résultats à cause des relations complexes entre les acteurs qui semblent bloquer les actions sur la fistule ? Devons-nous essayer de jouer un rôle de coordination/ conciliation au Bénin ou est-il préférable d'intervenir dans un pays « vierge » de toute action ? Si nous développons un projet au Bénin, comment échapper aux conflits entre les acteurs ?

4.3 - Prochaines étapes vers l'élaboration du projet

A ce jour, comme nous venons de le voir, beaucoup de questions émergent sur une possible intervention au Bénin. Nos recommandations restent malgré tout d'actualité et peuvent s'appliquer à d'autres pays de la sous-région ouest africaine si un changement est décidé au niveau de la zone d'implantation du projet.

Les données et informations obtenues au cours de la mission de stage sont denses et méritent une réflexion approfondie et une prise de recul pour faire des choix raisonnés. Nous ne pourrions pas seuls prendre les décisions finales et il nous faudra développer dans les semaines à venir un processus de concertation à partir de propositions concrètes. Nous solliciterons pour cela la référente et les membres du groupe « fistules » mais aussi la direction d'Equilibres & Populations. Cela nous permettra de décider ensemble, au regard des éléments de la mission et des conseils du Professeur Gueye, ce qu'il est pertinent d'envisager pour la suite et par le biais de quelles stratégies. Comme nous l'avons vu plus haut, il sera important de bien préparer ce processus en amont, notamment pour travailler efficacement avec le groupe « fistules ».

Notre stage n'est actuellement pas terminé mais les contraintes de rendu du travail de mémoire en première session ne nous permettent pas de présenter les résultats des prochaines étapes. A la suite du stage, nous poursuivrons le travail de développement du projet « fistules » pour Equilibres & Populations en tant que chargée de programmes. La validation des recommandations et des choix concertés finaux mais aussi la rédaction d'une première version de projet se feront dans les trois prochains mois.

Index des illustrations

Illustration I : Mécanisme d'apparition de la fistule obstétricale, source : UNFPA, Campagne pour l'élimination des fistules obstétricale

Illustration II : Cahiers de retranscription des focus groupes de l'ONG Céradis

Illustration III : Carte sécuritaire du Bénin, source MAEE

Illustration IV : Carte administrative du Bénin

Illustration V : De gauche à droite : Dr Amar (UNFPA), Pr Akpo (CNHU), Dr Cuzin (EquiPop), Pr Hodonou (CNHU)

Illustration VI : Bloc opératoire du service d'urologie du CNHU de Cotonou

Illustration VII : Affiche de sensibilisation contre le mariage précoce, ONG Céradis

Bibliographie

- Au secours de l'innocence meurtrie, bulletin de l'ONG Sentinelles, 197, avril 2008.
- Bangser M, Mehta M, Singer J. Childbirth experiences of women with obstetric fistula in Tanzania and Uganda and their implications for fistula program development. In *Int urogynecol*, 2011, 22: 91-98.
- Benfield N, Kinsindja RM, Kimona C and al. Fertility desires and the feasibility of contraception counseling among genital fistula patients in eastern Democratic Republic of the Congo. In *International journal of gynecology and obstetrics*, 2011, 114: 265-267.
- Browning A. Pregnancy following obstetric fistula repair, the management of delivery. *BJOG* 2009; 116:1265–1267.
- Browning A, Menber B. Women with obstetric fistula in Ethiopie, a 6-month follow up after surgical treatment. *BJOG* 2008; 115: 1564-1569.
- Drogou I. Une chirurgie affinée pour réparer l'intimité dévastée des femmes. In *Le quotidien du médecin*, novembre 2012.
- Fistule obstétricale, principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes, OMS, Genève, 2009.
- Gueye SM, Diagne BA, Mensah A. Les fistules vesico-vaginales, aspects ethio-pathogéniques et thérapeutiques au Sénégal. In *Médecine d'Afrique noire*, 1992 : 39.
- Harouna YB, Seibou A, Maikano S. La fistule vésico- vaginale de cause obstétricale : enquête auprès de 52 femmes admises au village des fistuleuses. In *Médecine d'Afrique noire*, 2001 : 48.
- Jaffré Y. La bataille des femmes, analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest. Editions Faustroll, Descartes, 2009.
- La fistule obstétricale, rapport d'évaluation des besoins : leçons tirées de neuf pays africains, UNFPA et EngenderHealth, New York, 2003.
- Maulet N, Keita M, Macq J. Medico-social pathways of obstetric fistula patients in Mali and Niger: an 18-month cohort follow up. In *Tropical medicine and international health*, 2013.
- Ngouana Ngoufo R. Evaluation de mise en œuvre du projet de lutte contre les fistules obstétricales dans la région sanitaire du Sahel : cas du district sanitaire de Dori. Mémoire de fin d'études, Master en population et santé, Institut supérieur des sciences de la population, 2008-2009.
- Nous les femmes du Bénin, un livre témoignage sur les 8 groupes et les 57 ethnies, UNFPA, Editions Textims.com, 2004.
- Richard F, Witter S, De Brouwere V. Réduire les barrières aux soins obstétricaux dans les pays à faible ressources. *Studies in Health services organisations and policy*, 2008.
- Rivière M. La plaie intime des femmes, RFI, article publié le 12 décembre 2007.

Sombie I, Kambou T, Konombo SG et al. Bilan rétrospectif des fistules urogénitales obstétricales de 2001 à 2003 au Burkina Faso. In *Médecine tropicale*, 2007, 67 : 48-52.

Stratégie nationale de lutte contre les fistules obstétricales au Bénin 2007- 2015, Direction de la santé et de la famille, Ministère de la Santé, République du Bénin, février 2007.

Sztokman N. Condition féminine et développement. In Charbit Y. *Le monde en développement. Démographie et enjeux socio économiques. La documentation française*, 2002 : 175-192.

Waalwijk K. The obstetric fistula: A major public health problem still unresolved. In *Int urogynecol J*, 1993, 4: 126-128.

