



# STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES FISTULES OBSTÉTRICALES



PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL 2012-2016

Janvier 2012

# SOMMAIRE

CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....	6
INTRODUCTION.....	8
<b>PREMIÈRE PARTIE : LES ELEMENTS D'ANALYSE POUR LA FORMULATION DE LA STRATEGIE.....</b>	<b>9</b>
<b>I. GENERALITES SUR LA GUINEE .....</b>	<b>9</b>
1.1. CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES ET SOCIO DÉMOGRAPHIQUES.....	10
1.2. POLITIQUE ET PROFIL SANITAIRES.....	10
<b>II. ANALYSE SITUATIONNELLE DES FISTULES OBSTÉTRICALES EN GUINÉE.....</b>	<b>11</b>
2.1. ÉPIDÉMIOLOGIE DES FO EN GUINÉE .....	11
2.2. PROFILS DES VICTIMES DE FO EN GUINÉE .....	12
2.3. CAUSES DE SURVENUE DES FISTULES OBSTÉTRICALES EN GUINÉE.....	12
2.3.1. Causes liées à l'accès aux soins obstétricaux .....	12
2.3.2. Connaissances, équipements et infrastructures pour le traitement de la fistule obstétricale en Guinée 14	
2.3.3. Causes sociales sous-tendant la survenue des FO en Guinée.....	15
2.4. CONSÉQUENCES SOCIALES DES FISTULES OBSTÉTRICALES EN GUINÉE.....	18
<b>III. ANALYSE DE LA RÉPONSE.....</b>	<b>19</b>
3.1. STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES FO EN GUINÉE.....	19
3.2. LES RESSOURCES HUMAINES .....	20
3.3. SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES FO EN GUINÉE.....	21
3.4. LE SYSTÈME DE RÉFÉRENCE.....	22
3.5. POSSIBILITÉS D'HÉBERGEMENT DES FEMMES VICTIMES DE LA FO EN GUINÉE .....	23
3.6. RÉINSERTION DES FEMMES VICTIMES DE FO DANS LA SOCIÉTÉ .....	23
3.7. CRÉATION D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE PAR L'IMPLICATION DE LA COMMUNAUTÉ.....	23
<b>DEUXIÈME PARTIE : LA STRATÉGIE DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES F.O. EN GUINÉE .....</b>	<b>24</b>
<b>IV. COMPOSANTES ESSENTIELLES DE LA STRATÉGIE .....</b>	<b>24</b>
<b>V. FONDEMENTS DE LA STRATEGIE.....</b>	<b>24</b>
<b>VI. BUT DE LA STRATÉGIE .....</b>	<b>25</b>
<b>VII. PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL 2012-2016 DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES FO EN GUINÉE .....</b>	<b>25</b>
7.1. AXES STRATÉGIQUES .....	25
7.1.1. Axe stratégique 1 : Prévention des fistules obstétricales et renforcement du système de référence et de contre référence en Santé Maternelle et Néonatale en général et des cas de FO en particulier 25	
7.1.2. Axe stratégique 2 : Prise en charge globale des victimes de FO dans l'ensemble du pays 27	
7.1.3. Axe stratégique 3 : Réinsertion sociale des victimes de FO.....	28
7.1.4. Axe stratégique 4 : Renforcement de la coordination, de la gestion, du suivi évaluation et de la recherche .....	29
7.2. OBJECTIFS ET RÉSULTATS DU PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL 2012-2016, PAR AXE STRATÉGIQUE	30
7.3. CADRE LOGIQUE DE DÉVELOPPEMENT DU PLAN STRATÉGIQUE .....	32

<b>TROISIÈME PARTIE : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE.....</b>	<b>40</b>
<b>VIII. COORDINATION ET PLAIDOYER POUR LA MOBILISATION DE RESSOURCES .....</b>	<b>40</b>
8.1. MISE EN PLACE D'UN CADRE NATIONAL DE CONCERTATION MULTISECTORIELLE SUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DES FO EN GUINÉE .....	40
8.2. DISPOSITIF INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN .....	41
8.3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE.....	43
8.4. ASSURANCE QUALITÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN.....	43
8.5. MÉCANISMES DE FINANCEMENT ET DE GESTION DU PLAN.....	44
<b>IX. SUIVI ÉVALUATION (S&amp;E) ET RECHERCHES.....</b>	<b>44</b>
9.1. MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SUIVI ET ÉVALUATION.....	44
9.2. NOTE DE SATISFACTION ET DE RÉALISATION .....	45
9.3. COMMUNICATION ET RÉTRO-INFORMATION.....	45
9.4. ÉTUDES ET RECHERCHES.....	46
<b>X. MÉCANISMES DE DISSEMINATION DU PLAN VALIDÉ.....</b>	<b>46</b>
<b>XI. MÉCANISME D'APPROPRIATION DE LA STRATÉGIE PAR LES ACTEURS .....</b>	<b>47</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>49</b>

## SIGLES ET ACRONYMES

AGR	:	Activités Génératrices de Revenus	
APNDS	:	Appui au Programme National de Développement Sanitaire	
BM	:	Banque Mondiale	
CPN	:	Consultation Périnatale	
CS	:	Centres de Santé	
DH	:	Direction / Directeur de l'Hôpital	
DNESH	:	Direction Nationale des Établissements de Soins et Hospitaliers	
DNPF	:	Direction Nationale de la Promotion Féminine	
DNPL	:	Direction Nationale des Pharmacies et Laboratoires	
DNRR	:	Direction Nationale des Radios Rurales	
DNSFN	:	Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition	
DRS	:	Direction Régionale de la Santé	
DSRP	:	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté	
EDS	:	Enquête Démographique et de Santé	
FG	:	Francs Guinéens	
FO	:	Fistule Obstétricale	
GAR	:	Gestion axée sur les résultats	
IEC	:	Information Éducation Communication	
IOV	:	Indicateurs Objectivement Vérifiables	
MASPFÉ	:	Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance	
MATAP	:	Ministère de l'Administration du Territoire et des Affaires Politiques	
ME	:	Ministère de l'Éducation	
MJEJ	:	Ministère de la Jeunesse et de l'emploi des Jeunes	
MPT	:	Ministère des Postes et Télécommunication	
MSHP	:	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	
OG	:	Objectif général	
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé	
PAM	:	Programme Alimentaire Mondial	
PTF	:	Partenaires Techniques et Financiers	
OS	:	Objectifs Stratégiques	
PEC	:	Prise en charge	
PF	:	Planification Familiale	
PNMSR	:	Programme National de Maternité Sans Risque	
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement	
PTF	:	Partenaires Techniques et Financiers	
PV	:	Procès Verbal	
SIG	:	Système d'Information Géographique	

SNIGS	:	Système National d'Information et de gestion Sanitaire	
SOU	:	Soins Obstétricaux d'Urgence	
SOUB	:	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base	
SOUC	:	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets	
SR	:	Santé de la Reproduction	
UNFPA	:	United Nations Population Fund	
UNGASS	:	United Nations General Assembly Special Session	
UNICEF	:	United Nations Children's Fund	

## CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La fistule obstétricale (FO) est une conséquence dramatique de l'accouchement difficile ou prolongé, matérialisée par la création d'un passage anormal entre le vagin et la vessie et / ou le rectum, par lequel l'urine et / ou les matières fécales fuient constamment.

Cet écoulement constant et gênant des urines et / ou des selles par le vagin, secondaire à l'absence de contrôle des fonctions organiques des porteuses de cette affection, entraîne évidemment des désagréments sur les plans physique, moral, psychologique et social. Source d'inconfort nauséabond permanent, la FO entraîne une douleur morale et affective profonde, aggravée par la stigmatisation, l'abandon du mari et parfois de la société toute entière, dans un contexte de pauvreté et de désespoir très marqué. Les infections à répétition entretenues par cet état de macération, nid de proliférations bactériennes, sont responsables de stérilité, de lésions vaginales pouvant rendre les rapports sexuels douloureux, voire impossibles, et parfois la paralysie musculaire des membres inférieurs.

De nombreuses études montrent que les facteurs responsables de la FO sont les mêmes que ceux de la morbidité et de la mortalité maternelles, et pour une certaine partie, de la mortalité néonatale. En effet, les informations sur les niveaux de la mortalité maternelle renseignent sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, sur la santé des femmes et indirectement, sur leur situation économique et sociale. Dans ce cadre, la mesure de la mortalité maternelle et des facteurs de risque qui lui sont liés est nécessaire, tant pour le diagnostic d'une situation que pour le suivi et l'évaluation des programmes qui seront mis en place (dans le domaine de la santé de façon générale, et de la santé de la reproduction de façon spécifique).

En Guinée, le taux de mortalité maternelle est très élevé, et en croissance avec 980 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes selon l'EDSG III (données de la période 1996-2005), alors qu'il était de 528 selon l'EDSGII (pour la période de 1992-1999). On note aussi un faible taux de césariennes à 0,8% alors que le minimum nécessaire pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles est de 5%.

La faible disponibilité des SONU y compris la césarienne, a pour conséquence la forte morbidité et ou mortalité maternelles, incluant la FO. On peut alors présumer qu'en Guinée, les FO sont une affection très fréquente et constituent un réel problème de santé publique.

L'analyse situationnelle sur les FO réalisée en 2007 a montré que les régions naturelles de la Haute Guinée et de la Guinée forestière, étaient les plus touchées par cette affection (constat fait à partir du grand nombre de victimes récentes dans les structures sanitaires

En Guinée, les aspects épidémiologiques concernant les FO sont peu documentés. Les différentes estimations obtenues sur les FO à partir des données de la littérature évaluaient le nombre de cas en 2007 à au moins 601, (184 cas pour 100.000 femmes en âge de reproduction), et une incidence de 61 à 86 nouveaux cas par an (19 cas pour 100.000 femmes

en âge de reproduction à 124 cas pour 100.000 naissances). Dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies nationales, des informations plus exactes et plus exhaustives peuvent être obtenues en initiant des enquêtes épidémiologiques nationales dès la première année.

