



www.fistulagroup.org
Un programme de la GFMER



MADAGASCAR

Rapport de mission

Madagascar du 18.10 au 4.11.19



LES ENGAGEMENTS

La mission s'articule autour de quatre types d'engagements :

- la chirurgie réparatrice, avec majoritairement le traitement de fistules obstétricales
- la formation et la recherche médicales
- l'amélioration du système de soin, la prévention et la réinsertion des patientes.
- la sensibilisation des personnalités politiques au niveau régional



Jeune patiente



Jeunes patientes

A Madagascar, une femme sur 60 mourra en couches au cours de sa vie. Le taux de fécondité est élevé, tout comme celui de grossesse chez les adolescentes - plus d'un tiers des filles de 15 à 19 ans ont eu des enfants ou sont actuellement enceintes. Ces facteurs, combinés avec la prévalence de la pauvreté extrême, augmentent la probabilité de voir la fistule obstétricale comme un problème majeur à Madagascar.

Sources: CIA World Factbook; WHO; World Bank

UN PROGRAMME TOUCHANT AUTANT AUX DROITS DE LA FEMME QU'À CEUX DE L'ENFANT



Le modèle de prise en charge globale des patientes (Modèle Tanguiéta) développé par le Dr Rochat est désormais une priorité de Fistula Group. Il a vocation à se déployer dans d'autres régions d'Afrique, notamment à **Madagascar où la fistule demeure un véritable fléau.**

PRÉAMBULE

Cette mission de formation sur les fistules obstétricales a été effectuée à la demande de la SALFA, organisme qui regroupe dix hôpitaux luthériens sur Madagascar et 40 unités de santé.

En 2008 et en 2009, le Dr Rochat avait déjà eu l'occasion de travailler dans un hôpital de la SALFA au sud-est de Madagascar, à Manambaro. Mandaté comme expert par l'UNFPA, il avait, à cette époque,

fait un état des lieux de la situation des fistules obstétricales sur Madagascar. Il avait alors pu rencontrer le Dr Randrianaina (Dr Randria) et compléter sa formation à la chirurgie de la fistule, par un atelier opératoire auquel participaient d'autres médecins de la sous-région.





Dr Emmanuelson Randrianaina

Dans les années qui ont suivi, le Dr Randria est devenu responsable de la chirurgie des fistules pour les hôpitaux de la SALFA en effectuant régulièrement des campagnes opératoires.

Dans un premier temps, ces campagnes étaient soutenues par l'UNFPA et, depuis quelques années, par la Fistula Foundation. Ainsi 60 fistules ont été opérées en 2017, 800 en 2018 et 1000 pour 2019.

Toutefois, le Dr Randria a souhaité que le Dr Rochat revienne pour une nouvelle formation organisée dans deux hôpitaux différents du sud.

Ces deux semaines de formation s'inscrivent dans le cadre de la célébration du 40ème anniversaire de la SALFA, l'arrivée du Dr Rochat à Tananarive ayant été calée pour qu'il puisse y participer.

«Madagascar est particulièrement touchée par la fistule obstétricale qui est la conséquence d'un manque patent d'accès à la césarienne et du taux élevé de grossesse chez de très jeunes femmes».
Dr Rochat.



CONDITIONS EXTRÊMES

« À Madagascar, les femmes sont les premières victimes d'un système de santé en souffrance ». Dr Rochat.

Touchée par une crise politique majeure, Madagascar a basculé dans une situation économique et sociale critique notamment entre 2009 et 2013.

Figurant aujourd'hui parmi les pays les plus pauvres au monde, le pays affiche un déficit important d'infrastructures, en particulier dans le domaine de la santé.

Un accès aux soins délicat

Cette situation dramatique touche violemment les mères et les enfants surtout les plus éloignées des infrastructures de santé et les plus démunis, confrontés à de nombreuses obstacles pour accéder aux soins: pénurie de médicaments, carence ou délabrement d'une grande partie des bâtiments médicaux, insuffisance de personnel.

À ces entraves structurelles s'additionnent d'autres facteurs amplifiant la mortalité maternelle ou infantile dans le pays :

- un taux de fertilité élevé (4,2 enfants par femme en 2015)
- le nombre de naissances chez les adolescentes (117 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans en 2014)
- la faible fréquentation d'une structure de santé avant et pour l'accouchement.

À Madagascar, près de la moitié des femmes accouchent sans aide médicale. Pour une part non négligeable d'entre elles qui n'ont pas accès à la césarienne, les ravages sont dramatiques.

