



Intégration du traitement et de la prévention de la fistule : lancement d'une maternité en Sierra Leone

QU'EST CE QUE LA FISTULE ?

La fistule obstétricale est une blessure d'accouchement, se produisant habituellement lorsqu'une femme est en travail trop longtemps, ou lorsque l'accouchement est obstrué, et qu'elle n'a pas accès à une césarienne. Elle subit des blessures internes qui la rendent incontinente, libérant de l'urine et parfois de la matière fécale à travers le vagin.

Fistula Care a comme tâche d'empêcher la survenance de la fistule, mais aussi traite et soigne les femmes atteintes de la fistule, et les aide à se réadapter et se réinsérer dans la société. Pour de plus amples informations sur la fistule et le projet Fistula Care, visitez le site web suivant : www.fistulacare.org.

www.fistulacare.org

Introduction

Aberdeen Women's Centre a été créée pour poursuivre l'offre de services de réparation de la fistule obstétricale à Freetown, Sierra Leone, suite au départ en 2004 d'un navire-hôpital dénommé Mercy Ships. Connu auparavant sous le nom d'Aberdeen West Africa Fistula Centre et dirigé par Mercy Ships, le centre privé porte à présent le nom d'Aberdeen Women's Centre (AWC) et est géré par la Fondation Gloag. AWC reçoit le soutien financier de la Fondation Gloag et d'autres organisations dont l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), à travers le Projet Fistula Care d'EngenderHealth.

En 2005, l'AWC a démarré une clinique offrant des services de consultation et de vaccination pour les enfants âgés de moins de 12 ans. Entre 2007 et 2010, AWC a effectué en moyenne 260 réparations de fistules et a offert ses services à plus de 7000 enfants chaque année. Les services de prévention de la fistule obstétricale se sont accrus pour inclure le counseling, la planification familiale et, à compter d'avril 2010, un service d'obstétrique pour les soins de la grossesse, le travail et l'accouchement, et la récupération post-partum.

La Sierra Leone reste l'un des pays au monde où les accouchements sont les plus risqués, avec une mortalité puerpérale estimée à 1033 pour 100 000 naissances vivantes (Hogan et al., 2010). Environ 42% des naissances sont assistées par un professionnel¹ qualifié (SSL et ICF Macro, 2009), soit 35% des naissances en milieu rural et 76% en milieu urbain (OMS, [Pas de date]).

Démarrage du service de maternité

Les services de traitement de la fistule obstétricale varient considérablement à travers le monde entier, allant des centres privés, des centres spécialisés de réparation, aux grands hôpitaux du secteur public où la réparation de la fistule constitue l'un des multiples services offerts. AWC a débuté en tant que structure dédiée uniquement à la chirurgie de la fistule traumatique et obstétricale, transformant la vie des femmes ayant reçu des soins obstétricaux inadéquats et qui sont restées incontinentes. La focalisation de l'AWC sur le traitement de la fistule est restée constante jusqu'au jour où un des membres de son personnel s'est rendu à un hôpital public pour accoucher et a perdu la vie pendant l'accouchement. A la suite de cette perte, les responsables d'AWC ont commencé à réfléchir sur l'élargissement de leur champ d'action.

Pendant plusieurs années, l'AWC a développé une vision englobant aussi bien la prévention que le traitement de la fistule. En octobre 2010, il a commencé à offrir le counseling et des méthodes de planification familiale aux patientes reçues pour fistules, afin d'aider les femmes à éviter de nouveaux préjudices et à réaliser une grossesse réussie, si toutefois elles le souhaitent. En outre, l'AWC a eu l'opportunité d'offrir une protection maternelle de qualité, ainsi empêchant l'apparition de nouveaux cas de fistules et réduisant la mortalité maternelle.