Wall LL. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. In *The Lancet*, 2006, 368: 1201-1209

Weston K, Mutiso S, Mwangi JW and al. Depression among women with obstetric fistula in Kenya. In *International journal of gynecology and obstetrics*, 2011, 115: 31-33.

Yeakey MP, Chipeta E, Taulo F et al. The lived experience of Malawian women with obstetric fistula. In *Culture Health and sexuality*, 2009, 11, 5:499-513.

Yeakey MP, Chipeta E, Rijken Y, and al. Experiences with fistula repair surgery among women and families in Malawi. In *Global Public Health*, 2011, 6:2, 153-167

ANNEXE I

1. Termes de référence de la mission exploratoire au Bénin

Termes de référence de la mission exploratoire au Bénin sur les fistules obstétricales

9 avril- 19 avril 2013

Participants :

Aurélié Desrumaux : Chargée de programmes, Equilibres & Populations, du 8 au 19 avril

Béatrice Cuzin : Urologue, membre d'Equilibres & Populations, du 15 au 19 avril

Contexte :

La fistule obstétricale est l'apparition d'une communication anormale entre le vagin et la vessie (fistule vésico-vaginale) ou entre le vagin et le rectum (fistule vésico-rectale), voire, dans certains cas, les deux. Elle entraîne de ce fait une incontinence des urines ou des selles qui s'écoulent par le vagin. Elle est le résultat d'une nécrose des tissus due à un accouchement anormalement long (souvent deux ou trois jours).

La fistule obstétricale est un **véritable problème de santé publique** là où elle existe. Elle est autrement appelée « maladie de la pauvreté » car elle est caractéristique de la situation sanitaire et du statut des femmes des pays les plus pauvres. La fistule ne touche pas les femmes et les filles de manière égale. Sa prévalence est extrêmement élevée chez les femmes jeunes, habitant en milieu rural et vivant souvent avec un revenu situé sous le seuil de pauvreté et à distance des infrastructures sanitaires et des possibilités de prise en charge obstétricales.

Les études montrent qu'entre autres facteurs aggravant, deux causes majeures sont responsables de l'apparition de fistules obstétricales :

- Les grossesses précoces. Les grossesses chez les jeunes filles sont souvent des grossesses à risque. La morphologie des adolescentes ne permet pas toujours un accouchement par voie basse car leur bassin est trop étroit. Si le recours aux soins obstétricaux tels que la césarienne est trop tardif, voire inexistant, un certain nombre de conséquences sanitaires néfastes peuvent survenir. La fistule obstétricale est une de ces complications.

- La limitation de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Le recours rapide aux soins obstétricaux comme la césarienne permet de prendre en charge les accouchements dystociques et d'éviter les complications qui y sont liées. Or, en Afrique Sub-saharienne, l'accès aux soins obstétricaux d'urgence est très limité, particulièrement en milieu rural, tant du côté de l'offre que de la demande de services.

En plus des dommages causés sur la santé des femmes, la fistule entraîne des conséquences sociales graves. En effet, les femmes victimes de fistules sont bannies de leurs communautés qui les considèrent comme impures et comme ayant été touchées par « le mauvais sort ». Elles sont condamnées à vivre hors de la communauté, isolées à l'écart de leur famille.

Bien que réparer chirurgicalement une fistule soit possible, peu de femmes ont accès aux soins par manque d'informations et/ou de moyens. Certaines femmes vivent avec cette pathologie pendant de nombreuses années avant d'avoir accès à un traitement. Les femmes « fistuleuses » sont très difficiles à identifier. Elles sont contraintes de vivre hors de leurs communautés qui les

éloignent car la fistule obstétricale est considérée comme une maladie honteuse.

Pourtant, la fistule n'est pas une fatalité et peut être évitée par des comportements positifs en faveur de la santé et des droits sexuels et de la procréation. En plus du traitement chirurgical, il est donc important d'allier prévention, information et réinsertion sociale une fois la fistule réparée ainsi qu'une approche genrée. Il est important de souligner également que les femmes guéries d'une fistule sont des porte-paroles incontournables dans leurs communautés.

Un certain nombre d'acteurs se sont mobilisés pour éradiquer la fistule obstétricale, notamment à travers la campagne d'éradication des fistules développée par le FNUAP lancée en 2003. Equilibres & Populations fait partie des organisations qui se sont fortement impliqués sur le sujet en collaborant avec des gynécologues, des urologues et des sages femmes compétents en la matière.

Des résultats tangibles ont été obtenus. Mais le chantier d'éradication de la fistule est vaste et la problématique complexe. Au niveau d'Equilibres & Populations, faire le bilan des activités et engager une réflexion approfondie s'impose.

Historique de l'action d'Equilibres & Populations sur les fistules :

La problématique des fistules est au cœur des préoccupations d'Equilibres & Populations depuis le début des années 2000. Elle a constitué une des thématiques phares du plaidoyer en direction des décideurs politiques français pour mobiliser davantage la France sur les enjeux liés à la santé maternelle en Afrique. En 2004, ce travail actif de plaidoyer a abouti à la mise en œuvre d'un premier projet pilote supervisé par le Ministère des Affaires étrangères. Ce projet a permis de mobiliser les « fistulologues » du réseau d'Equilibres & Populations et d'organiser une première mission de réparation des fistules à l'hôpital du point G à Bamako. Suite à cela, un projet de plus grande ampleur s'est développé de 2007 à aujourd'hui financé par le Fonds de solidarité prioritaire (FSP) « santé des femmes » du MAEE.

Parallèlement à ces projets, s'est tenue, le 15 février 2007, une rencontre phare pour le développement des actions dans le domaine des fistules chez Equilibres & Populations. En effet, le Collège des gynécologues et obstétriciens de France et l'Association française d'urologie se sont rapprochés pour former un groupe de travail qu'Equilibres & Populations a eu pour rôle de coordonner. Cela a permis d'engager et de positionner davantage EquiPop et le groupe de travail dans la lutte contre les fistules obstétricales en Afrique de l'Ouest.