Parmi les séquelles les plus invalidantes tant du point de vue physique que moral, qui touche ces jeunes mères qui n'ont pas accès à la césarienne, figure la fistule obstétricale.

La fistule obstétricale

La fistule obstétricale est une lésion induite lors d'un travail prolongé, pendant l'accouchement, quand la tête de l'enfant est bloquée dans le petit bassin, comprimant les tissus de la vessie.

Lorsque l'enfant, le plus souvent mort, finit par être extrait, apparaît une communication entre les voies urinaires (ou plus rarement le rectum) et la paroi vaginale : c'est la fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale. Dès lors la femme, quand elle a survécu, va perdre ses urines, voire ses selles, jour et nuit.

Rejetée par son mari et sa famille, stigmatisée par la société, elle va vivre une vie de paria, victime – comme si elle en était coupable – de préjugés culturels, recluse et honteuse.



TANANARIVE

18-19 octobre: arrivée et célébration du 40ème anniversaire de la SALFA. Considérations générales.

Participants

Dr Randrianaina Emmanuelson, chirurgien senior SALFA

Dr Francis, chirurgien senior SALFA

Dr Rafanomezantsoa Hery, chirurgien senior SALFA

Dr Rabenasolo Toavina, médecin junior SALFA

Dr Randriatsalama Martin, médecin junior SALFA

-

Vendredi 18 octobre

Arrivée à Tananarive pour participer, dès le lendemain, aux célébrations du 40ème anniversaire de la SALFA. Cérémonie très protocolaire avec environ 300 invités et remise de certificats de distinction. C'est une organisation luthérienne implantée à Madagascar par un médecin américain qui, à 82 ans, a fait le voyage pour être présent à la cérémonie. La SALFA est toujours soutenue par une association, la Global

Health Ministries, basée à Minneapolis et dont une grande délégation a fait le voyage.

À cette occasion, le Dr Rochat s'est vu remettre une distinction pour ses missions déterminantes d'évaluation des fistules obstétricales à Madagascar.

La prise en charge des fistules sur l'île se fait, d'une part, par les hôpitaux de la SALFA, avec Fistula Foundation, et, d'autre part, dans d'autres hôpitaux par UNFPA, Opération Fistula et Mercy ships.

Pour cette mission Fistula Group, qui est un programme de la GFMER, a fourni un appui en matériel (fils de suture, écarteurs, ciseaux et lampes frontales ainsi que du matériel d'urologie).



Dr Sahondra Rasoarimanana,
directrice de la SALFA



1ÈRE SEMAINE DE MISSION À MORONDAVA

20-21 octobre: suite des célébrations et déplacement sur Morondava. Remarques sur la tenue des dossiers médicaux et l'enregistrement des informations.

Dimanche 20 octobre

Suite de la célébration avec un lunch agrémenté de plusieurs chœurs des différentes villes d'où sont issus les hôpitaux de la SALFA et prise de parole du Dr Rochat. Ces cérémonies sont l'opportunité de réitérer l'importance de la cause et de saluer le travail et l'engagement de certaines personnalités telles le Dr Randria, chirurgien de la fistule et son épouse le Dr Sahondra Rasoarimanana, directrice générale de la SALFA. C'est aussi l'occasion de souligner l'importance d'un travail de fond. À ce titre, l'implication du Dr Rochat dans le domaine de la fistule obstétricale remonte à la fin des années 90 et les liens continus avec la SALFA par l'entremise du Docteur Randria sont tissés depuis plus de 10 ans.

Lundi 21 octobre

Vol sur Morondava et prise de contact avec le personnel de l'hôpital. La sélection des dossiers pour le programme opératoire des premiers jours est effectuée. Ces dossiers sont lacunaires et pourraient être plus complets notamment en ce qui concerne les antécédents chirurgicaux des patientes, certaines déjà opérées de fistules, sans succès, ou présentant des incontinences résiduelles.



Rencontre avec les patientes à l'hôpital de Morondava



DÉROULEMENT DE LA MISSION (SUITE)

22 octobre: longues journées d'opérations chirurgicales.

Mardi 22 octobre

Début des activités à l'hôpital. Malheureusement le médecin responsable, le Docteur Hery doit repartir sur Tananarive pour accompagner un patient qui a présenté un AVC, la seule possibilité de scanner se situant à la capitale.