En réponse à toutes ces préoccupations, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) avec l'appui des partenaires au développement intervenant sur les FO en Guinée tels que EngenderHealth et UNFPA ont mis en place des projets de prise en charge des victimes de FO dans les localités de Labé, Kissidougou, Conakry et Kankan. Les évaluations réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de ces projets ont permis de formuler un certain nombre de recommandations dont celle de disposer d'une stratégie nationale de prévention et de prise en charge (PEC) des FO.

C'est dans cette optique que le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la République de Guinée avec l'appui de l'UNFPA, et dans la perspective d'une approche holistique de la lutte contre les FO en Guinée, a mis en place la présente stratégie nationale de prévention et de prise en charge des FO. Cette stratégie permettra une meilleure harmonisation des interventions sur les FO en Guinée pour plus d'efficacité et d'efficience dans la réponse à cette affection.

# INTRODUCTION

Le Gouvernement Guinéen a inscrit le développement du secteur de la santé au premier rang de ses préoccupations avec comme priorités, les interventions ciblant la Mère et l'Enfant.

Malgré tous ces efforts, la mortalité maternelle et infantile en Guinée reste des plus élevée de la sous région (980 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes). En effet, le plan stratégique en santé et développement des adolescents et des jeunes, élaboré en juillet 2006 par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, montrait que la santé des adolescents et des jeunes s'est dégradée de façon singulière ces dernières années. Elle est menacée par des phénomènes croissants tels que la sexualité précoce, les mariages et grossesses précoces, les mutilations génitales féminines (MGF) qui favorisent fortement la survenue des fistules obstétricales lors des maternités.

Suite à ces différents constats la République de Guinée a adhéré aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et aux directives de l'Union Africaine pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile en élaborant une feuille de route nationale pour la période décennale 2006-2015.

Le premier objectif stratégique de cette feuille de route est d'«augmenter la disponibilité et l'utilisation des services préventifs, curatifs et promotionnelles de santé maternelle et néonatale de qualité y compris la planification familiale et la nutrition». L'action prioritaire consiste à «organiser des activités de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales ainsi que la réinsertion sociale des victimes».

La présente stratégie nationale de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales en Guinée s'inscrit dans le cadre de cette feuille de route. Elle permettra, à l'horizon 2016, d'avoir des résultats concrets quant à la lutte contre la survenue des FO en Guinée et à la garantie d'une meilleure qualité de vie aux femmes souffrant de FO. Ces résultats passeront par l'amélioration de la prise en charge médico-chirurgicale des FO et par le plein épanouissement socioprofessionnel des femmes qui en ont été victimes. Elle s'inspire de la stratégie régionale africaine sur la FO, et tire sa substance de l'analyse situationnelle des FO en République de Guinée, entreprise en juillet 2007 par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique avec l'appui de l'UNFPA. Cette analyse situationnelle a permis de mettre en exergue un certain nombre de priorités sur lesquelles le niveau national souhaiterait se pencher.

Le présent document comprend trois grandes parties :

- Première partie : les éléments d'analyse pour la formulation de la stratégie ;
- Deuxième partie : la stratégie de prévention et de prise en charge des FO en Guinée ;
- Troisième partie : le cadre de mise en œuvre de la stratégie.



# PREMIÈRE PARTIE : LES ELEMENTS D'ANALYSE POUR LA FORMULATION DE LA STRATEGIE

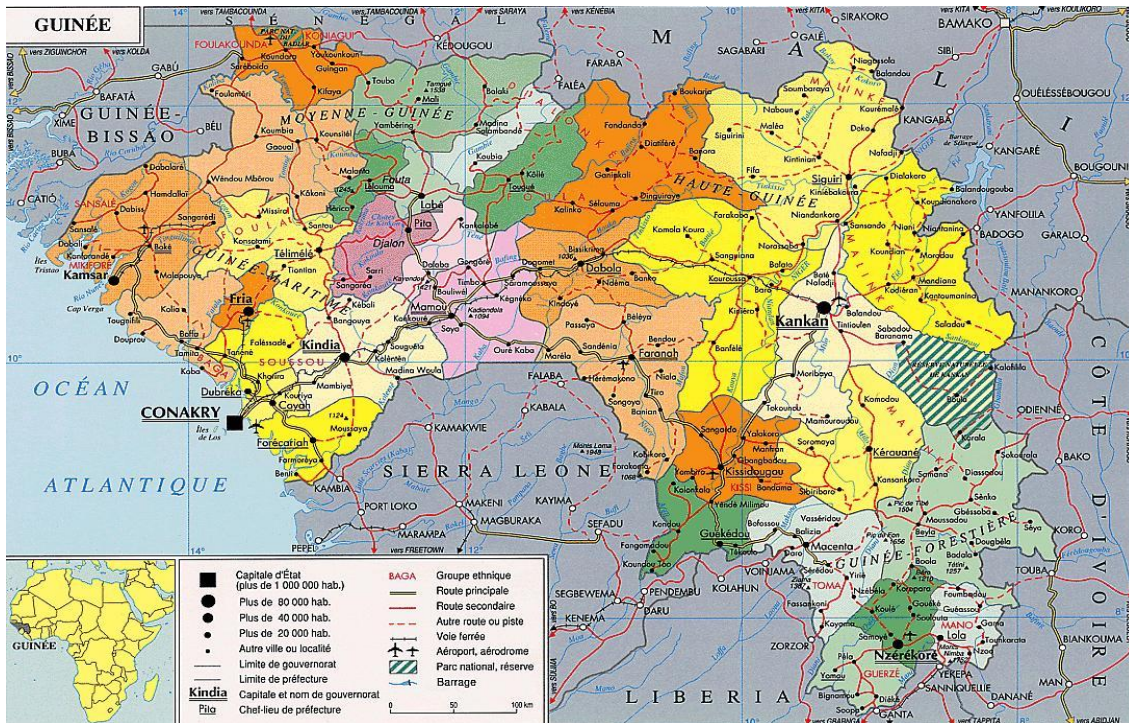
## I. GENERALITES SUR LA GUINEE

La république de Guinée couvre une superficie de 245.857 Km<sup>2</sup>. Elle est située en Afrique de l'Ouest, limitée au nord par le Sénégal et le Mali, au sud par la Sierra Léone et le Libéria, à l'est par la Côte d'Ivoire et le Mali, à l'ouest par la Guinée Bissau et l'Océan Atlantique.

Il existe quatre régions naturelles distinctes qui diffèrent les unes des autres par le climat, le relief et les sols. En 1994, le pays a été réorganisé en 7 régions administratives (Boké, Faranah, Kankan, Kindia, Labé, Mamou et N'zérékoré) auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines (dont 5 à Conakry qui ont la taille d'une préfecture) et 302 communautés rurales de développement (CRD). Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers (urbains) et 1615 districts (ruraux).

La population de la Guinée est estimée à environ 9.806.422 habitants inégalement répartie sur l'ensemble du territoire avec 70% de la population vivant en milieu rural, et 30% en milieu urbain dont 51% seulement à Conakry. Le taux d'accroissement est de 3.1 %, et l'espérance de vie est passée de 47 ans en 1990 à 54 ans en 1996. La population guinéenne est caractérisée par sa jeunesse, conséquence d'une fécondité élevée.

Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 25% de la population.



Carte de la République de Guinée

## **1.1. CARACTERISTIQUES ECONOMIQUES ET SOCIO DEMOGRAPHIQUES**

La République de Guinée est un pays pauvre avec un revenu par tête d'habitant estimé à 570.USD<sup>1</sup>. Les exploitations minières sont les plus importantes sources du produit intérieur brut (PIB), et le secteur informel occupe une place de plus en plus importante dans le secteur économique. Malgré les nombreuses réformes observées depuis le changement de régime politique en 1984, la Guinée est l'un des pays d'Afrique où les niveaux de revenu et de satisfaction des besoins essentiels de la population sont les plus bas avec des disparités régionales notables.

Depuis le début des années 2000, on note un ralentissement de la croissance économique secondaire aux problèmes de gouvernance, majorés par les climats conflictuels armés dans le voisinage immédiat (Libéria, Sierra Léone, Guinée Bissau et Côte d'Ivoire). La proportion de la population frappée par la grande pauvreté a considérablement augmenté depuis lors, passant de 40% en 1996 à 56% en 2006, faisant de la Guinée l'un des pays les moins avancés du monde (classé 186<sup>ème</sup> sur 187 pays selon le Rapport sur le développement humain 2011 du PNUD).

Le niveau d'instruction de la population est faible et les disparités entre les hommes et les femmes sont importantes et marquées par les différences liées au lieu de résidence. Le taux net de scolarisation au primaire pour l'ensemble du pays est estimé à 54%, (59% pour les garçons et 49% pour les filles). Le taux d'alphabétisation de la population varie entre 40% et 50% selon les régions<sup>2</sup>.

## **1.2. POLITIQUE ET PROFIL SANITAIRES**

Plusieurs initiatives ont été prises par la République de Guinée en matière de santé de la reproduction. On peut citer entre autres la mise en œuvre du Programme National de Maternité Sans Risque, l'adoption de la stratégie avancée en matière de soins intégrés, le développement d'un document sur les normes et procédures en SR. On note une couverture sanitaire suffisante en nombre d'infrastructures par rapport à la population desservie ainsi que l'existence de mutuelles de santé pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement (MURIGA) dans plusieurs préfectures du pays.