Dans ce cadre, depuis 2005, ce sont 11 missions qui ont été organisées et menées au Mali et en Mauritanie durant lesquelles des femmes souffrant de fistules ont pu être opérées. Près de 200 femmes ont bénéficié de ces actions et les gynécologues et urologues africains ont pu renforcer leurs compétences au côté de leurs confrères français.

Le projet associatif d'Equilibres & Populations a récemment évolué et il a été décidé de se baser sur les actions menées jusqu'à aujourd'hui pour élaborer un programme plus large intégrant la prévention et la réinsertion sociale au traitement des fistules ainsi qu'une approche genre pertinente. En outre, la situation de crise qui prévaut au Mali et en Mauritanie a amené Equilibres & Populations à vouloir développer ce programme sur le long terme dans un pays plus stable politiquement.

Justifications :

Les financements du FSP « santé des femmes » sont arrivés à échéance. EquiPop n'a donc actuellement plus de fonds disponibles pour organiser l'envoi d'urologues/ gynécologues en Afrique pour effectuer des missions de réparation chirurgicale.

Cette année, la refonte du projet associatif d'Equilibres & Populations a donné lieu à une réflexion sur les projets à développer, sur les objectifs à atteindre et les stratégies à mettre en œuvre. L'intervention d'EquiPop sur la thématique des fistules fait partie des projets terrain phares de la maison et l'équipe souhaite y investir davantage de temps et de ressources humaines

et financières. Continuer à agir sur les fistules est cohérent avec le focus mis aujourd'hui par EquiPop sur les jeunes filles en situation de vulnérabilité. En effet, rappelons que les fistules touchent majoritairement des filles jeunes, en milieu rural, vivant dans des situations de grande pauvreté. EquiPop dispose de partenaires en Afrique de l'Ouest formés et expérimentés aux actions visant à améliorer la situation des jeunes filles et des femmes dans leurs contextes respectifs. Capitalisant sur les expériences passées, forts des compétences rassemblées autour de la thématique (urologues, gynécologues, ONG partenaires) et tenant compte de la situation particulière des femmes fistuleuses, il a été décidé de poursuivre le projet « fistules » tout en le renforçant à travers une action plus globale et intégrée. Il est en effet question d'ajouter à la prise en charge chirurgicale un volet de sensibilisation, de prévention et un volet réinsertion sociale. L'intégration d'une approche genre pertinente est également un axe envisagé.

Les missions au Mali et en Mauritanie sont désormais difficilement envisageables à cause de l'instabilité sécuritaire de plus en plus préoccupante dans le nord du Sahel. Une intervention plus globale et de longue durée doit donc être pensée dans un pays de la sous-région ouest africaine où la situation est plus stable. Le Bénin a été choisi comme terrain d'investigation.

Descriptif de la mission :

Cette mission exploratoire est une première étape vers l'élaboration d'un vaste projet sur les fistules obstétricales au Bénin et, plus largement, en Afrique de l'ouest Sub-saharienne. Dans ce cadre, et conformément aux recommandations du Ministère des Affaires étrangères français, le terrain de la mission sera exclusivement concentré dans la ville de Cotonou et ses environs. Aucun déplacement en dehors de cette zone n'est prévu.

Pour répondre à une visée véritablement exploratoire, la mission se veut indépendante et ne s'effectuera sous la houlette d'aucun partenaire dans le pays. Equilibres & Populations se réserve la possibilité d'organiser ou de modifier l'agenda de la mission en fonction des opportunités ou éventuels changements et de rencontrer tous les acteurs lui semblant pertinents. Toutefois, afin d'enrichir le contenu de l'investigation, des conseils et recommandations d'experts et partenaires seront recherchés. La mission sera également prête à s'investir dans les activités qui lui seront proposées par les partenaires dans le courant du séjour au Bénin.

La mission vise l'exhaustivité. Aussi, elle durera une dizaine de jours durant lesquels sera rencontré un large panel d'acteurs ayant un lien avec les objectifs de la mission et un maximum d'informations seront récoltées selon les critères définis ci-dessous (voir paragraphe : principales questions pour guider la mission).

Objectifs de la mission :

- Objectif général :

Formuler les recommandations pertinentes pour développer un projet portant sur les fistules obstétricales en Afrique de l'Ouest francophone qui intègre prévention, formation, traitement et réinsertion sociale des femmes.

- Objectifs spécifiques :

1/ Identifier et analyser les opportunités/ possibilités de développement d'un projet intégré sur le long terme dans le pays choisi.

2/ Dresser un bilan actualisé des actions, des politiques menées et des compétences dans le pays sur les fistules obstétricales (et plus largement sur la santé maternelle et infantile).

3/ Identifier et rencontrer les principaux acteurs/ forces en présence.

4/ Identifier et analyser le tissu associatif œuvrant dans le domaine de la santé maternelle et infantile.

5/ Comprendre le fonctionnement du système de santé et du système de référencement entre structures hospitalières.

6/ Récolter des données pertinentes sur la fistule obstétricale (prévalence, causes et conséquences, identification des femmes fistuleuses...).

Résultats attendus :

- Les possibilités de développer un projet plus vaste et intégré portant sur les fistules obstétricales sont évaluées ;
- Des données fiables sur les fistules obstétricales ont été récoltées ;
- Les acteurs travaillant dans le domaine de la santé maternelle et infantile et des fistules obstétricales ont été identifiés et les principaux contacts ont été rencontrés ;
- L'analyse du tissu associatif œuvrant dans le domaine de la santé maternelle et infantile/ santé et droits sexuels et de la procréation a été effectuée et des contacts ont été pris ;
- Des visites au sein des communautés ont été effectuées et ont permis de développer des contacts ;
- Les structures médicales qui effectuent la prise en charge de la fistule obstétricale sont identifiées et répertoriées ;
- Le fonctionnement du système de santé et de son système de référencement est compris et mis en perspective dans la cadre d'un futur projet « fistule » ;
- Les actions visant à éradiquer les fistules sont identifiées ;
- Des pistes sont dessinées pour élaborer un projet global et intégré de lutte contre la fistule obstétricale.

Principales questions pour guider la mission :

Pour certaines de ces questions nous disposons déjà de connaissances et hypothèses que la mission confirmera ou infirmera.