Une trentaine de patientes ont été convoquées. Parmi elles, on rencontre des cas très compliqués notamment le premier, qui en est à sa 6ème intervention, avec un délabrement de l'urètre. Les jours qui ont suivi, l'équipe s'est constamment trouvée face à des situations complexes. Au niveau du matériel, la table d'opération, vétuste avec

des jambières mal adaptées, ne permet aucune flexibilité. L'opérateur qui intervient par voie mixte (gynécologique et abdominale) est confiné dans un très petit espace. On relève aussi le manque flagrant de draps opératoires, ce qui fait qu'en cours d'intervention des parties du corps se découvrent et posent bien-sûr des problèmes d'asepsie. La journée opératoire prend fin à 21 heures.

Pour ces opérations, le Dr Rochat a apporté toute une série d'écarteurs, de fils de ciseaux, une lampe frontale, équipement nécessaire pour effectuer des opérations de qualité.



L'équipe d'anesthésistes rédige le rapport opératoire à même le sol



DÉROULEMENT DE LA MISSION (SUITE)

23-26 octobre: poursuite des interventions.

Mercredi 23 octobre

Deux cas opératoires très compliqués ont lieu. Ces patientes ont été multi-opérées, 4 fois pour l'une, 6 fois pour l'autre, et nécessitent également un double abord chirurgical toujours aussi inconfortable avec ces jambières fixes.

Jeudi 24 octobre

Journée opératoire, visite des opérées.

«Je me rends compte qu'on opère à la limite de la sécurité car les patientes n'ont pas de bilan sanguin avant les opérations ni d'échographie des reins. En cas de lésion d'un gros vaisseau, il n'y a pas de fil vasculaire disponible dans l'hôpital» relève le Dr Rochat.

Vendredi 25 octobre

Cas très compliqué d'un délabrement périnéal extrême avec destruction complète du rectum et du vagin. Cette jeune femme gardera à vie la colostomie

qui a été mise en place il y a un an lors de son accouchement désastreux.

«Lors de la révision je trouve un trajet fistuleux dans le tissu fibreux du vagin et après différents tests, on conclut qu'il s'agit d'une fistule urétéro-vaginale. Je réimplante l'uretère par voie haute en prenant un maximum de précaution car j'ai l'intime conviction que son rein contro-latéral n'est déjà plus fonctionnel», décrit le Dr Rochat.

Samedi 26 octobre

Poursuite des opérations avec 2 cas qui nécessitent cette fois-ci un lambeau tissulaire prélevé dans la grande lèvre pour renforcer les sutures vaginales.

Samedi après-midi, remise des cas au Dr Hery qui vient de rentrer de Tananarive.



Prière avant l'opération



DÉROULEMENT DE LA MISSION (SUITE)

27 et 28 octobre: voyage retour à Tananarive, perspectives et premier bilan d'étape.

Dimanche 27 octobre

L'équipe reprend la route pour la capitale à l'exception du Dr Rochat qui attend le lundi pour prendre le vol de retour. Ceci lui permet d'arriver tôt à Tananarive pour se rendre dans un autre hôpital SALFA où il rencontre le Dr Frank, premier urologue à avoir introduit les résections endoscopiques de la prostate à Madagascar comme le Dr Rochat l'avait fait lui-même au Bénin et au Togo en 1993.

À l'occasion d'un dîner, il est décidé d'initier un partenariat entre le programme Fistula Group de la GFMER et la SALFA afin que le Dr Randria, qui atteint l'âge de la retraite en novembre 2019, puisse continuer la prise en charge et l'enseignement de la chirurgie de la fistule.

Après inventaire du matériel, on emporte pour Genève ce qui est cassé ou défectueux en vue de le remplacer.



Opération et formation



CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA 1ÈRE MISSION

Bilan de la première mission de formation à l'Hôpital SALFA de Morondava

La plupart des cas opératoires étaient complexes. On dénombre:

- 5 abords par voie mixte dont 4 pour mettre en place une bandelette d'aponévrose (rectus sling) pour reconstruire l'urétrale complète à 3 reprises ainsi que pour une réimplantation de l'uretère gauche.
- 2 réparations par voie basse qui ont nécessité un lambeau de la grande lèvre (lambeau de Martius).
- 4 opérations de fistules par voie basse ont été effectuées pour des cas plus simples.

Complications péri-opératoires:

un syndrome de loge (souffrance d'un muscle du mollet par compression).

Après plusieurs jours : plusieurs cas d'infection de paroi sont survenus dont un a nécessité un drainage chirurgical.