Besoins initiaux

Plusieurs préalables étaient nécessaires avant que la maternité d'AWC n'ouvre ses portes. Il s'agit des éléments suivants :

La dotation en personnel. L'AWC a recruté 10 infirmières sages-femmes agréées dont chacune a assisté à au moins 15 accouchements. Cinq d'entre elles ont récemment terminé leur

¹ Défini en tant que médecin, infirmière, sage-femme ou aide-soignante en santé maternelle et infantile.

formation, tandis que cinq autres étaient qualifiées mais ne servaient pas en tant que sage-femme. AWC a recherché des sages-femmes inexpérimentées qui seront formées aux bonnes pratiques de départ. Les entrevues de recrutement se sont focalisées sur les attitudes de la candidate, son enthousiasme, ses aptitudes en communication et sur le principe selon lequel il est plus facile d'enseigner des compétences que de changer les attitudes. Les sages-femmes à expérience limitée sont encadrées par leurs homologues spécialisées qui sont des volontaires internationaux détachés à AWC pour des périodes variables allant de six semaines à deux ans. Les obstétriciens à la retraite se sont également portés volontaires pour aider à la préparation du bloc opératoire. Suite à leur départ, AWC a établi des relations avec trois obstétriciens locaux disponibles pour effectuer des césariennes, au besoin ; AWC continue d'utiliser des obstétriciens internationaux qui ont des expériences acquises pour encadrer le personnel.

Perfectionnement du personnel. Il était primordial que les sages-femmes d'AWC partagent une compétence clinique de base. Avant l'ouverture de la maternité, AWC a consacré deux semaines au perfectionnement intensif du personnel à travers des cours magistraux et des discussions dans des salles de classe. De telles activités permettaient aux sages-femmes de partager une connaissance et une compréhension commune des attentes et des normes. AWC ne tolère aucun manque de respects envers les patientes, ou insulte proférée à leur égard de la part de son personnel.

Salle d'opération et équipements. La salle d'opération d'AWC était habituellement utilisée pour servir prioritairement aux patientes de fistules, cela veut dire que toutes les autres chirurgies étaient non urgentes. En revanche, le service de maternité avait besoin d'une salle d'opération pour les services d'urgence 24h/24 ; ce qui avait des répercussions sur le personnel de la salle d'opération et avait entraîné le développement de politiques spécifiques de chirurgie obstétricale. Une auberge sous-utilisée à AWC a été réfectionnée pour servir de maternité (composée de huit lits d'observation et de trois lits d'accouchement).

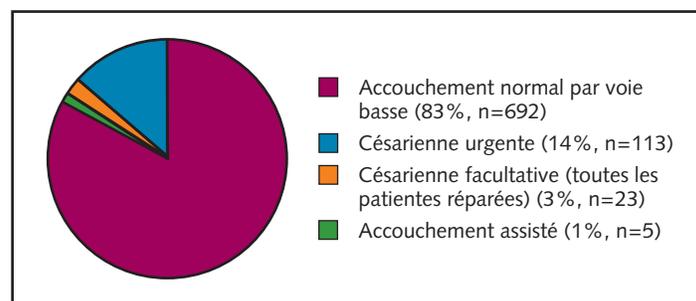
Politiques, directives et tenue des dossiers. Les premiers mois de la maternité conditionneraient son acceptation par la communauté. Ainsi, dès le départ, AWC s'est engagé pour des pratiques basées sur l'évidence et pour des services de qualité. L'établissement des attentes et des procédures claires pour les urgences et les soins de

routine était d'une importance capitale. AWC a fourni à chaque sage-femme un classeur contenant du matériel de formation et des aide-mémoires techniques. Des indications et des politiques d'urgences obstétricales ont été développés sur la base des directives de l'*Institut National pour la Santé et l'Excellence Clinique* (National Institute for Health and Clinical Excellence), l'*Organisation Mondiale de la Santé* (the World Health Organization), le *Programme d'Education Périnatale* (the Perinatal Education Programme), *Soutien à la Période Postnatale Tardive* (Advanced Obstetric Life Support) et le *Soutien à la Vie Néonatale* (Neonatal Life Support). AWC a élaboré des registres, des fichiers physiques et un système informatique de tenue des dossiers. A la fin de chaque mois, les informations sont résumées dans les registres concernant le nombre d'accouchements (par voie basse, assisté, d'urgence et césariennes facultatives), d'épisiotomies, de cas de traumatisme périnéale, de jumeaux, de mort-nés ou de décès néonataux, de cas d'hémorragies post-partum, et de déchirures au troisième ou au quatrième degré. Ces informations sont vérifiées au vu des rapports produits à partir des données de base électroniques.