Axe 1 : Politiques et programmes

- Quelles sont les actions et les politiques déjà existantes au Bénin dans le domaine de la santé maternelle et infantile et quels manques est-il nécessaire de combler ?
- Existe-t-il une politique nationale clairement définie pour éradiquer les fistules ?
- Ces politiques sont-elles effectives ou instrumentalisées ?
- Quelles sont les actions dans le pays œuvrant spécifiquement dans le domaine de la fistule ?
- Plus spécifiquement, qu'est-ce qui existe en matière de prévention, formation, traitement et réinsertion sociale ? Où se situent les manques ?
- Existe-t-il un projet/ une expérience pilote qu'il serait pertinent de renforcer ?

Axe 2 : environnement social, économique et culturel

- Dans quelle(s) zone(s) est-il le plus pertinent d'intervenir (rurale/ urbaine) ? (à justifier)
- Quels sont les facteurs spécifiques au Bénin qui influencent l'existence de la fistule obstétricale ?
- Quelle est la situation de la santé et des droits sexuels et de la procréation au Bénin ?

Axe 3 : Niveau communautaire

- Qui sont les acteurs coutumiers et religieux incontournables au Bénin ? Quelle(s) influence(s) ont-ils sur la santé et les droits sexuels et de la procréation ?
- Quel est le fonctionnement communautaire spécifique au Bénin et comment influence-t-il la santé et les droits sexuels et de la procréation au niveau communautaire ?
- Existe-t-il des exemples probants d'implication communautaire en faveur de l'éradication des fistules ?
- Qui sont les porte-parole principaux de l'éradication des fistules au niveau communautaire (par exemple, les femmes opérées et guéries ?) Quelle(s) influence(s) ont-ils ?
- Comment pourrait-on travailler au niveau communautaire ?

Axe 4 : Acteurs sanitaires et sociaux

- Qui sont les acteurs impliqués et comment interagissent-ils ?

- Quelles sont les compétences existantes dans le secteur de la santé sexuelle et reproductive et plus particulièrement dans le domaine de la fistule ?
- Quelles compétences manque-t-il ?
- Quelles sont les principales organisations de la société civile engagées en faveur de la santé et des droits sexuels et de la procréation et agissant plus particulièrement dans le domaine de la fistule ?
- Quels sont les facteurs pouvant potentiellement bloquer la coopération entre les acteurs ?
- Qui sont les acteurs pouvant travailler sur la prévention, la formation, le traitement et la réinsertion sociale ?

Axe 5 : Vision prospective pour l'élaboration du projet

- Il existe un grand nombre de facteurs sur lesquels il est possible d'agir pour éradiquer la fistule obstétricale, sur lesquels souhaitons-nous/ pouvons-nous agir ? Sur lesquels sommes-nous les plus légitimes pour agir ?
- De quelle manière Equilibres & Populations et ses partenaires peuvent-ils intervenir ? Avec qui ?
- Quelles synergies d'action pouvons-nous créer ?
- Quels acteurs semblent se montrer les plus ouverts à une intervention d'Equilibres & Populations ?
- Qui sont les acteurs qui devraient être concernés mais n'agissent pas ?
- Sur quelles actions/ structures pouvons-nous nous appuyer ?
- Comment pouvons-nous appuyer la prévention, la formation, le traitement et la réinsertion sociale ?
- Quels sont les pièges et les écueils à éviter ?

Méthodologie :

La mission s'effectuera à travers la conduite la conduite d'une analyse systémique et l'élaboration d'un certain nombre d'outils qui permettront de récolter les informations nécessaires :

- Elaboration d'une carte des acteurs et des enjeux de pouvoir
- Entretiens individuels et collectifs avec les différents acteurs : politiques, organisations internationales, OSC/ONG, médecins, sages-femmes, matrones, leaders communautaires, communautés, femmes... (à partir de l'élaboration de grilles d'entretiens)
- Visites de terrain : projets, hôpitaux, centres de santé... (à partir d'une grille d'observation)
- Elaboration d'une cartographie des structures sanitaires et de l'organisation du système de santé
- Elaboration d'un répertoire des compétences médicales et des opportunités de formation (intégrant les ressources et les manques)
- Revue documentaire et récolte des données sur les fistules et la santé maternelle et infantile (à partir de l'élaboration d'une grille de recueil)
- Recueil d'avis d'experts

Principales cibles/ personnes à rencontrer :

(A compléter)

- ONG/OSC travaillant dans le domaine de la santé et droits sexuels et de la procréation (A définir avec Céradis)
- Organisations internationales, agences de développement (UNFPA, Unicef, Banque mondiale, coopérations bilatérales, DCE...)
- Médecins, gynécologues, urologues (Pr Akpo, Pr Perrin...)
- Sages-femmes, matrones des centres de prise en charge
- Les acteurs politiques (Ministre de la Santé, DSF, école de santé publique...)
- Femmes victimes de fistules ou réparées
- Leaders communautaires
- Bailleurs de fonds potentiels

Moyens mis à la disposition des participants :

Equilibres & Populations veillera à loger les participants de la mission dans un lieu sécurisé. Il sera mis à la disposition des participants un véhicule avec chauffeur pour les déplacements professionnels.

Agenda de la mission :

A définir selon les prises de rdv

10 jours seront consacrés à la mission. Les participants seront présents sur le terrain à différents moments :

Aurélie Desrumaux : du 8 au 19 avril

Béatrice Cuzin : du 16 au 19 avril

La première semaine seront privilégiées les rencontres avec les OSC/ONG, organisations internationales, bailleurs de fonds et les activités en coopération avec la mission « FNUAP ».

La seconde semaine seront privilégiées les rendez-vous avec les politiques et les visites des structures sanitaires.

Livrables :

- Un rapport détaillé de 20 pages maximum détaillant le contenu de la mission, les résultats obtenus, les conclusions et les recommandations justifiées ;
- Un résumé de ce rapport de 5 pages maximum reprenant un bref descriptif de la mission et les principales recommandations ;
- Une clé USB contenant tous les documents utiles et les photos prises durant la mission ;
- Les comptes-rendus de sessions de cadrage et de restitution de la mission.