Remarques générales et recommandations

Les dossiers des patientes étaient incomplets. Ils devraient pouvoir renseigner sur le nombre d'opérations antérieures (quand, où et par qui). Les dossiers devraient comporter une classification pronostique après examen de la malade : fistule simple, complexe, extrême.

Les patientes devraient avoir au moins un dosage de la créatinine de l'hémoglobine ainsi qu'une sérologie pour l'hépatite et le HIV.

Il serait souhaitable que les patientes puissent bénéficier d'une échographie des reins et de la vessie car souvent les uretères sont pris dans le mécanisme de la fistule et une dilatation du rein doit être connue de l'opérateur.

Les anciens dossiers devraient être systématiquement recherchés et joints avec le nouveau dossier d'hospitalisation et, dans ces dossiers, le rapport opératoire devrait être inclus.

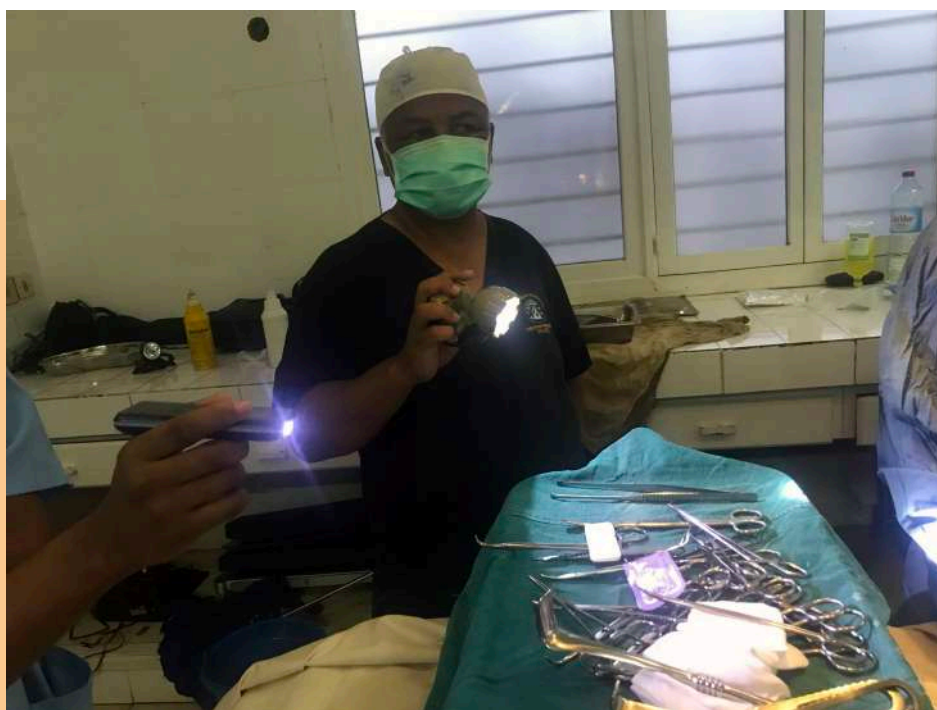
Ces patientes devraient avoir un lavement avant les opérations.

Le personnel soignant devrait avoir sur lui de la solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains entre chaque patiente.

Les patientes doivent être informées qu'elles ne peuvent pas avoir de rapports sexuels durant 3 mois après les réparations et qu' en cas d'accouchement ultérieur, celui-ci devrait être fait par césarienne.

Il faut envisager un suivi à long terme pour ne pas perdre d'informations sur l'évolution des patientes. Un registre devrait être établi pour inclure ce suivi dans le temps.

DÉROULEMENT DE LA MISSION (SUITE)



Les lampes opératoires étant insuffisantes chacun aide à sa manière pour apporter de la lumière

Remarques en termes d'équipement

Le bloc opératoire ne comporte qu'une table d'opération ancienne avec des jambières fixes. Nécessité d'un stérilisateur, d'un système d'électrocoagulation, il manque des armoires pour ranger le linge des tables pour le processus de stérilisation, des tabourets et des tables pour le bloc, des boîtes pour ranger les compresses et les instruments.

Instruments et matériel

Différents instruments chirurgicaux devraient compléter le plateau actuel ainsi que des sondes urétrales métalliques pour les opérations ou pour les sondages aller-retour. Enfin une lampe frontale de qualité est nécessaire.



2ÈME SEMAINE DE MISSION À VANGAINDRANO

29 octobre : arrivée à Vangaindrano et début des opérations.