Publicité. Le département de la maternité d'AWC a officiellement ouvert ses portes au cours d'un lancement présidé par Son Excellence Sia Koroma, première dame de la Sierra Leone, et Ann Gloag, fondatrice et Directrice Générale de la Fondation Gloag. Au-delà de la publicité autour du lancement, AWC n'a fait aucune annonce officielle concernant ses services : les informations se sont propagées de bouche à oreille et à travers le réseautage établi avec d'autres professionnels et institutions sanitaires.

Les services de maternité offerts
AWC offre des soins prénatals (au-delà de 20 semaines), intra-partum (accouchements par voie basse, assistés, césarienne facultative et d'urgence), et post-partum. La durée du séjour varie entre six heures (accouchement normal sans complications) et 3 à 4 jours (pour un accouchement par césarienne), ou peut être plus longue encore si toutefois elle est justifiée, pour les patientes à haut risque. Avant la sortie, les femmes sont conseillées sur les soins du nouveau-né et sur la planification

Schéma 1. Répartition des naissances à Aberdeen Women's Centre de mai 2010 à mai 2011, par type d'accouchement (n=833)



familiale. Elles reviennent sept jours plus tard pour les vaccinations du nouveau-né. AWC exige que les patientes s'inscrivent à l'avance, mais il est à noter que toute femme se présentant en état d'urgence recevra des soins.

Formation continue

AWC s'engage à offrir une formation pratique sur le tas, à faire le feedback positif tout en nourrissant des aspirations claires et grandes. Selon les paroles d'une sage-femme, « Ils nous enseignent vraiment ; ils ne nous tournent pas en dérision ». A travers l'encadrement et la formation, AWC insiste sur l'utilisation du partogramme pour contrôler le travail, la facilitation de l'accouchement normal par voie basse lorsqu'il est approprié, la réponse en temps opportun aux urgences, la gestion des soins postopératoires à la suite d'un accouchement par césarienne, et la réanimation du nouveau-né. AWC s'efforce de créer un environnement propice à l'apprentissage, en collaboration avec les superviseurs ayant un rôle de moniteur ou de précepteur, posant des questions telles que : « Pourquoi faites-vous cela ? » « Qu'est-ce que vous espérez trouver ? » « Quelles décisions allez-vous prendre avec vos constatations ? » « Y a-t-il quelque chose qui vous préoccupe ? ». L'objectif de cette supervision continue est d'enseigner le jugement clinique aux sages-femmes sans expérience, en s'assurant qu'elles savent comment identifier les écarts par rapport aux normes et comment gérer les urgences. Bien que les sages-femmes à AWC soient moins rémunérées que leurs homologues du secteur public, les salaires sont compétitifs et elles reçoivent des bénéfices tels que l'assurance médicale, les services ambulatoires pour les enfants et de la nourriture lorsqu'ils travaillent. Les entrevues du personnel indiquent qu'elles adhèrent à ces politiques parce qu'elles apprécient l'environnement de travail, la formation continue et de même que l'esprit de camaraderie et de partage des repas.

Résultats

La maternité d'AWC a officiellement ouvert ses portes en avril 2010 et a commencé à offrir ses services en mai 2010. En une année de prestations de services de maternité, AWC a assisté 833 naissances dont 692 (83%) étaient des accouchements normaux par voie basse, cinq (0, 01%) étaient assistés et 136 (16%) par césarienne, y compris les césariennes programmées pour 23 femmes qui ont précédemment eu une réparation de fistule. Sur 23 accouchements par le siège, 21 l'ont été par voie basse. Dix pour cent des patientes avaient des épisiotomies.