ANNEXE II

2. Compte rendu de réunion du 17 janvier 2013

Compte- rendu de la réunion « fistules » du 17 janvier 2013
--

16h-18h, Equilibres & Populations

Participant-e-s :

- Béatrice Cuzin
- Aurélie Desrumaux
- Claude Dumurgier
- Jean-Pierre Fievet
- Aurélie Gal-Régniez
- Alain Le Duc
- Raymond Namar
- Eric Peterman
- Marie-Claude Tesson Millet

Objectifs de la réunion :

- ✓ Présenter le contexte et le projet associatif d'Equilibres & Populations ;

- ✓ Présenter les enjeux de la poursuite d'un projet « fistules » en Afrique de l'Ouest et de la mission exploratoire à la lumière des termes de référence (TDR) proposés ;
- ✓ Discuter et trouver un consensus sur les TDR de la mission exploratoire ;
- ✓ Choisir un pays dans lequel aura lieu la mission exploratoire ;
- ✓ Discuter de la période envisagée pour la mission exploratoire et des participants disponibles pour y participer.

Eléments de discussion :

Validation des termes de référence de la mission exploratoire :

Après un rappel des objectifs et du contexte de la rencontre (évolution du projet associatif d'EquiPop, volonté de continuer à travailler sur les fistules, perspective d'élaboration d'un projet plus large intégrant prévention, chirurgie et réinsertion sociale), le groupe a échangé sur les termes de référence de la mission exploratoire proposés par Equilibres & Populations.

Cette mission exploratoire a pour objectif de récolter les éléments pertinents permettant de développer un projet intégré sur les fistules obstétricales. Il s'agit d'une mission conjointe qui associera salarié-e-s et membres d'Equilibres & Populations.

Les objectifs et les résultats attendus de la mission exploratoire ne sont pas novateurs mais recouvrent un programme assez large pour déterminer les paramètres d'un projet intégré sur les fistules. Il s'agira ici de considérer les apports d'Equilibres & Populations et les savoir-faire des membres comme un tout dans le cadre de la mission mais aussi de la mise en œuvre et du suivi du futur projet.

Il a été souligné qu'intégrer prévention, prise en charge et réinsertion sociale est un travail énorme, surtout en ce qui concerne le volet obstétrique. L'expérience de MDM en atteste : l'obstétrique peut vite prendre le dessus sur les autres volets du projet. Il sera donc important de savoir où souhaite-t-on s'arrêter.

Les discussions ont permis de s'entendre sur :

- **La volonté de développer un projet intégré s'inspirant de l'expérience acquise au fil des années par EquiPop et les membres impliqués dans le domaine des fistules ;**
- **La conduite d'une mission exploratoire et les termes de référence proposés par EquiPop.**

Choix du pays dans lequel se déroulera la mission :

Les deux pays envisagés pour la mission exploratoire étaient le Bénin et le Burkina Faso. Une première revue de littérature couplée à quelques entretiens téléphoniques a permis de décrire brièvement le contexte de la lutte contre les FO dans les deux pays.

Voir tableau ci-dessous :

	BURKINA FASO	BENIN
Niveau de mobilisation politique actuelle sur la thématique (plan santé maternelle, institutions dédiées, positionnement...)	Ministère de la Santé et Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME). Un programme qui s'inscrit dans les nombreux programmes en faveur de l'amélioration de la santé maternelle et infantile.	Ministère de la Santé, Direction de la Santé et de la Famille (DSF) et UNFPA. Un programme en accord avec les politiques en faveur de la santé maternelle et infantile.

	Mais encore beaucoup de lacunes dans la lutte contre les fistules. Difficile coordination du travail entre institutions gouvernementales et société civile.	Mais manque de financement pour la mobilisation communautaire.
Existence d'une stratégie nationale d'éradication ou de lutte contre les FO et degré de mise en œuvre effective	Un programme national de lutte contre les FO 2011/2015. Il comprend les volets prévention/ PEC chirurgicale/ Réinsertion sociale. Il s'agit du second programme (2008/2010)	Une stratégie nationale de lutte contre les FO 2007/2015. Elle comprend les volets Prévention/ PEC chirurgicale/ Réinsertion sociale
Projets / actions et organismes intervenants déjà sur la thématique « fistule » (ONG, associations, bailleurs de fonds, organisation internationale, coopération bilatérale...)	<u>ONG / associations</u> Fondation RAMA : Ouagadougou ONG Sentinelles : Zone de Fada N'Gourma (collaboration avec Tanguiéta pour les opérations) FCI : Sahel Autour de l'Enfant (ADE): Boromo	<u>ONG / associations</u> Ordre de Malte : Djougou Africa Mercy : bateau au large des côtes Béninoises, Engender Health GFMER : Tanguiéta Céradis (partenaire d'EquiPop): partenaire de l'UNFPA dans le programme national « fistules »
	<u>Organisations internationales</u> UNFPA, OMS, UNICEF	<u>Organisations internationales</u> UNFPA, OMS, UNICEF
	<u>Coopérations bilatérales</u> Grand Duché du Luxembourg	<u>Coopérations bilatérales</u> Programme PASMI avec financements AFD : accès aux SOU (notamment césarienne)
	Autres	Autres
Existence de structures de prise en charge des fistules ? Niveau de compétences?	CHUSS de Bobo Dioulasso et CHR de Fada désignés comme centres nationaux de prise en charge CHR de Dori équipé et renforcé pour la prise en charge des fistules obstétricales. Certains centres de santé du secteur public et privé (CMA de Boromo, de Houndé, du secteur 22 de Bobo, Clinique Saint Marc, Clinique Eliot) assurent des activités de cures de fistules obstétricales.	CHNU de Cotonou CHD de Parakou Hôpitaux de Tanguiéta et de Bembèrèkè Personnels de santé très limités et concentration d'urologues sur Cotonou.