Participants :

Dr Heuric Rakotomalala de Manambaro Fort Dauphin, chirurgien senior SALFA

Dr Didier Renko Velson de Tulear, chirurgien senior SALFA

Dr Benjamin Andrianarijaona de Vangaindrano, chirurgien senior SALFA

Dr Randrianaina Emmanuelson, Chirurgien senior de la SALFA

Dr Randriamananjo Honoré de Majunga, chirurgien senior SALFA

Dr Rabibisoa Claudin de Fianarantsoa, chirurgien senior SALFA

une région de grande misère, très mal desservie par la route. Quant au petit terrain d'aviation il n'est utilisé que quelques fois dans l'année pour de petits avions.

Visite du bloc opératoire: plus de 30 patientes apparemment jamais opérées (fistules dites «de première main») ont été convoquées. Le même jour, les opérations débutent. Plusieurs médecins des hôpitaux de la SALFA sont présents pour cette mission de formation et ont tous un titre de médecin chef dans leurs hôpitaux respectifs. Certains ont déjà une grande habitude des opérations de fistules.

Mardi 29 octobre : départ des docteurs Rochat et Randria à 7 heures du matin de l'aéroport Ivato de Tananarive pour Vangaindrano par un avion de la MAF (Mission Aviation Fellowship). L'arrivée vers midi permet d'emblée de visiter l'hôpital situé dans

Le premier cas est une transection complète, donc une fistule grave et compliquée. Le Dr Rochat démontre sa technique pour ce genre de situation et cette opération se déroule bien.



Vue de l'hôpital de Vangaindrano



DÉROULEMENT DE LA MISSION (SUITE)

30-31 octobre: opération de cas complexes.

Mercredi 30 octobre : Deux nouveaux cas de transection complète dont un cas nécessitant la réimplantation de l'uretère droit par voie basse et l'autre cas la mise d'un lambeau de Martius.

Jeudi 31 octobre : cas très compliqué d'une très jeune femme avec une grave destruction allant de la jonction entre l'urètre et la vessie jusqu'à mi-hauteur de l'isthme utérin. C'est un abord abdominal et périnéal avec cathétérisation des uretères, lambeau de Martius. En résumé, il s'agit d'une très large dissection qui a entraîné une opération de 7 heures.

La réparation est effectuée par le Dr Rochat avec l'aide du Dr Heuric, médecin-chef de l'hôpital de Manambaro. Le Dr Heuric est un excellent chirurgien avec une grande expérience des fistules. Une opération aussi longue et aussi complexe, du jamais vu à Vangaindrano.



Jeune patiente et son bébé



DÉROULEMENT DE LA MISSION

**1er et 2 novembre : opérations/ ressenti
personnel du Dr Rochat.**

Vendredi 1er novembre: Le Dr Rochat opère une patiente très jeune, âgée de 16 ans et très petite, d'une transection partielle:

«Je la retrouve gémissante dans son lit lors de la visite du soir et j'alerte l'interne pour lui donner des calmants. La chambre des fistuleuses est totalement tragique. Jeunes femmes porteuses de fistules et accompagnants, opérées et futures opérées sont sur des lits défoncés ou à même le sol qui est recouvert d'une bâche en plastique. Pourtant tout ce monde est calme, résilient et on arrive à décrocher quelques sourires. En faisant cette visite j'ai eu l'impression

de toucher le fond puis j'ai réalisé que nous étions là pour leur redonner une dignité et une vie autre que l'ostracisme et la stigmatisation. Leur rendre une vie de femme « presque » normale puisque la plupart garderont des stigmates de la fistule et de sa réparation au plus profond d'elles-mêmes. Cette misère humaine donne tout son sens à notre mission, nous, chirurgiens de la fistule, réparateurs des corps meurtris par les accouchements désastreux.»

Samedi 2 novembre: dernières opérations suivies d'un dîner avec l'ensemble du personnel de l'hôpital.



Salle d'hospitalisation



CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA 2ÈME MISSION



Salle des femmes atteintes de fistules

Recommandations sur l'hôpital de Vangaindrano :

La salle d'opération comporte deux tables de qualité avec des jambières qui s'articulent bien. En revanche il manque un scialytique et des tabourets, une lampe frontale serait également la bienvenue. Les prises

électriques sont défectueuses et la climatisation incertaine. Malgré tout ce bloc est beaucoup plus fonctionnel que celui de Morondava.