Cependant, sur le plan national, il existe peu de données sur l'épidémiologie des FO (prévalence et incidence). Néanmoins, l'analyse situationnelle effectuée en juillet 2007 par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique avec l'appui de l'UNFPA a permis d'identifier les zones où les fistules récentes ont été plus fréquentes (Haute Guinée à 58,2% et Guinée Forestière à 17,6%) et de dégager un certain nombre de problèmes tels que :

---

<sup>1</sup> EDSG III 2005

<sup>2</sup> Feuille de Route nationale 2006-2015 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, périnatale, néonatale et infanto-juvénile

- l'absence d'intégration de la question des fistules obstétricales dans le Paquet Minimum des Activités (PMA) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- l'insuffisance d'information des leaders d'opinions et décideurs sur les FO et leurs conséquences ;
- les FO ne sont pas explicitement mentionnées dans le Plan National de Développement Sanitaire 2003-2012 quoique prises en compte dans la Feuille de Route ;
- l'insuffisance de ressources pour la prise en charge des cas de FO ;
- la fragmentation avec des interventions parcellaires diversement soutenues par des partenaires au développement.

## **II. ANALYSE SITUATIONNELLE DES FISTULES OBSTÉTRICALES EN GUINÉE**

### **2.1. ÉPIDEMIOLOGIE DES FO EN GUINÉE**

En Guinée, d'une manière générale, la situation épidémiologique de la FO est peu documentée. Il n'existe pas d'informations exhaustives sur l'incidence et la prévalence des FO. Les données de l'analyse de la situation de 2007 menée dans 205 structures de santé des 7 régions administratives du pays (incluant tous les hôpitaux et les centres de santé urbains), ont montré que pour une population cible d'une quarantaine de femmes victimes de FO initialement prévue, 98 femmes porteuses de FO ont été recrutées dans les structures de santé des différentes régions. Cela laisse supposer que le nombre de victimes de FO pourrait être au dessus des estimations effectuées jusqu'au moment de l'enquête.

L'évaluation du projet d'appui à la création d'un centre régional de prévention et de PEC des FO à Kankan, réalisée en mars 2011, montre que sur 300 femmes attendues durant la période de mise en œuvre du projet (2009-2010), 209 ont été reçues et 162 traitées.

De 2006 à 2007, les interventions d'EngenderHealth dans les sites de réparation de Kissidougou et Ignace Deen ont permis, sur un total de 414 cas qui nécessitaient une réparation chirurgicale, d'opérer 292 cas, et d'en guérir 213.

L'analyse situationnelle de 2007 a permis de constater que les régions naturelles de la Haute Guinée et de la Guinée forestière, avec respectivement 58,2% et 17,6% de cas de FO, renferment le plus de victimes récentes de FO dans les structures sanitaires. Les mêmes observations ont été faites dans les régions administratives de Kankan et de Faranah, avec des taux de 40,5% et 30,7%, ainsi que dans les préfectures de Kankan (15,7%), Kissidougou (13,1%) et Siguiri 9,8%) qui détiennent le plus de cas de FO.

On note également une concentration des cas (73,9%) en milieu rural.

La majorité des études hospitalières réalisées montre que la Moyenne Guinée est la zone de provenance la plus importante des cas de FO, ce qui pourrait être dû à certaines pratiques culturelles telles que le mariage précoce<sup>3</sup>.

Des renseignements plus poussés sur l'épidémiologie des FO peuvent servir de base à la mise en œuvre des activités de lutte contre les FO en Guinée et font l'objet de la présente stratégie.

## **2.2. PROFILS DES VICTIMES DE FO EN GUINEE**

Les tranches d'âge les plus touchées par la FO en Guinée sont celles de 36 à 40 ans dans 17,6% des cas. Les 50 ans et plus constituent 12,4% des cas. La plupart des victimes de FO en Guinée sont ménagères (78,4%), mariées (66,0%) et vivent dans des ménages polygames (61,4%). Le mariage précoce (entre 15 et 16 ans) est retrouvé dans 50,4% des cas de FO, et plus d'une patiente sur trois (35,3%) a eu 2 à 3 gestations. L'excision est retrouvée chez 98,0% des victimes de FO, pratiquée à un âge très jeune (entre 5-10 ans). Dans 64,1% des cas, les victimes de FO n'ont pas reçu d'éducation formelle ; cependant 26,1% ont bénéficié de l'enseignement coranique. Les revenus de ces personnes proviennent surtout de leur famille (37,3%) ou de leur mari (34,6%).

## **2.3. CAUSES DE SURVENUE DES FISTULES OBSTETRIQUES EN GUINEE**

### **2.3.1. Causes liées à l'accès aux soins obstétricaux**

En Guinée, la fréquentation des établissements sanitaires est faible, en raison de nombreux facteurs socio économiques, entre autres la pénurie de produits de santé et autres fournitures médicales. Selon l'évaluation nationale des soins obstétricaux d'urgence de 2004, près de 73,1% des besoins en soins obstétricaux d'urgence n'étaient pas satisfaits<sup>4</sup>.

Selon les données de l'EDSG II réalisée en 1999, le taux de couverture en consultation prénatale (CPN) est passé de 58% en 1992 à 71% en 1998, il reste à évaluer la qualité des prestations offertes au cours de ces CPN.

Depuis plus de 10 ans, la Guinée compte bon nombre de réfugiés et de personnes déplacées du Libéria depuis 1991, de la Sierra Leone depuis 1996 et de la Cote d'Ivoire depuis 2002, pour des raisons de guerres civiles. Ceci rend difficile l'offre de services sociaux de base par les structures publiques et entraînent des conséquences néfastes pour les populations d'accueil et le système de santé.

---

<sup>3</sup> Analyse situationnelle sur les fistules obstétricales en Guinée' Ministère de la Santé Publique, Juillet 2007

<sup>4</sup> Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction pour la période 2008-2012

Selon l'EDSG III, en Guinée, seulement 38% des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel qualifié, en majorité des sages-femmes, des infirmières ; dans seulement 5% des cas, les médecins ont assisté aux accouchements. À l'opposé, on relève que dans 29% des cas, la naissance s'est déroulée avec l'assistance de parents et d'amis et que, dans 24% des cas, c'est une accoucheuse traditionnelle qui a assisté la femme. Il faut souligner que 9% des femmes ont accouché sans aucune assistance et que dans 2% des cas, il a fallu effectuer une césarienne. Le recours à la césarienne, bien que très faible, est plus fréquent en milieu urbain (5%) qu'en milieu rural (moins de 1%).

Le rapport de l'évaluation nationale des besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) de 2003 réalisée par le Programme National de Maternité Sans Risques avec l'appui de l'UNICEF, a mis en évidence l'absence de 2 composantes essentielles sur 6 en matière de soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) dans la quasi-totalité des structures de santé de base. Ce sont : l'administration des ocytociques par voie injectable et l'accouchement par voie basse assistée par ventouse ou par forceps.

L'analyse de la situation sur les FO de 2007 et l'analyse du fonctionnement des services de SOU ont montré d'importants problèmes tels que l'insuffisance en ressources humaines tant en quantité qu'en qualité, la répartition inégale des ressources humaines entre les régions, l'insuffisance des équipements médicaux techniques et le manque notoire d'équipement de réanimation du nouveau-né.

Pour les fistules déjà révélées, plusieurs facteurs tels que l'absence de politique de formation des chirurgiens au traitement des FO, l'ignorance par les femmes souffrant de FO de l'existence d'un traitement chirurgical efficace, l'insuffisance de moyens financiers, l'absence d'aide substantielle à la prise en charge et à la réinsertion sociale, limitent l'accès au traitement. Dans les services qui prennent en charge les fistules obstétricales à Conakry (Service d'Urologie de l'Hôpital Ignace Deen, service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Donka), la caractéristique essentielle des cas est le retard dans la prise en charge de ces femmes qui dans 80% des cas sont abandonnées par leurs maris.

L'enquête a révélé que 44,4% des femmes souffrant de FO ont fait leur premier accouchement entre 16 et 17 ans. La fistule est survenue lors du 2<sup>ème</sup> accouchement dans 20,9% des cas. Dans 82,4% des cas, le travail d'accouchement a commencé à domicile, et dans 72,5% des cas, la durée du travail a été supérieure à un jour. Ce travail dystocique, caractérisé par la stagnation du mobile fœtal en contact prolongé avec la vessie entraîne une nécrose des parois vésico-vaginales et/ou recto-vaginales par ischémie. La chute de l'escarre provoquée par cette ischémie survient dans les 8 jours qui suivent l'accouchement et est responsable de l'apparition de la FO. Le mode d'accouchement le plus incriminé dans la survenue de la FO est la voie basse spontanée, suivi de la césarienne. Ceci pose le problème du moment de réalisation des césariennes, des conditions et de la qualification du personnel de santé réalisant ces interventions.

En Guinée, on note une insuffisance de suivi des grossesses et accouchements assistés, avec une qualité de la prise en charge des grossesses et de l'accouchement encore faible. En effet, bien que le taux de consultation prénatale avec au moins une CPN ait connu une progression entre 1992 (44%), 2000 (71%) et 2004 (81%), le pourcentage de femmes enceintes ayant fait trois CPN au moins dont une au neuvième mois n'a pratiquement pas changé. Le taux d'accouchements assistés par un personnel médical qualifié reste insuffisant avec 35% en 2007<sup>5</sup> contre 38% en 2005 et 29% en 2000<sup>6</sup>.

### **2.3.2. Connaissances, équipements et infrastructures pour le traitement de la fistule obstétricale en Guinée**

La FO nécessite un traitement chirurgical. Plus de 90 % des femmes souffrant de FO peuvent être guéries après une seule intervention chirurgicale, reprendre une vie active et avoir d'autres enfants. Pourtant beaucoup de femmes et leurs familles ne savent pas que la FO peut être traitée. La plupart des centres, quand ils existent, sont souvent trop éloignés ou trop chers et ne disposent pas de toutes les capacités de prise en charge adéquate des FO. De plus, la majeure partie des médecins n'est pas formée à la chirurgie de la FO.