AWC a enregistré 46 décès périnataux (5, 6%) et seulement un décès puerpéral dans sa première année d'offre de services. Considérant le taux de mortalité puerpéral estimé entre 857 et 1033 décès pour 100 000 naissances vivantes (SSL et ICF Macro, 2009 ; Hogan et al., 2010) et la charge professionnelle d'AWC, l'on pourrait s'attendre à ce que sept ou huit femmes perdent leur vie.

Les clés du succès

Le personnel d'AWC énumère plusieurs facteurs qui ont été à la base de l'introduction réussie des services de maternité, notamment :

Le leadership et le modelage. Les responsables d'AWC ont dirigé et encouragé d'une façon exemplaire l'esprit du travail d'équipe au sein du personnel. Les rôles et responsabilités ont été bien définis et la claire chaîne de commande a facilité même les prises de décision clinique difficiles. Les sages-femmes spécialistes ne se limitent pas simplement à la parole mais démontrent comment les choses sont faites en donnant aux sages-femmes inexpérimentées des modèles pour une pratique obstétricale excellente, sûre et efficace.

Les Ressources. AWC a la chance d'avoir des ressources dont il a besoin, lui permettant de disposer d'un personnel adéquat, d'un espace, des équipements, du matériel et des médicaments. De telles ressources constituent une source de motivation pour le personnel ; l'un de ses membres a fait la remarque suivante : « ailleurs les gants sont recyclés, tandis qu'ici nous en utilisons chaque fois que le besoin se fait sentir ». Les frais d'accouchement sont estimés à 514\$ environ par patiente. AWC bénéficie de dons de matériels et de fournitures, et des services de volontaires internationaux ; en plus, la Fondation Gloag s'est engagée à couvrir les dépenses en cours.

Implication dans la pratique basée sur l'expérience. AWC s'efforce d'assurer la conformité de ses services avec la pratique

basée sur l'expérience par souci de qualité. Un spécialiste en formation de sages-femmes a conçu le matériel didactique initial et tout le personnel participe à la perpétuation de la formation continue sur le tas et à l'interne.

Au besoin, AWC organise des réunions sur la gestion clinique, afin de donner l'opportunité de discuter et de débattre des cas compliqués. Toutes les sages-femmes sont tenues de se soumettre strictement aux normes en accordant une grande importance aux soins attentifs et de qualité en faveur des patientes. Une sage-femme a nettement résumé cette orientation à l'éducation continue en indiquant ce qui suit : « Il n'est jamais trop tard pour apprendre ».

Partenariat. Les relations avec les structures environnantes ont contribué à assurer le don de sang aux patientes qui en ont besoin. Une structure avoisinante a aidé AWC à faire du counseling en matière de planification familiale et à offrir du matériel en lui permettant de prévenir davantage de nouveaux cas de fistules. AWC encourage le personnel des structures environnantes à participer à ses journées d'études en urgence obstétricale afin d'assurer la continuité du perfectionnement professionnel qui renforce la bonne volonté.

Les défis

AWC a fait face à beaucoup de défis au démarrage de son service de maternité.

Les **défis logistiques** sont principalement liés à la programmation. Toutes les clientes ne respectent pas les rendez-vous ou ne se conforment pas aux médicaments prénatales prescrites. Du fait qu'un grand nombre de clientes ambulatoires s'avère lourd, AWC a besoin à présent de procéder à un enregistrement limitant le nombre de nouvelles clientes à 30 par semaine, afin que le service ne soit pas submergé. Au départ, les nouvelles et anciennes clientes arrivaient en même temps, mais, dans le but d'améliorer la structure, AWC a programmé des jours spécifiques pour les nouvelles inscriptions et les anciennes clientes. Cette séparation a été utile mais les cas d'urgence non enregistrés arrivent toujours et reçoivent des soins. L'approvisionnement en médicaments et en équipements sur le marché international s'est également révélé difficile à un certain moment.