DÉROULEMENT DE LA MISSION

2-3 novembre- : Voyage sur Tananarive, dernières discussions stratégiques sur la poursuite du programme et le projet de bourse pour le Dr Martin. Retour sur Paris

Dimanche 3 novembre: Voyage retour sur Tananarive avec l'avion de la MAF et le pilote danois, qui travaille bénévolement pour l'organisation. Après un vol chaotique, compte tenu des conditions météorologiques particulièrement difficiles, le Dr Rochat et le Dr Randria retrouvent le Dr Sahondra Rasoari-manana. Dans l'après-midi, dernière réunion du Dr

Rochat avec Monsieur Lanto, responsable administratif de la SALFA et le Dr Martin. Au milieu de la nuit, vol de retour sur Paris.



Avion de la MAF



PERSPECTIVES

« En faisant cette visite dans la chambre des femmes porteuses de fistules, j'ai eu l'impression de toucher le fond puis j'ai réalisé que nous étions là pour leur redonner une dignité et une vie autre que l'ostracisme et la stigmatisation ». Dr Rochat

Perspectives :

On estime à Madagascar que le nombre de nouveaux cas de fistules par année s'élève à environ 2000.

La SALFA a pour objectif d'en opérer 1000 avec l'aide de la Fistula Foundation et les structures d'état ont probablement le même objectif.

Le Dr Emmanuelson Randrianaina est l'expert et le formateur pour différents hôpitaux. Le programme Fistula Group de la GFMER a décidé de le soutenir sur le plan financier, pour les raisons évoquées, pour les 3 prochaines années.

Le Dr Frank qui est le seul urologue spécialiste de la SALFA pourrait voir un successeur en le Dr Martin. Le programme Fistula Group, à travers la parole du Dr Rochat, s'est engagé à chercher une bourse de formation pour Martin. Cette formation ne pourra probablement pas se faire sur Madagascar. Fistula Group cherche à identifier un programme de qualité, probablement en Inde.

Enfin, un appui en matériel est indispensable pour les différents hôpitaux visités, avec comme première action, le renouvellement du matériel d'urologie du Dr Franck.



Dr Randria avec une jeune patiente



TAUX DE SUCCÈS

- 20 patientes opérées / cas complexes
- 3 mois après les différentes interventions, il ressort que toutes les femmes opérées semblent être guéries.
- Il convient néanmoins de surveiller ces patientes à plus long terme pour contrôler l'évolution de leur guérison dans le temps.

Excellents résultats
opératoires



Rapport du Secrétaire général lors de la 73ème session de l'Assemblée générale des Nations Unies le 31 juillet 2018

- «Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, **au moins deux millions de femmes et de filles vivent avec une fistule obstétricale** dans le monde et 50 000 à 100 000 en développent une chaque année.»
- «Si des progrès ont été faits au niveau mondial dans le renforcement de l'accès aux soins, cela reste très insuffisant en raison de nombreux facteurs, notamment **le manque de financement pour la sensibilisation et le traitement des patientes et le petit nombre de chirurgiens.**»
- (...) **Et lorsque [l'accès aux traitements] est disponible, de nombreuses femmes ne le savent pas,** n'ont pas les moyens de les payer ou ne peuvent y avoir accès en raison d'obstacles tels que les coûts de transport. Étant donné le nombre de femmes effectivement traitées par rapport au nombre de femmes en attente de soins, et à celui des nouveaux cas, de nombreuses femmes et filles souffrant d'une fistule mourront sans avoir été soignées.



www.fistulagroup.org
Un programme de la GFMER

CHF 500.-

**C'est le coût de l'opération
d'une femme atteinte de
fistule obstétricale.**



© Nicolas Cleuet



REMERCIEMENTS

Fistula-Group remercie tous les donateurs associés au programme «fistules obstétricales» qui ont permis la réalisation de cette mission :

La ville de Genève

La DDC bureau de Cotonou

Les communes de Chênes-Bourg, Chêne-Bourgerie,

La Fondations Ambre

La Fondation Rumsey Cartier

La Fondation Philanthropique Famille Firmenich,

La Fondation de bienfaisance de la banque Pictet & Cie

La Fondation Gabriel Tamman

Global Foundation for Life Sciences

The Pharos Trust foundation

La Fondation Baur

Swiss Philanthropy Foundation

Carigest

Les fidèles donateurs privés.

La Fondation tient également à remercier Medtronic pour son soutien pour le matériel de suture.

Et bien sûr, de chaleureux remerciements à la SALFA.



Opération



www.fistulagroup.org
Un programme de la GFMER



**Fistula Group, une lutte en faveur
de la dignité des femmes**