En Guinée, on note une prise en charge des SOU inadéquate dans les 21 structures de SOUC à travers le pays, avec des indicateurs très faibles par rapport aux recommandations des Nations Unies. En effet, pour un besoin minimum de 70 structures de soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB), le pays ne dispose d'aucune formation qui développe les 6 fonctions essentielles ; on note 12% d'accouchements assistés pour un minimum acceptable de 15% et 21% de complications prises en charge pour un minimum acceptable de 100% ; on note par ailleurs 0,8% de césariennes pour un minimum acceptable de 5 à 15% et 7% de létalité pour un maximum acceptable de 1%<sup>7</sup>.

L'analyse de la situation sur les FO en Guinée montrait que le délai d'attente avant l'intervention a varié de moins d'un mois à quinze mois, avec une moyenne de 5,3 mois, s'expliquant par :

- le faible nombre de personnels capables de réaliser la prise en charge chirurgicale ;
- la faible disponibilité de matériels appropriés et de consommables ;
- la faible disponibilité des blocs opératoires, qui dans la majorité des hôpitaux préfectoraux et régionaux sont communs à toutes les spécialités chirurgicales, surchargés par la résolution des problèmes liés aux pathologies urgentes ;

---

<sup>5</sup> Analyse situationnelle sur les fistules obstétricales en Guinée' Ministère de la Santé Publique, Juillet 2007

<sup>6</sup> EDS III 2005

<sup>7</sup> Analyse situationnelle sur les fistules obstétricales en Guinée' Ministère de la Santé Publique, Juillet 2007

- et enfin, l'incapacité pour la plupart des patientes de supporter les coûts des prestations en l'absence de fonds disponibles au sein des structures de santé pour ce genre de pathologie.

On note également une insuffisance de structures disposant de SOUB et de SOUC reconnues sur le plan national et capables de fournir les prestations requises, par manque de personnel qualifié et par insuffisance d'équipements adéquats.

L'évaluation des connaissances du personnel de santé sur les causes de survenue des FO a montré que pour 84,4% du personnel de santé, c'est l'accouchement dystocique par voie basse qui est responsable de la survenue des FO. A Kindia 15,0% des enquêtés ont évoqué la non protection du périnée.

Le type de traitement le plus connu par le personnel de santé est le traitement chirurgical (81,0%). Dans 3,7% des cas, le personnel donne une réponse complètement aberrante sur la possibilité de traitement par les antibiotiques et les anti-inflammatoires.

Les signes évoqués par le personnel de santé sont : les pertes involontaires d'urine et/ ou de selles et les odeurs nauséabondes (87,9%).

### **2.3.3. Causes sociales sous-tendant la survenue des FO en Guinée**

#### ***Mariages et maternités précoces***

Selon l'EDS Guinée 2005, l'âge d'entrée en union des femmes est précoce. Environ une femme de 25-49 ans sur quatre est déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans, alors que la loi AN 54 du 14 avril 1962 fixe l'âge au mariage à 17 ans pour les filles et à 18 ans pour les garçons. L'âge moyen à la première union est de 16 ans pour les femmes et de 26 ans pour les hommes.

En Guinée, on note une fécondité précoce élevée (154 ‰ à 15-19 ans) qui augmente très rapidement pour atteindre le maximum à 25-29 ans (247‰) avant de décroître. La fécondité des femmes en Guinée reste élevée puisqu'en arrivant en fin de vie féconde, une femme a, en moyenne 5,7 enfants. La fécondité précoce est surtout observée en milieu rural où elle est de 187 ‰ à 15-19 ans contre 104 ‰ en milieu urbain (EDSIII 2005). En Guinée, 7% des femmes ont leur premier enfant avant l'âge de 15 ans, 28% avant 18 ans et 32% avant l'âge de 20 ans, témoignant de la précocité des maternités.

On en déduit alors aisément, au vu de ces chiffres, qu'en Guinée, les mariages sont précoces, les grossesses et maternités également, et de surcroît, souvent trop rapprochées.

### ***Place de la planification familiale en Guinée***

En Guinée, la prévalence contraceptive est faible, de l'ordre de 9% pour toutes les méthodes et de 6% seulement pour les méthodes modernes<sup>8</sup>. Pourtant, les services de PF sont intégrés dans les établissements de soins. Dans 22% des cas, les besoins exprimés en PF n'ont pas été satisfaits. Cela est dû entre autres à :

- une insuffisance de personnel surtout en zone rurale avec une faible compétence à offrir des services de PF de qualité ;
- une intégration insuffisante des services de PF dans les services de santé maternelle et infantile, notamment dans les cliniques privées et centres socio éducatifs ;
- une déficience du système de distribution et d'information logistique des contraceptifs ;
- et d'importantes pesanteurs socioculturelles.

### ***Pratiques traditionnelles néfastes***

Les comportements non propices à la santé sont dus, entre autres, au bas niveau économique de la population, à la persistance de certaines habitudes traditionnelles, à l'insuffisance d'informations sur la sexualité considérée comme sujet tabou, donc jamais intentionnellement évoqué par les parents à l'endroit des enfants.

Selon les données de l'EDSG III de 2005, l'excision est une pratique généralisée en Guinée ; la quasi-totalité des femmes (96%) sont excisées. Une femme sur trois a été excisée dans la petite enfance, sans variation du milieu de résidence, de la région ou du niveau d'instruction. Seulement 10% des femmes ont été excisées par du personnel de santé (médecin, infirmière ou sage-femme). La majeure partie des femmes (69%) approuve la continuation de l'excision et un peu moins d'une femme sur cinq (19 %) souhaite son abandon. La reconnaissance sociale (64%) et la nécessité religieuse (32 %) sont les principales raisons évoquées pour la pratique de l'excision.

Suite à des campagnes médiatiques de lutte contre la pratique de l'excision, des exciseuses traditionnelles ont décidé volontairement de « déposer le couteau de l'excision » dans plusieurs préfectures du pays. La préfecture de Kouroussa a été la première en 1999.

La volonté politique du gouvernement guinéen de lutter contre la pratique de l'excision s'est manifestée par l'adoption et la promulgation de la loi L/10/AN/2000 portant sur la Santé de la Reproduction qui protège l'intégrité physique de la femme. Des textes d'application de cette loi ont été élaborés et publiés ; ils prévoient des dispositions pénales à l'encontre de tous ceux qui transgresseraient la loi.

---

<sup>8</sup> Feuille de route Nationale 2006-2015 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, périnatale, néonatale et infanto-juvénile



Les résultats de l'EDSG III indiquent que l'excision se pratique de moins en moins tard et de plus en plus fréquemment entre 5 et 9 ans. Au total, 94 % des filles de femmes enquêtées sont ou seront excisées, soit une proportion pratiquement identique à celle observée pour les femmes enquêtées (96 %), ce qui ne laisse pas présager du déclin de la pratique de l'excision en Guinée dans un proche avenir.

### ***Violences sexuelles et violences basées sur le genre***

La majorité des cas de FO survient dans un contexte obstétrical incommode. Cependant, certains cas sont directement liés à des déchirures au cours d'un viol ou d'un traumatisme vaginal se produisant ou non dans le ménage. Il est difficile d'estimer la prévalence des FO causées par des abus sexuels, car les victimes, de peur d'être stigmatisées ou par manque d'accès aux soins, ne s'adressent pas aux structures sanitaires. Les violences sexuelles sont fréquemment retrouvées dans les situations de guerre, et sont utilisées comme un moyen de pression, de menace, d'intimidation, de contrôle ou même de chantage de l'agresseur à l'endroit de la victime. Des estimations réalisées par des travailleurs sociaux dans certains pays en guerre montraient qu'une femme sur trois avait été victime de viol et que la majorité des nouveaux cas de FO survenue dans ces zones était causée par le viol<sup>9</sup>.

En Guinée au cours des conflits socioéconomiques de janvier et février 2007, le phénomène des violences sexuelles et violences basées sur le genre a été exacerbé avec la naissance de nombreux foyers de tension et leur suite d'effets préjudiciables. La plupart des auteurs des violences était des hommes, ce qui expose constamment des milliers de filles et de femmes à toutes les formes de violences et de sévices. Ces violences surviennent tant dans les familles que dans la communauté, sur les lieux publics et privés, tout aussi fréquemment dans les grandes villes que dans les campagnes<sup>10</sup>.

Pourtant, la législation guinéenne et la loi L10 prévoient une assistance aux victimes de violences sexuelles et stipulent que toutes les personnes, y compris les victimes de violences sexuelles, ont droit à la protection et au respect des droits de l'homme. Les prestataires de services se doivent donc de respecter les droits des victimes de violences sexuelles. En avril 2009, la Guinée a élaboré un protocole de prévention et de prise en charge intégrées des victimes de viols et violences sexuelles pour une meilleure prise en charge de ces cas, en réponse à la situation. Ce protocole définit l'accompagnement adéquat des victimes de viols et de violences sexuelles sur les plans sanitaire, psychosocial, juridique, économique et financier et offre les éléments de base pour la protection des victimes de violences sexuelles.

---

<sup>9</sup> OMS. Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, Fistules Obstétricales, Principes Directeurs pour la prise en charge clinique et le Développement de Programmes, Département pour une grossesse à moindre risque, 2009

<sup>10</sup> Protocole de Prévention et de Prise en Charge Intégrée des victimes de Viols et Violences Sexuelles en Guinée, Procédures d'accompagnement des Prestataires de Services, Avril 2009

## ***Pauvreté et statut de la femme en Guinée***

Les causes directes des FO sont représentées par la dystocie et le manque de soins obstétricaux d'urgence. Cependant, l'extrême pauvreté en constitue un important facteur sous-jacent, et la plupart du temps, les femmes ayant une FO sont pauvres, mal nourries, non instruites et vivent dans des régions rurales très reculées<sup>11</sup>.