Il existe d'importants **défis cliniques** dans la fourniture de services à la population de Freetown. Aucune structure en Sierra Leone ne peut ventiler les nouveau-nés ; des services de ventilation limitée ne sont disponibles que pour les adultes. De plus, les services d'ambulance et d'oxygène portable ne sont pas disponibles. Cela veut dire que dans

certain cas, AWC a trop à faire. Le nombre de nouvelles naissances compromises et prématurées a été élevé, peut-être à cause des complications liées à la grossesse telles que l'anémie, la malnutrition, l'éclampsie, et l'hypertension ; de telles conditions peuvent mener à un faible fonctionnement du placenta, ce qui produit un effet négatif sur la croissance et le développement intra-utérins. Les sages-femmes travaillant à AWC peuvent témoigner des cas compliqués et presque mortels. Surmonter de tels défis procède de leur esprit d'équipe dans le travail.

En fin de compte, AWC a fait face à plusieurs défis en relation avec sa **philosophie de soins**. Au début, AWC n'avait pas une philosophie claire qui sous-tend les décisions médicales de la patiente, particulièrement celles en relation avec les indications appropriées pour l'accouchement par césarienne. Cette situation a créé des tensions entre les obstétriciens expatriés en visite et les obstétriciens locaux qui prennent des décisions cliniques contestées par les responsables de la profession de sage-femme. Au bout du compte, AWC a clarifié que son mandat premier « est de sauver les mères ». Perdre une maman, c'est perdre un membre essentiel de la famille et d'une communauté. AWC pratique des accouchements par césarienne pour des indications maternelles en mettant l'accent sur ce qui est mieux pour la mère et pas seulement pour sa présente grossesse, mais aussi pour sa sécurité à l'occasion des grossesses ultérieures. L'adhésion à des protocoles solides a été une manière d'encourager la cohérence dans la prise de décisions. Un consultant étranger s'est porté volontaire pour fournir son expertise à distance chaque fois que c'est nécessaire.

Les responsables médicaux d'AWC reconnaissent qu'une communication interne accrue avant et pendant le démarrage de la maternité aurait pu servir à assurer une compréhension claire et partagée de la mise en œuvre programmée et des politiques depuis sa création. Le renouvellement du personnel entre développement et mise en œuvre était compliqué. De plus, l'initiation de la maternité a transformé AWC d'un refuge calme pour la guérison en un centre animé où les femmes en travail arrivent à n'importe quelle heure ; ce qui conduit la salle d'opération à être toujours prête. Le personnel en charge du traitement de la fistule a sans nul doute été d'un très grand apport.

Recommandations pour la transposition

AWC encourage les autres centres dédiés à la réparation de la fistule à envisager

SIERRA LEONE



SIERRA LEONE

Situé sur la côte ouest africaine, la Sierra Leone est en train de se reconstruire à la suite d'une guerre civile prolongée qui a pris fin en 2002. Environ trois quart des femmes Sierra-Léonaise accouchaient à domicile en 2008 ; 42% étaient assistées par un professionnel qualifié tel qu'un médecin, une infirmière ou une sage-femme (SSL et ICF Macro, 2009). A l'échelle nationale, seulement 2% des accouchements sont des césariennes, ce qui fait penser que ce ne sont pas toutes les femmes nécessitant une césarienne qui sont en mesure d'en bénéficier. En avril 2010, le gouvernement sierra-léonais a éliminé les tickets modérateurs pour les femmes enceintes et allaitantes au niveau de toutes les structures du secteur public en introduisant une politique qui rend gratuit l'accouchement normale et par césarienne au niveau de toutes les structures gouvernementales

Fistula Care à EngenderHealth
440 Ninth Avenue, 13th Floor
New York, NY 10001
Tel: 212-561-8000

www.fistulacare.org



EngenderHealth
for a better life

d'étendre leur vision pour y englober aussi bien la prévention que le traitement de la fistule. Il recommande ce qui suit :