	Personnels formés pour la PEC de la fistule et plateau technique insuffisants.	
Conditions à la mise en place d'un « projet pilote intégré» (Prévention/ traitement/ réinsertion versus chirurgie uniquement)	<ul style="list-style-type: none"> - Création de centres d'hébergement pour les femmes fistuleuses - Amélioration de la formation des urologues et gynécologues - Amélioration du plateau technique des centres de prise en charge - Donner plus de places aux OSC et à la mobilisation communautaire - Meilleure coordination des actions entre tous les acteurs impliqués - Renforcer l'approche genre dans le programme national <p>Existence au BF du bureau d'EquiPop</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Donner plus de place aux OSC et à la mobilisation communautaire (grand oubliée de la mise en œuvre du programme national) - Meilleure coordination des acteurs impliqués et des actions entreprises - Transfert de compétences et formation des urologues et gynécologues sur place - Renforcer l'approche genre dans la stratégie nationale

Compte-tenu de l'avenir sécuritaire incertain du Burkina Faso et du contexte béninois en matière de lutte contre les FO, **il a été décidé de mener la mission exploratoire au Bénin.**

Choix de la période et des participant-e-s :

La mission pourra être concomitante à celle de Claude Dumurgier et Alain Le Duc commanditée par l'UNFPA, c'est à dire début avril.

Une semaine de mission sur place sera un minimum.

Les participant-e-s à la mission seront : Béatrice Cuzin, Aurélie Desrumaux, Claude Dumurgier et Alain Le Duc. Florence Francillon, sage-femme et vice présidente de Gynécologie sans Frontières sera contactée pour prendre part à la mission si ses disponibilités le lui permettent.

Béatrice Cuzin sera la personne référente pour le projet « fistule » au sein des membres d'Equilibres & Populations.

Le Professeur Serigne Magueye Gueye du Sénégal sera contactée par Béatrice Cuzin avant la mission exploratoire.

Prochaines étapes :

- ⇒ Actualiser les TDR de la mission exploratoire : Aurélie Desrumaux ;
- ⇒ Prendre au contact avec l'UNFPA et les acteurs identifiés au Bénin : Aurélie Desrumaux et membres ;
- ⇒ Prendre contact avec le Pr Gueye : Béatrice Cuzin et Aurélie Desrumaux ;
- ⇒ Contacter Florence Francillon : Aurélie Desrumaux et Béatrice Cuzin ;

ANNEXE III

3. Guide d'entretien

Guide d'entretien, mission exploratoire « Fistules », Bénin, 8 au 19 avril 2013

Nom et prénom de la personne
interrogée :

Fonction et
structure :

Date et lieu de
l'entretien :

Durée de
l'entretien :

Rappel de l'objectif général de l'étude : Formuler les recommandations pertinentes pour développer un projet portant sur la prévention primaire et secondaire des fistules obstétricales en Afrique de l'Ouest francophone qui intègre prévention, formation, traitement et réinsertion sociale des femmes.

Contexte (à développer en introduction du rendez-vous):

Bonjour, je m'appelle Aurélie Desrumaux et je suis chargée de programmes pour l'ONG française Equilibres & Populations. J'effectue une mission exploratoire sur la prévention, la prise en charge et la réparation des fistules obstétricales (FO) au Bénin et je souhaiterais vous poser quelques questions sur ce sujet.

L'entretien durera environ une heure. Etes-vous disponible pendant ce laps de temps ?

N.B : Pour chaque question, si la personne interviewée est hésitante, nous tenterons d'être rassurant et de l'inviter à s'exprimer librement. Nous tenterons d'instaurer un climat de confiance et de ne pas influencer les réponses apportées.

Nous tenterons d'être flexibles et d'effectuer des relances, même si l'enquêtée ne suit pas l'ordre des questions. Nous tenterons au maximum d'avoir en tête la grille d'analyse, pour poursuivre sur la base des informations que nous donnera la personne et avoir l'impression de mener une discussion et non un entretien.

Au besoin, des questions survenant suite à une réponse donnée et n'étant pas dans le guide pourront être ajoutées.

Phase 1 : L'implication sur la fistule obstétricale de la personne interviewée

Objectif :

⇒ Connaître le niveau d'implication de la personne dans la lutte contre les FO.

⇒ Mieux cerner l'interlocuteur/trice.

Questions principales :

- ❖ Comment définiriez-vous votre action en faveur des fistules ?

Questions associées :

- ❖ Dans le domaine de la FO, quelle est votre action et avec qui travaillez-vous ?
- ❖ Quelle est la finalité de votre action dans le domaine de la FO ?

Phase 2 : L'environnement social, sanitaire, économique et culturel

Objectifs :

- ⇒ *Obtenir des informations complémentaires à la revue de littérature sur le contexte culturel sanitaire et socioéconomique du Bénin.*
- ⇒ *Voir quels sont les facteurs mis en avant par les personnes interrogées pour expliquer la FO (et les confronter à la revue de littérature).*
- ⇒ *Obtenir des informations sur les différentes zones du Bénin concernant les FO.*

Questions principales :

- ❖ D'après vous, quels sont les trois principaux facteurs qui influencent la survenue des FO spécifiquement au Bénin ? (Relance : pouvez-vous illustrer votre propos par des exemples ?)
- ❖ Auriez-vous des pistes de solution à proposer ?
- ❖ Selon vous, quelles sont les zones du Bénin dans lesquelles il serait le plus pertinent d'intervenir pour éliminer les FO ? Pour quelles raisons ?

Questions complémentaires :

- ❖ Les facteurs explicatifs de la FO ont-ils un lien avec la situation de la santé et les droits sexuels et procréatifs au Bénin ?
- ❖ Le fonctionnement du système de santé est-il un facteur aggravant pour la survenue des FO ? Pourquoi ?
- ❖ Y'a-t-il des zones plus touchées par la FO au Bénin ? Si oui, en connaissez-vous les raisons ?