Selon le DSRP 2011-2012, en 1994, les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté représentaient 62,6% de la population. Ce taux a connu une baisse considérable et est passé à 49,2% en 2002 avec un recul de tous les autres indicateurs de pauvreté. Cependant, en 2010, on note une augmentation de l'incidence de la pauvreté à 58%. Le taux de croissance de l'économie est passé de 1,8% en 2007 à 4,9% en 2008 pour retomber à -0,3% en 2009.

Les facteurs de vulnérabilité retrouvés dans l'analyse situationnelle et considérés comme obstacles majeurs à la prise en charge adéquate des FO en Guinée sont essentiellement économiques (frais des usagers incluant le transport, frais hospitaliers, médicaments), culturels (croyances et traditions telles que la malédiction ou la sanction divine).

Certains ménages en Guinée, pour des raisons d'éloignement de l'école, de coûts liés à la scolarisation (tenue, fournitures, nourriture) ou de besoin d'aide dans les travaux ménagers, préfèrent garder les filles à la maison. En outre, des abandons consécutifs aux grossesses non désirées ou aux mariages précoces des filles pourraient aussi contribuer à expliquer la situation précaire des jeunes femmes et filles<sup>12</sup>.

## **2.4. CONSEQUENCES SOCIALES DES FISTULES OBSTETRIQUES EN GUINEE**

Des milliers de jeunes filles et femmes victimes des FO dans les pays à faibles ressources vivent dans la honte et l'isolement, souvent abandonnées par leur mari et exclues par leur famille et leur communauté. Elles vivent généralement dans la pauvreté, rejetées ou blâmées par la société, incapables de gagner de l'argent, et sombrent progressivement dans le dénuement et le désespoir.

Selon des études menées en Afrique Subsaharienne et en Asie, plus de 2 millions de jeunes femmes vivent avec une FO non soignée, et 50 à 100 000 nouveaux cas surviennent chaque année<sup>13</sup>. De toute évidence, les FO constituent un véritable problème de santé publique du fait de leur fréquence et des conséquences lourdes, portées par les victimes tant sur le plan physique que psychosocial et économique.

---

<sup>11</sup> Fistules Obstétricales, Principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programme; OMS 2009

<sup>12</sup> EDS III Guinée 2005

<sup>13</sup> Principes Directeurs pour la prise en charge clinique et le Développement de Programmes, OMS 2009

Les femmes victimes de la FO finissent par se sentir inutiles et réduites au silence, surtout face aux agressions verbales de certains membres de la communauté envers elles.

En Guinée, elles sont souvent désignées par des expressions dénigrantes : kholifouï (celle qui urine constamment) en Basse Guinée; youloundho, yîtidoudho (celle qui est perforée) en Moyenne Guinée; sounna kêla (celle qui urine constamment), souba mosso (sorcière) en Haute Guinée etc. On relie même souvent la cause de leur maladie à un comportement d'adultère, avec pour conséquence le mécontentement du mari. Elles finissent alors par perdre l'estime de soi et sont ainsi victimes de marginalisation, de stigmatisation et de discrimination, ce qui contribue à les éloigner davantage des services de soins par repli sur elles-mêmes, entretenant ainsi en elles un sentiment de désespoir permanent.

Le ménage et la vie dans la communauté se transforment en supplice pour la femme souffrant de FO.

Selon l'enquête communautaire réalisée en 2007 sur la situation des FO en Guinée<sup>14</sup>, 76% des enquêtés estiment que la femme victime de FO pourrait être rejetée ou abandonnée, et seulement 17,1% pensent que la communauté pourrait apporter assistance et soutien à la femme souffrant de FO. Ceci met en évidence le manque de volonté à l'assistance des victimes de FO tant par leur entourage immédiat que par leur communauté d'origine.

Malgré tout, certaines résistent à la maladie et continuent de jouer tant bien que mal, leur rôle dans la communauté, comme cela a été souligné à Damakanya dans Kindia par un focus des parentes collatérales de femmes souffrant de FO : «Ici, les survivantes des FO font des travaux champêtres».

### **III. ANALYSE DE LA RÉPONSE**

#### **3.1. STRATEGIES DE PREVENTION DES FO EN GUINÉE**

La prévention de la FO commence par l'éducation et la promotion de la santé dans toute sa globalité. La prévention primaire de la FO offre aux femmes et aux jeunes filles les possibilités de jouir d'un état de santé sexuelle et reproductive idéal. Elle implique la scolarisation des filles pour leur permettre d'avoir les outils nécessaires au retardement de l'âge du mariage, de la première grossesse et de la première maternité, par l'utilisation adéquate des services de SR en général et de PF en particulier. Elle est basée sur la sensibilisation des communautés et des agents de santé aux conditions de survenue des FO, et prend en compte la pauvreté et le statut précaire de la femme. En Guinée, plusieurs ministères tels que celui de l'Éducation, des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, et certains départements du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique contribuent efficacement à la prévention des FO.

---

<sup>14</sup> Analyse situationnelle sur les fistules obstétricales en Guinée' Ministère de la Santé Publique, Juillet 2007.

Pour ce qui concerne la prévention secondaire, elle implique la connaissance des signes prémonitoires de la FO, tels que le travail prolongé, qui doivent être compris par la femme ou la jeune fille elle-même, et par toute la communauté. C'est une stratégie qui s'applique à la femme déjà enceinte, et qui offre toutes les chances à la grossesse d'évoluer dans les conditions optimales de suivi adéquat par le personnel de santé compétent. Les CPN doivent être régulières, et l'accouchement, assisté. Pour cela, la femme aura systématiquement recours aux services de soins obstétricaux complets qui, du reste, devraient être disponibles. L'utilisation du partogramme devient donc indispensable pour prévenir les complications liées à la dystocie mécanique. La référence vers des services de PEC capables d'effectuer une césarienne ou une extraction instrumentale s'avère primordiale en cas d'évolution inadéquate du travail et de l'accouchement. La prévention secondaire implique donc la sensibilisation des populations, des agents de santé et des femmes elles-mêmes sur les facteurs favorisant la survenue des FO et leurs conséquences sur la santé maternelle et infantile. En Guinée, elle est partie intégrante de la politique nationale de santé maternelle et infantile. Certains partenaires au développement tels que l'UNFPA et EngenderHealth effectuent des appuis pour la mise en œuvre de la prévention secondaire dans leurs zones d'interventions.

La prévention tertiaire correspond à l'ensemble des gestes qui permettent d'éviter la survenue d'une FO chez une femme en travail ou chez une accouchée récente à risque. Elle suppose l'utilisation du partogramme pour éviter les complications liées au travail prolongé et à la dystocie, ainsi que l'existence de centres de soins obstétricaux complets à même de réaliser des césariennes et des extractions instrumentales. Un nombre suffisant de personnels de santé (médecins, sage femmes, infirmiers, etc.) devraient être formés aux gestes simples qui sauvent; utilisation du partogramme, mise en place d'une sonde urinaire à demeure permettant la cicatrization des FO de très petite dimension sans intervention chirurgicale. En Guinée, la prévention tertiaire est présente dans les formations sanitaires offrant des SOUB et des SOUC. C'est pourquoi la présente stratégie envisagera la mise à l'échelle nationale de services SOUB et SOUC de qualité qui devraient s'étendre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

### **3.2. LES RESSOURCES HUMAINES**

Il existe un nombre insuffisant et une répartition inadéquate du personnel essentiel aux interventions en santé maternelle, notamment les sages-femmes. L'étude sur l'évaluation des besoins en SOUB et SOUC effectuée en Guinée en 2003, montrait un total de 860 agents de santé de toutes les catégories dans les 21 structures SOUC existantes, dont 8,8% de sages femmes (ce qui dénote un déficit de ce profil de personnel). L'analyse de la situation sur les FO de 2007 montre que les structures de santé emploient surtout un grand nombre d'agents techniques de santé (37,8%).

Les médecins représentent 6% du personnel de santé, dont 4,9% de médecins généralistes et 1,3% de médecins spécialistes seulement.

Le nombre de professionnels intervenant dans la prise en charge des FO en Guinée varie de 2 à 10 par structure, et 23,1% des structures déclarent avoir une équipe de cinq personnes (bloc opératoire et hospitalisation) impliquées dans la prise en charge.

On note une inégalité dans la répartition du personnel qualifié qui se trouve généralement dans les grandes villes et les zones urbaines, en défaveur des zones rurales. En Guinée, cela a pour conséquence l'insuffisance de qualité des SONU, responsable du maintien des taux de morbidités graves et de mortalité maternelle et néonatale à des niveaux très élevés. En effet, une enquête menée en 2007<sup>15</sup> a montré que près de la moitié (46,8%) des médecins spécialistes a été retrouvée à Conakry, du fait de l'existence des hôpitaux universitaires, et à Boké du fait que cette région abrite la plus grande compagnie minière du pays. Cette compagnie dispose de deux hôpitaux à Kamsar et à Sangarédi où exercent de nombreux spécialistes dont des expatriés (36,2%). Les régions de Faranah, Labé et Mamou ne disposent d'aucun médecin spécialiste dans les structures de santé enquêtées. Les sages-femmes sont inégalement réparties dans les régions avec un plus grand nombre à N'zérékoré (43,1%) et à Conakry (37,3%) et un nombre réduit à Mamou et à Labé.

L'enquête a montré que les prestataires de services de santé avaient une bonne expérience professionnelle, chacun en ses grades et qualité. En effet 86,5% des enquêtés ont déjà exercé leur métier depuis plus de 5 ans. Pour ceux spécifiquement impliqués dans la prise en charge des FO, plus de 10 médecins (urologues, gynécologues obstétriciens et chirurgiens) sur 23 avaient une expérience professionnelle allant de 6 à 30 ans.