La dotation en personnel

- Déterminer la dotation en personnel la plus appropriée. Compter sur une ou deux sages-femmes spécialistes n'est pas viable ; les centres qui accouchent plus de 100 bébés par mois doivent envisager d'engager quatre prestataires qualifiés (soit quatre ou trois sages-femmes et un gynécologue obstétricien). Le personnel recruté doit être hautement qualifié et à jour en matière de pratique médicale.
- Intégrer dès le début un obstétricien dans l'équipe étant donné que le développement des protocoles exige une équipe solide et expérimentée.
- S'attendre à ce que chaque membre du personnel exerce une variété de fonctions au sein d'une équipe compétente. Par exemple, des infirmières auxiliaires plutôt que des infirmières sages-femmes pourraient aider à laver les bébés et faire les lits.

Planning

- Avoir une équipe composée de personnes stratégiques clé (y compris le soutien technologique, la logistique, les cliniciens, le personnel en salle d'opération et les administrateurs) qui, au tant que possible, anticipent sur les problèmes de la logistique quotidienne pour la prise en charge des urgences. Le personnel international doit être formés de cliniciens avec des expériences acquises et qui démontrent une connaissance des meilleures pratiques courantes.
- Créer une équipe multidisciplinaire de personnel de la chirurgie, de techniciens de laboratoire et de chauffeurs qui sont de permanence 24h/24 avec le soutien du personnel administratif, de la logistique et de l'approvisionnement.
- Programmer des séminaires de formation périodiques et structurés pour le personnel.
- Eviter autant que possible de mettre en place de nouveaux services pendant la mise en œuvre d'un changement de politique nationale majeure qui touche la santé maternelle.
- Défendre votre travail auprès du Ministère de la Santé et travailler en réseau de manière active avec d'autres structures. S'assurer que les directives des services de prestation sont en ligne avec le plan stratégique national. La collaboration avec le Ministère de la Santé permet un co-partenariat et copropriétaire.

Philosophie médicale

- Développer une philosophie médicale claire pour guider les prises de décisions médicales.
- S'assurer que des politiques et procédures solides sont en place avant le début des services.
- Insister sur une documentation approfondie. La responsabilité est essentielle.
- Créer un environnement pédagogique sain pour les cliniciens en mettant l'accent sur la révision clinique interactive des cas par l'équipe, les politiques et procédures. L'évaluation de chaque individu est également nécessaire. S'assurer que les résultats d'apprentissage sont mis en œuvre. Procéder à une revue et à une évaluation continue.

Références

Hogan, M., Foreman, K., Naghavi, M., et al. 2010. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: A systematic analysis of progress toward Millennium Development Goal 5. *Lancet* 375(9726):1609–1623.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). [Pas de date]. Republic of Sierra Leone: Country profile. Genève. Tire a partir de : www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/frh/making-pregnancy-safer/mps-country-profiles.html, 13 janvier 2011.

Statistics Sierra Leone (SSL) et ICF Macro. 2009. *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008*. Calverton, Maryland, USA.

Remerciements

Carrie Ngongo a rédigé le présent document en collaboration avec Katherine Christie et Jude Holden à AWC. Nous remercions particulièrement l'équipe dévouée des sages-femmes à AWC, Elizabeth Foster et Ann Gloag. Pamela Harper, Evelyn Landry, Celia Pett, et Dr. Joseph Ruminjo ont fait de précieuses contributions et suggestions. Le présent document a été édité par Michael Klitsch, traduit par Amadou Lamine Sene, et composé par Nicole Hirschman.

La présente publication a été rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain à travers l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), aux termes de l'accord de coopération associée GHS-A-00-07-00021-00. Les informations fournies dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les vues ou positions de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis.

© 2011 EngenderHealth

Crédits photos : C. Ngongo/EngenderHealth.