Phase 3 : Les politiques et programmes concernant la FO :

Objectifs :

- ⇒ *Savoir quels sont les programmes d'action menés dans le domaine de la FO au Bénin.*
- ⇒ *Savoir quel est le cadre programmatique et législatif dans lequel interviennent les acteurs travaillant sur la FO.*
- ⇒ *Savoir si ce cadre est connu des acteurs et quel est le degré de connaissance.*

Questions principales :

- ❖ Pouvez-vous nous dire quelles sont les politiques développées au niveau national en faveur de la santé et des droits sexuels et de la procréation ? De la santé maternelle et infantile ?
- ❖ Existe-t-il une loi contre le mariage précoce au Bénin? Si oui, selon vous, est-elle appliquée ?
- ❖ Existe-t-il un programme national d'éradication des FO ?
- ❖ Quelles sont les programmes d'action que vous connaissez au Bénin et qui ont pour objectif l'élimination des fistules ? (Relance : pouvez-vous nous donner des exemples plus précis ?)
- ❖ D'après vous, ces actions méritent-elles d'être renforcées ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

Questions associées :

- ❖ Plus spécifiquement, pouvez-vous nous dire ce qui existe au niveau de la prévention, prise en charge et réinsertion sociale pour éliminer les FO ?
- ❖ Existe-t-il des formations spécifiques sur les FO ? (Relance : pouvez-vous être plus précis ?)

Phase 4 : Les acteurs sanitaires et sociaux

Objectifs :

⇒ *Affiner/ compléter la carte des acteurs et l'inventaire des compétences.*

⇒ *Définir quels acteurs sont cités le plus souvent et quels autres acteurs le sont moins.*

Questions principales :

- ❖ Pouvez-vous me citer les principaux acteurs intervenant dans le domaine de la FO que vous connaissez (Relance : y'en a-t-il d'autres ?) ?
- ❖ Ces acteurs travaillent-ils ensemble ? Si oui, comment ? Si non, pour quelles raisons ?
- ❖ D'après vous, quelles sont les principales organisations de la société civile qui agissent dans le domaine de la FO ? Que font-elles exactement ? (Relance : de manière plus large, quelles sont les principales OSC agissant dans le domaine de la santé maternelle ?)
- ❖ Quelles sont les compétences médicales existantes dans le pays pour la prise en charge de la FO ?

Questions associées :

- ❖ Plus spécifiquement, qui sont les acteurs qui travaillent dans le domaine de la prévention, du traitement et de la réinsertion sociale des personnes souffrant de FO au Bénin ?

Phase 5 : Le milieu communautaire

Objectifs :

- ⇒ *Affiner/ compléter la cartes des acteurs.*
- ⇒ *Affiner la compréhension du fonctionnement communautaire et son rôle dans la survenue des FO pour mieux cibler les actions futures.*
- ⇒ *Obtenir des éléments pour faciliter la prévention et la réinsertion des femmes.*

Questions principales :

- ❖ Comment le fonctionnement communautaire influence-t-il la santé et les droits sexuels au Bénin ? (Relance : pouvez-vous nous donner quelques exemples ?)
- ❖ Connaissez-vous des exemples d'implication communautaire au Bénin en faveur de l'élimination des FO ? Ou ayant pu contribuer à l'élimination des FO (contre le mariage précoce, accès à la contraception par exemple) ?
- ❖ Qui sont les principaux porte-parole de l'éradication de la FO au Bénin ? (Relance : en connaissez-vous d'autres ?)
- ❖ Selon vous, comment agir le plus efficacement pour réinsérer socialement une femme réparée d'une FO au sein de sa communauté ?
- ❖ A votre avis, comment pourrait-on travailler efficacement avec les communautés pour prévenir la FO ? Et pour prendre en charge les femmes qui en sont victimes ? (Relance : pouvez-vous être plus précis ?)

Questions associées :

- ❖ Qui sont les acteurs communautaires et religieux au Bénin pouvant avoir une influence sur l'éradication de la FO ?
- ❖ Connaissez-vous des femmes anciennes fistuleuses opérées ou réparées prêtes à témoigner ?

Phase 6 : Vision prospective pour l'élaboration d'un projet intégré

Objectifs :

- ⇒ *Définir les possibilités d'action d'Equilibres & Populations.*
- ⇒ *Voir comment faire le lien entre prévention, formation, traitement et réinsertion.*

⇒ *Savoir quel domaine (prévention, traitement, formation, réinsertion) est le mieux développé au Bénin et inversement.*

⇒ *Savoir quels acteurs se montrent les plus ouverts et coopératifs à une intervention de notre part.*

Questions principales :

- ❖ *A votre avis, quels types d'action l'ONG Equilibres & Populations pourrait mener au Bénin pour développer un projet intégré (prévention, traitement, réinsertion sociale) ?*
- ❖ *Avec quels acteurs pourrions-nous travailler ?*
- ❖ *Y'at-il des conseils que vous souhaiteriez nous donner ?*

Questions associées :

- ❖ *Quel(s) manque(s) est-il le plus important à combler au Bénin pour faciliter l'éradication des fistules ?*
- ❖ *Entre prévention, formation, traitement et réinsertion sociale, quel est le secteur le mieux développé ? Le moins développé ? Pourquoi ?*

Nous arrivons au terme de la discussion. Merci beaucoup pour votre collaboration. C'était très intéressant. J'espère que vous avez apprécié cette discussion.

Auriez-vous quelque chose à ajouter ? Une question que nous n'avons pas abordée ?

Une remarque sur l'entretien ? Avez-vous trouvé cela intéressant ? Pertinent ?

Seriez-vous d'accord pour que nous continuions cette discussion lors d'un autre entretien ?