Une analyse de la situation des FO effectuée lors de l'évaluation du projet « Appui à la création d'un centre régional de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales à KANKAN » de mars 2011 avec l'appui de l'UNFPA a permis de constater qu'il existe des compétences locales pour les cas simples. Il y a également une bonne collaboration avec le Centre Hospitalier Universitaire ainsi qu'avec des experts internationaux pour les cas complexes (Urologues du point G de Bamako, chirurgiens de l'ONG Équilibres et Population, etc.). Cependant, celle-ci n'est pas organisée, rationalisée, rentabilisée au niveau national pour que toutes les femmes souffrant de FO du pays puissent en bénéficier. Les appuis par les partenaires sont organisés en fonction des cas et des relations qui existent entre ces derniers et les experts. Toutefois, l'inquiétude qui se présente est celle de la prise en charge des cas complexes de poly chirurgie.

### **3.3. SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES FO EN GUINEE**

Les deux hôpitaux nationaux renferment du personnel capable d'opérer les FO. De même, six hôpitaux régionaux sur sept (hormis Conakry), et 9 hôpitaux préfectoraux sur 33 renferment du personnel à même d'opérer une fistule. Ces structures reçoivent une subvention de l'État dans 10,7% des cas, couvrant également la PEC des FO, puisque celle-

---

<sup>15</sup> Analyse situationnelle sur les FO en Guinée, Ministère de la Santé Publique, Juillet 2007

ci est intégrée dans le PMA des structures sanitaires. Dans 46% des cas, ces structures ont recours essentiellement aux fonds de recouvrement. Seulement 1% déclarent avoir une autre source de financement.

Le personnel intervenant dans la prise en charge des FO au sein de ces hôpitaux comporte essentiellement des urologues spécialisés ou en cours de formation (22,7%), des gynécologues spécialisés ou en cours de formation (27,3%), des chirurgiens spécialisés ou en cours de formation (18,2%), des infirmiers qualifiés (18,2%) et des sages-femmes qualifiées (13,6%).

Les services offerts dans le cadre de la prise en charge des FO sont la chirurgie, pratiquée dans 46% des structures, et la prise en charge psychologique (en plus de la chirurgie) dans 54% des structures.

Dans 85,2% des cas, les accouchements ont lieu dans les zones urbaines, et dans 14,8% des cas, dans les centres de santé ruraux. Les sages femmes interviennent peu dans les accouchements à cause du déficit important de cette catégorie de personnel dans la plupart des formations sanitaires.

L'extraction instrumentale est faible dans la plupart des régions et quasiment nulle dans quatre régions sur huit. La césarienne est peu pratiquée et le taux le plus faible a été observé à Conakry.

Les complications maternelles les plus rencontrées en Guinée après un travail d'accouchement prolongé sont les ruptures utérines dans 28,9% des cas puis les fistules obstétricales dans 11% des cas<sup>16</sup>

### **3.4. LE SYSTEME DE REFERENCE**

En Guinée, les taux de référence sont relativement faibles dans toutes les structures, et particulièrement dans les hôpitaux nationaux censés pourtant recevoir le plus grand nombre de patientes référées. Les taux les plus élevés ont été observés dans les hôpitaux régionaux et préfectoraux. La faiblesse des taux de référence est liée à une organisation inappropriée du système de référence et à la sous notification des cas de FO. Cette faiblesse est due à la gestion inadéquate des registres de référence et de contre référence dans les hôpitaux, et plus particulièrement dans les hôpitaux de référence<sup>17</sup>. L'analyse situationnelle montre que la plupart des patientes (48,4%), n'ont pas bénéficié d'un transfert organisé. Celles qui en ont bénéficié ont été transférées en taxi dans 14,4% des cas. Aucun transfert médicalisé en ambulance n'a été mentionné par l'enquête.

---

<sup>16</sup> Analyse situationnelle FO Guinée juillet 2007

<sup>17</sup> Analyse situationnelle sur les FO en Guinée, Ministère de la Santé Publique, Juillet 2007

### **3.5. POSSIBILITES D'HEBERGEMENT DES FEMMES VICTIMES DE LA FO EN GUINEE**

Selon les structures enquêtées lors de l'analyse situationnelle, le coût de l'hébergement varie de 0 à 700.000 FG, avec une moyenne de 87.395,83 FG. Ce coût (probablement sous-estimé), ne comporte que l'hébergement simple, sans les frais de nourriture.

Sur 52,2% de structures ayant exprimé une réponse sur la facilité d'accès aux structures de soins, plus de la moitié pense que cet accès est facile.

La majorité des structures enquêtées a déclaré qu'il n'y a pas de possibilités d'aide pour les femmes victimes de FO et n'a aucune idée sur le type d'aide à donner. Cependant, quelques structures proposent entre autres la mise à disposition de fonds d'indigence et d'équipements dans les structures de santé, l'organisation des femmes guéries de la FO en coopératives, la création de centres de prise en charge psychologique, etc.

Pour le personnel des structures sanitaires, certaines solutions sont à envisager, comme : amener la femme à l'hôpital, se référer à un spécialiste, effectuer la prise en charge de la femme, former le personnel et organiser des mutuelles communautaires. La sécurisation des ménages des victimes de FO passerait d'abord par la sensibilisation et l'information des femmes, de leur entourage ainsi que de la communauté, puis ensuite par le traitement.

### **3.6. REINSERTION DES FEMMES VICTIMES DE FO DANS LA SOCIETE**

Dans 52% des cas, la sensibilisation a été citée comme étant le moyen le plus efficace pour une réinsertion sociale réussie des victimes de FO, suivie du traitement dans 21,2% des cas et de l'assistance sociale et financière aux femmes souffrant de FO dans 15,9% des cas.

### **3.7. CREATION D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE PAR L'IMPLICATION DE LA COMMUNAUTE**

La communauté doit prendre conscience de l'utilité de développer l'accès aux soins et l'utilisation de services de santé de qualité pour améliorer la santé maternelle et néonatale. L'éducation et la promotion de la santé, surtout en matière de prévention de la FO sont essentielles. C'est pourquoi les ONG locales et autres groupes communautaires actifs, incontournables pour la sensibilisation en matière de FO et de possibilités de traitement en Guinée, ont été impliqués dans le développement de la présente stratégie, de son plan pluriannuel et de son plan d'action annuel 2012.

## **DEUXIÈME PARTIE : LA STRATÉGIE DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES F.O. EN GUINÉE**

### **IV. COMPOSANTES ESSENTIELLES DE LA STRATÉGIE**

La présente stratégie intègre simultanément les actions de prévention et de traitement de la FO et considère l'épanouissement social des femmes victimes de FO en Guinée comme un élément indispensable de la stratégie.

Elle fait partie intégrante de la politique nationale de santé maternelle et néonatale, y compris l'accès à des soins de qualité pendant l'accouchement et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence de base et complets. C'est une composante-clé des programmes d'éducation à la santé.

Elle est fondée sur les résultats de l'analyse situationnelle sur les FO réalisée en 2007 par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique avec l'appui de l'UNFPA, sur l'évaluation des besoins, ainsi que sur une bonne compréhension des circonstances médicales et sociales responsables de la survenue des FO en Guinée. C'est un outil de planification pour la mise en place de services de soins durables basés sur le développement de compétences locales accessibles pour une meilleure prise en charge des FO.

Elle permettra de traiter les questions sociales et culturelles qui entravent la prévention et la prise en charge systématiques des victimes de la FO en Guinée. Ces questions étant surtout liées aux barrières socioculturelles favorisant le statut précaire de la femme en Guinée (le mariage et la maternité précoces, la faible scolarisation de la jeune fille etc.), le faible accès à la planification familiale, la pauvreté, et l'insuffisance de recours à des soins adéquats en cas de complications de la grossesse ou de l'accouchement.

### **V. FONDEMENTS DE LA STRATEGIE**

La stratégie de prévention et de prise en charge des FO en Guinée est basée sur trois éléments fondamentaux qui s'imbriquent dans le temps pour permettre l'optimisation de la lutte contre les FO. Ce sont :

- la prévention de la survenue des FO;
- la prise en charge globale des cas de FO;
- la réinsertion socio-économique des femmes victimes de FO.



## **VI. BUT DE LA STRATÉGIE**

Le but de la présente stratégie est d'assurer la prévention et la prise en charge adéquates des FO en Guinée par : la sensibilisation, la promotion de la santé, le développement de services de soins de santé maternelle et néonatale de qualité, ceci afin de contribuer au plein épanouissement social des femmes souffrant de FO, dans un environnement sociopolitique favorable à l'élimination des FO, d'ici fin 2016.

## **VII. PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL 2012-2016 DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES FO EN GUINÉE**

Le Plan Stratégique National 2012-2016 de prévention et de PEC des FO en Guinée a été développé à travers une démarche largement participative dont le point de départ a été l'analyse situationnelle sur les FO réalisée en 2007 par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique avec l'appui de l'UNFPA. Cette démarche participative a permis d'impliquer les acteurs œuvrant dans la PEC des FO qui se sont amplement penchés sur la question lors de l'atelier d'élaboration du plan stratégique, organisé à Kindia en novembre 2011.

La planification de cette stratégie est basée sur les analyses, fondements et but cités plus haut et qui ont conduit à l'identification de quatre axes stratégiques, à savoir :

- Prévention des fistules obstétricales et renforcement du système de référence et de recours vers les services de PEC des FO ;
- Prise en charge médico-chirurgicale des victimes de FO dans l'ensemble du pays ;
- Réinsertion socio-économique des victimes de FO ;
- Renforcement de la coordination, de la gestion, du suivi évaluation et de la recherche.

Ces axes comportent des objectifs aboutissant à des résultats définissant les points de concentration de la stratégie. Ces derniers engendrent des actions stratégiques dont les coûts financiers constituent le budget de la stratégie.

### **7.1. AXES STRATEGIQUES**

#### **7.1.1. Axe stratégique 1 : Prévention des fistules obstétricales et renforcement du système de référence et de contre référence en Santé Maternelle et Néonatale en général et des cas de FO en particulier**

Cet axe se penchera sur la prévention de la survenue des cas de FO et de leurs récives, et permettra de répondre aux questions de prévention primaire, secondaire et tertiaire, ainsi qu'aux préoccupations liées à la référence des cas dans les structures de PEC des FO.

La stratégie de prévention primaire sera principalement basée sur la sensibilisation des populations en ce qui concerne les causes de survenue des FO, leurs conséquences sur la vie sociale et reproductive des victimes et les possibilités de traitement. La sensibilisation sera orientée vers la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes (mariages et maternités précoces, mutilations génitales féminines / excision, etc.), la promotion de la santé, l'éducation des femmes, y compris la scolarisation des filles. Cela permettra aux jeunes femmes et filles d'avoir des bases solides d'informations et de connaissances pour mieux protéger leur santé sexuelle et reproductive. Cette action s'inscrit dans le long terme et requiert l'intervention conjointe des ministères autres que celui de la santé (éducation, affaires sociales, promotion féminine et enfance, jeunesse, etc.).

Les stratégies de prévention secondaire et tertiaire, basées sur la reconnaissance des signes précurseurs de la survenue de la FO chez la femme enceinte, la réalisation adéquate des CPN, l'utilisation régulière et appropriée du partogramme, la mise en place d'une sonde à demeure et l'encouragement de l'accouchement à vessie vide seront mises en œuvre. Ces stratégies seront renforcées dans les hôpitaux régionaux couverts qui effectuent des soins obstétricaux complets, et promues dans les 5 hôpitaux régionaux non couverts de Kindia, Boké, Faranah, Mamou et Nzérékoré, ciblés par la présente stratégie dans le cadre du passage à l'échelle nationale de la PEC des FO. Les prestataires de soins seront formés à la reconnaissance des signes prémonitoires des FO et à la pratique des gestes simples de prévention des FO sus cités. La prévention des FO sera intégrée dans le PMA des structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les communautés, une fois sensibilisées, pourront contribuer à l'identification des cas de FO dans la communauté, dans l'optique d'une prévention efficace, basée sur un changement positif de comportement face aux facteurs de risque de survenue des FO et des conséquences sociales engendrées par ces dernières. Les cas détectés au niveau des communautés feront l'objet de référence vers les structures de PEC par les agents communautaires.

A court terme, la stratégie prévoit le renforcement des compétences des agents de santé et des agents communautaires à la référence et à la contre référence des cas de FO au niveau des anciens sites. Celui des agents des nouveaux sites se fera à moyen et long termes.

Les délais d'accès aux structures de PEC seront réduits par l'amélioration du transport communautaire des cas de FO vers les structures de référence.

La contribution des actions d'autres programmes du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, notamment celles visant la réduction de la mortalité maternelle et infantile, ainsi que les actions d'autres départements ministériels tels que l'éducation, les affaires sociales, la promotion de la femme et l'enfance, le transport, la jeunesse, etc. contribueront à la réalisation de cet axe.

**Stratégies :** elles seront basées sur l'IEC / CCC, le plaidoyer et la prévention de la survenue de la fistule obstétricale.

### **7.1.2. Axe stratégique 2 : Prise en charge globale des victimes de FO dans l'ensemble du pays**

Cet axe est bâti autour des mécanismes de renforcement de la prise en charge médicale, chirurgicale et psychosociale des victimes de FO, et répond aux objectifs de prise en charge globale des FO en Guinée.

**Prise en charge médico-chirurgicale :** la stratégie s'appuiera sur les centres de PEC fonctionnels déjà existants et étendra son champ à la création de nouveaux centres dans l'optique d'une couverture nationale adéquate. La recherche de la qualité de la prise en charge médico-chirurgicale nécessitera la mise en place de mécanismes de renforcement des compétences des prestataires de services. Dans cette optique, la formation pourrait se faire par le biais d'un transfert des compétences des prestataires plus expérimentés vers ceux moins chevronnés, d'une part, et par des missions de renforcement des capacités dans des pays de la sous région, d'autre part. Il s'agit des pays comme le Mali ou le Sénégal qui collaborent déjà avec les compétences locales dans la PEC des cas compliqués de FO. L'assurance qualité des actions de PEC s'obtiendra par le biais des supervisions, suivis et évaluations.

Les centres fonctionnels de Kissidougou, Kankan, Labé et Jean Paul II effectuant déjà les réparations des FO, seront renforcés par le développement des capacités des prestataires de services (chirurgiens, médecins, infirmiers, sages femmes, anesthésistes, etc.) et par la mise à disposition de matériaux indispensables à la réparation des FO (équipements, médicaments et consommables) pour un accroissement de leur opérationnalisation.

De nouveaux centres de prise en charge seront créés dans les hôpitaux régionaux de Kindia, Boké, Faranah, Mamou et Nzérékoré, qui n'ont pas encore intégré la cure des FO. Pour rendre efficaces ces nouveaux centres, la stratégie mettra l'accent sur la formation des équipes chargées de la réparation chirurgicale des FO et l'équipement des sites de réparation. La formation des prestataires de services médico-chirurgicaux (chirurgiens, gynéco-obstétriciens, médecins, anesthésistes, infirmiers, sages-femmes, etc.) sera axée sur le diagnostic des FO, et la PEC globale de la FO, y compris la cure, pour le personnel compétent.

A court terme, la stratégie prévoit l'ouverture des sites de Boké et de Nzérékoré. A moyen et long termes, tous les sites de prise en charge des FO seront réhabilités dans le cadre d'un renforcement de leurs capacités d'accueil.

Les campagnes de réparation ponctuelles réalisées avec des missions d'experts internationaux se poursuivront, et seront soutenues et complétées par la prise en charge routinière des cas

de FO dans les centres de PEC. L'intégration de la FO dans le PMA des structures sanitaires se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

La mise à l'échelle nationale des SOUB et SOUC se poursuivra en mettant l'accent sur l'utilisation du partogramme pour chaque accouchement, l'encouragement de l'accouchement à vessie vide et le suivi post chirurgical des cas réparés. La mise à disposition de personnels compétents au niveau des structures de santé se poursuivra également et bénéficiera des actions déjà entreprises dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et de la Politique Nationale en Santé Maternelle et Infantile.

**Prise en charge psychosociale :** elle sera offerte prioritairement aux cas difficiles de poly chirurgie et aux victimes présentant un haut risque de rejets sociaux. L'intervention des organisations communautaires sera utile dans cet axe, avec le concours du Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance. Les acteurs communautaires contribueront à l'accueil des femmes référées au niveau des centres d'hébergement et à l'accompagnement psychosocial des victimes de FO. Les comités de santé pourront également y jouer un rôle capital.

Les obstacles d'ordre financier à la prise en charge des cas de FO verront un début de résolution par la mise en place de mutuelles.

**Stratégies :** formation des prestataires de services à la PEC des FO, renforcement des sites de réparation existants en personnels et en matériel, extension de la PEC à de nouveaux centres, mise à l'échelle nationale des SOUB et SOUC, mise en place de mutuelles.

### **7.1.3. Axe stratégique 3 : Réinsertion sociale des victimes de FO**

Cet axe se construira sur la mobilisation sociale autour de la FO et l'appui socio-économique à ses victimes.

La mobilisation sociale se fera par des campagnes de sensibilisation sur les facteurs de risque de survenue des FO et leurs conséquences sur les victimes. Il tendra à dédramatiser socialement la FO et à la débarrasser de tout préjugé concourant à la stigmatisation et à la discrimination de ses victimes. La mobilisation sociale se construira avec l'appui des communautés (élus locaux, responsables politiques et administratifs, leaders religieux et coutumiers, femmes et jeunes leaders, etc.). Les structures du Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance pourront accompagner les acteurs communautaires dans le cadre de la réinsertion sociale des victimes de FO opérées.

Au plan socio-économique, cet accompagnement se fera, à moyen et long termes, à travers des appuis :

- à la formation en entrepreneuriat pour les victimes de FO ;

- au développement d'activités génératrices de revenus (AGR) par la mise en place et la gestion de micro projets tels que la teinture, la saponification, la coiffure, le maraîchage, etc. ;
- et au suivi des bénéficiaires dans leurs communautés.

Les acteurs communautaires contribueront à la réinsertion socio-économique des victimes de FO. A court terme, la stratégie prévoit le plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur des AGR, ainsi que la mise en place des groupements et des associations de victimes de FO qui bénéficieront par la suite de ces AGR.

**Stratégies :** elles s'articuleront autour de la mobilisation sociale, l'appui organisationnel des femmes guéries ou souffrant de FO, la formation des femmes à l'entrepreneuriat et à la gestion de petits projets et le plaidoyer en faveur du développement des AGR.

#### **7.1.4. Axe stratégique 4 : Renforcement de la coordination, de la gestion, du suivi évaluation et de la recherche**

A court terme, un comité National Multisectoriel sur les FO sera mis en place afin d'assurer la coordination générale ainsi que la gestion de la mise en œuvre du Plan Stratégique National et du Cadre National de Concertation Multisectorielle sur les FO. Dans le cadre du partenariat, l'accent sera mis sur l'implication des acteurs relevant d'autres ministères, notamment ceux de l'action sociale, de la promotion de la femme, de l'administration territoriale, de la décentralisation et de la sécurité, de la jeunesse et de l'emploi des jeunes, de l'éducation nationale et de l'alphabétisation, mais également des organisations de la société civile et du secteur privé. Ce comité effectuera les plaidoyers auprès des parties prenantes pour la mobilisation des ressources nécessaires à l'opérationnalisation de la stratégie.