Résumé des thématiques principales :

1. Implication de la personne interrogée dans le domaine des FO
2. Les politiques au niveau national
3. Les programmes/actions développées au Bénin
4. Les facteurs influençant la survenue de la FO au Bénin
5. Les différents acteurs sanitaires, sociaux et communautaires
6. L'intervention d'Equilibres & Populations

ANNEXE IV

4. Liste des personnes rencontrées pendant la mission exploratoire au Bénin

Structure	Nom/Prénom	Fonctions	Mails	Téléphone
ONG Aldipe	Tossa Bernardin	Socio anthropologue	berntos@yahoo.fr	+229 96 57 75 96 +229 95 52 22 43
UNICEF	Quenum Alban	Spécialiste santé	aquenum@unicef.org	+229 21 30 02 66 +229 97 92 68 67
UNFPA	Keita Diene	Représentante	keita@unfpa.org	+229 66 66 06 36
AFD	Kouton Ghislain	Chargé de projets	koutong@afd.fr	+229 21 31 34 53
Sœurs salésiennes	Melani Elena	Coordinatrice, maison de l'Espérance	maison.esperance@yahoo.fr	+229 96 12 34 21 +229 97 53 21 06
Institut de médecine tropicale	Richard Fabienne	Sage-femme	frichard@itg.be	32 3 247664
CNHU	Akpo César	Urologue	akpocesar@yahoo.fr	+229 21 30 50 19 +229 90 03 86 32
CNHU	Takpara Issifou	Gynécologue-obstétricien	takparaissoufou@hotmail.fr	+229 21 33 05 18
Association béninoise des sages-femmes	Monteiro Laurence	Présidente	saslolo@yahoo.fr	+229 97 98 02 43
DSME	Ahounou Gaston	Médecin épidémiologiste, chef de service planification familiale, santé des adolescents et jeunes	Ahoudes2001@yahoo.fr	+229 97 27 99 57
Homel	Perrin René Xavier	Professeur, gynécologue-obstétricien	perrinx@yahoo.fr	+229 21 31 39 13 +229 95 81 47 69
Association béninoise pour la planification familiale	Cledjo Edgard	Directeur exécutif	cledjoedg@hotmail.com	+229 21 32 00 49 +229 95 96 44 12
OMS	Gbenou Dina	Médecin, conseillère FHP	gbenoud@bj.afro.who.int	+229 97 29 05 53
URC-CHS	Akogbeto Marthe	Directrice	makogbeto@urc-chs.com	+229 96 22 78 48 +229 21 31 62 48
DSME	Agbouhi	Médecin,	oagbohoui@yahoo.fr	+229 97 07 42 27

	Houinato Olga	Directrice		
Céradis	Badou Franck	Socio- anthropologue		
Céradis	Adjibade Nourou	Directeur		
Hôpital de Nikki	Mama Adamou Bouraïma	Directeur	mamaadamou@yahoo.fr	+229 97 09 05 09 +229 95 27 96 42
CNHU	De Souza José	Gynécologue- obstétricien		
Ministère de la Santé	Akoha Justin	Médecin chef de district, Cotonou 2 et 3	aktintino@yahoo.fr	+229 97 11 28 82
Homel/ DSME	Houunkpatin Benjamin	Professeur Assistant de gynécologie obstétrique, médecin appui au service de santé maternelle et infantile (DSME) Gynécologue- obstétricien (Homel)	bhouunkpatin@yahoo.fr	+229 95 36 52 60 +229 97 00 70 04
PSI	Aplogan Philomène	Chêfe de service santé intégrée	aplophile@yahoo.fr	+229 96 33 02 25
Hôpital de Nikki	Daraté René	Chirurgien	rdarate@yahoo.fr	
Université catholique de Louvain	Maulet Nathalie	Chercheure/ doctorantes	nathalie.maulet@uclo uvain.be	
UCAD	Gueye Magueye Serigne	Professeur/ urologue	serigne.gueye@ucad. edu.sn	+221 77 639 93 58
UNFPA	Amar Lemine	Chirurgien	amar@unfpa.org	

Ne pas supprimer cette page ni ce cadre qui n'est pas imprimé

RESUME

La fistule obstétricale est l'apparition d'une communication anormale entre le vagin et la vessie ou entre le vagin et le rectum due à nécrose des tissus suite à un accouchement anormalement long. Elle entraîne une incontinence des urines ou des selles qui s'écoulent par le vagin. Au moins 2 millions de femmes vivent avec une fistule obstétricale dans les pays en développement et, chaque année, l'OMS estime que surviennent 100 000 nouveaux cas.

L'ONG Equilibres & Populations souhaite développer un projet intégrant « prévention », « traitement » et « réinsertion sociale » visant à éliminer la fistule au Bénin. Notre mission a consisté à en définir les bases à travers la redynamisation du groupe « fistules » de l'ONG, une analyse situationnelle au Bénin et l'élaboration de recommandations.

Le groupe « fistules » dont dispose Equilibres & Populations ainsi que les données récoltées au Bénin sur la fistule sont des atouts pour développer un futur projet intégré. Toutefois, impliquer de nouveaux membres dans le groupe et favoriser l'émergence d'un cadre de communication et de concertation sont essentiels pour en assurer un fonctionnement dynamique. En outre, Des questions émergent quant à l'intervention d'EquiPop au Bénin qui s'avère être un environnement plutôt complexe dans le domaine des fistules.

MOTS CLEFS : FISTULES OBSTETRICALE, SANTE, FEMMES, ACCOUCHEMENT, BENIN, PROJET

ABSTRACT

Obstetric fistula is a medical condition in which a hole develops between the vagina and the bladder or between the vagina and the rectum due to tissue necrosis following an abnormally long childbirth. It triggers urinary or fecal incontinence. At least two million women are living with obstetric fistula in developing countries. WHO estimates that 100,000 new cases emerge every year.

The NGO Equilibres & Populations aims at developing a project integrating "prevention", "treatment" and "social reintegration" with a view to eliminating fistula in Benin. Our mission consisted of building the foundations of the project through the reactivation of the NGO's Fistula group, a situational analysis and the writing of recommendations.

The existence of the Fistula group within Equilibres & Populations as well as the data collected in Benin are major assets to later develop an integrated project. However, it is crucial that new members get involved in the group and that a communication framework is built in order to ensure a dynamic functioning. Moreover, questions have emerged regarding EquiPop's intervention in Benin, where the context around the fistula issue turns out to be rather complex.

KEYWORDS : OBSTETRIC FISTULA, HEALTH, WOMEN, DELIVERY, BENIN, PROJECT

INTITULE ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

ONG Equilibres & Populations

75, rue des Saints Pères

75006 Paris

www.equipop.org