Dans le domaine du suivi et de l'évaluation, la stratégie prévoit, à court terme, la mise en place d'un système national de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique, ainsi que la mise en place d'une base de données nationale sur les FO. Une enquête nationale sera réalisée pour permettre la documentation exhaustive, entre autres, des aspects épidémiologiques des FO en Guinée car pour le moment, on ne peut pas encore définir sans réserve le nombre de victimes de FO en Guinée. Il est donc indispensable de réaliser cette enquête épidémiologique à l'échelle nationale pour ajuster certains indicateurs et définir provisoirement le nombre de victimes à prendre en charge à partir de 2012.

A moyen terme, la révision et la diffusion des outils de collecte et de compilation des données du Système National d'information Sanitaire de Guinée (SNIGS) permettra de mettre à jour de façon régulière les données sur les FO.

Des enseignements seront tirés de la mise en œuvre du plan et feront l'objet de recherches qui permettront de capitaliser les acquis à moyen et à long termes.

La mise en œuvre de ce plan stratégique se fera avec les principes de la gestion axée sur les résultats. Le suivi et l'évaluation épouseront cette méthode de gestion qui implique la mise en place d'un cadre adéquat de mesure systématique des résultats réalisés, au regard des ressources mobilisées. Ce cadre permettra de suivre, d'analyser, de comprendre et rendre compte du niveau de progression en vue de l'atteinte des objectifs stratégiques. Il permettra également de renseigner les indicateurs de résultats objectivement vérifiables définis dans le plan comme base de suivi et d'évaluation.

**Stratégies :** elles seront basées sur la coordination des organes de gestion et des partenariats, la mobilisation et la gestion des ressources, la recherche et la capitalisation des acquis par le mécanisme de suivi évaluation.

## **7.2. OBJECTIFS ET RESULTATS DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2012-2016, PAR AXE STRATEGIQUE**

Les objectifs et les résultats du plan stratégique national pour la prévention et la prise en charge des FO pendant la période 2012-2016 découlent de l'objectif général, permettant d'identifier les impacts à partir du but de la stratégie, et des axes stratégiques.

Si ces axes montrent globalement le contenu des stratégies à mettre en œuvre, les résultats par objectif stratégique traduisent, point par point, les détails du contenu de la stratégie. Le cadre logique à la base de la planification des actions prioritaires respecte ce principe suivant la répartition des résultats et des objectifs stratégiques ci-après :

### **Objectif général de la stratégie**

Assurer la prévention et la prise en charge globale des FO à l'échelle du pays et promouvoir la réinsertion socioéconomique des victimes

### **Impacts :**

- La qualité de vie des victimes de FO est améliorée grâce au soutien socio économique dont elles bénéficient
- La prévalence des FO au niveau du pays est réduite de 75% par rapport à sa valeur mesurée en 2012
- L'incidence des FO au niveau du pays est réduite par rapport à sa valeur mesurée en 2012.

### **Objectifs stratégiques (OS) par axe stratégique**

**Axe stratégique 1 : Prévention des fistules obstétricales et renforcement du système de référence et contre référence en SMN en général et des cas de FO en particulier**

**OS 1.1 :** Améliorer le niveau de connaissance des communautés sur la problématique des FO

**Résultat :** D'ici fin 2013, la population possède des connaissances justes sur les causes, les conséquences et les possibilités de traitement des FO en Guinée

**OS 1.2 :** Assurer le service de prévention des FO dans toutes les formations sanitaires

**Résultat :** D'ici fin 2016, la prévention des FO est intégrée dans le PMA des structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

**OS 1.3 :** Renforcer le système de référence et de contre référence des cas de FO et le recours vers les services de PEC des FO

**Résultats :**

- D'ici fin 2014, les cas de FO sont détectés, référés et insérés dans les circuits de PEC
- D'ici fin 2014, le délai d'accès aux structures de santé est réduit par amélioration du transport communautaire des cas de FO

**Axe stratégique 2 : Prise en charge médico-chirurgicale des victimes de FO dans l'ensemble du pays**

**OS 2.1 :** Renforcer les capacités de prise en charge médicale et chirurgicale des FO en intégrant la PEC des FO dans le PMA des structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide

**Résultat :** D'ici fin 2015, la prise en charge des FO est intégrée dans le PMA des structures sanitaires, à tous les niveaux de la pyramide

**OS 2.2 :** Renforcer les capacités de prise en charge psychosociale et communautaire des victimes de FO

**Résultats :**

- D'ici fin 2015, tous les comités de santé (CS) délivrent des services de PEC psychosociale des FO
- D'ici fin 2016, toutes les structures communautaires impliquées dans la lutte contre les FO délivrent des services de PEC psychosociale des victimes

**Axe stratégique 3 : Réinsertion sociale des victimes de FO**

**OS 3.1 :** Développer des AGR en faveur des victimes des FO

**Résultat :** D'ici fin 2015, au moins 50% des victimes de FO bénéficient d'une AGR

**OS 3.2 :** Mobiliser les communautés contre la stigmatisation et la discrimination des victimes des FO

**Résultat :** D'ici fin 2016, la perception de la stigmatisation et de la discrimination par les victimes des FO au sein de leurs communautés est réduite significativement

**Axe stratégique 4: Renforcement de la coordination, de la gestion, du suivi évaluation et de la recherche**

**OS 4.1 :** Créer un cadre institutionnel favorable à la prévention et à la PEC des FO pour la coordination et la gestion des actions

**Résultat :** D'ici fin 2012, le Cadre National de Concertation Multisectorielle sur les FO est mis en place et fonctionnel

**OS 4.2 :** Mettre en place un système de suivi évaluation et une base de données nationale sur les FO

**Résultat :** D'ici fin 2013, le système national de suivi évaluation de la stratégie de prévention et de PEC des FO ainsi qu'une base de données nationale sur les FO sont mis en place et fonctionnels.

### **7.3. CADRE LOGIQUE DE DEVELOPPEMENT DU PLAN STRATEGIQUE**

Dans le principe de la gestion axée sur les résultats ou GAR, le cadre logique se focalise généralement sur les objectifs et les résultats. Pour faciliter l'opérationnalisation de la présente stratégie, des actions prioritaires sont également présentées sous chaque résultat. Ces actions prioritaires faciliteront également l'évaluation des coûts et l'élaboration des plans d'actions annuels.

Sous cette optique, le cadre logique ne se limite plus aux indicateurs de résultat mais il permet également de suivre la mise en œuvre des actions prioritaires à travers des indicateurs y relatifs.

Au moment de l'élaboration de ce document, certains coûts des actions prioritaires ne sont pas encore définis et marqués pour mémoire (PM) en raison de l'insuffisance des informations disponibles. Cet aspect pourra être reconsidéré au moment de l'annonce de contribution des PTF et de définition des standards des coûts des différentes activités au niveau de la partie nationale.

Afin de prendre en compte les directives de l'OMS concernant la définition des objectifs à court, à moyen et à long terme, la formulation des résultats stratégiques, qui sont en relation directe avec les objectifs stratégiques, comporte systématiquement l'échéance de leurs réalisations. Les années 2012 et 2013 correspondent à l'échéance à court terme, de 2014 à 2015, l'échéance à moyen terme, et l'échéance à long terme est définie à partir de 2016.



L'année 2012 étant la première année de mise en œuvre du plan stratégique, le premier et le deuxième trimestre seront consacrés à la validation du document et à la mobilisation des ressources. Ainsi, il ne reste plus réellement et effectivement que le deuxième semestre pour la réalisation des actions planifiées.

Dans les directives de l'OMS, les activités de formation doivent se dérouler dans la première année de mise en œuvre de la stratégie. Mais pour la Guinée, il est urgent de concentrer les efforts d'abord sur la mobilisation des ressources et l'établissement d'une base de référence des connaissances sur l'épidémie des FO. Ensuite, il s'agira de mettre en place les structures indispensables pour le démarrage et la mise en œuvre de la stratégie, puis de réaliser certaines activités jugées urgentes par toutes les parties prenantes.

Le tableau ci-après présente le cadre logique de développement du plan stratégique de prévention et de prise en charge des FO en Guinée pour la période 2012-2016.

## CADRE LOGIQUE DE LA STRATEGIE DE PREVENTION ET DE PEC DES FO EN GUINEE

Objectifs stratégiques	Résultats	IOV	Moyens de vérification	Hypothèses / risques	Coûts estimatifs en FG
OG : Assurer la prévention et la prise en charge globale des FO à l'échelle du pays et promouvoir la réinsertion socioéconomique des victimes	La qualité de vie des victimes de FO est améliorée grâce au soutien socio économique dont elles bénéficient	Indice de qualité de vie des victimes de FO	EDS, rapport des bailleurs de fonds ou recherches spécifiques		6 448 416 920
	La prévalence des FO au niveau du pays est réduite de 75% par rapport à sa valeur mesurée en 2012	Prévalence des FO	Enquête épidémiologique Nationale sur les FO		
	L'incidence des FO est réduite par rapport à sa valeur mesurée en 2012	L'incidence des FO			
<b>Axe stratégique 1 : Prévention des fistules obstétricales et renforcement du système de référence et contre référence en SMN en général et des cas de FO en particulier</b>					
OS 1.1 : Améliorer le niveau de connaissance des communautés sur la problématique des FO	D'ici fin 2013, la population possède des connaissances justes sur les causes, les conséquences et les possibilités de traitement des FO en Guinée	% des répondants ayant des connaissances justes sur les causes, les conséquences et les possibilités de traitement des FO	Sondage	Irrégularité des campagnes de sensibilisation.	1 306 000 000
OS 1.2 : Assurer le service de prévention des FO dans toutes les formations sanitaires	D'ici fin 2016, la prévention des FO est intégrée dans le PMA des structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide	% des structures sanitaires ayant intégré la prévention des FO dans le PMA, par niveau	Rapport de monitoring Rapport de supervision	Volonté politique et des PTF	328 416 920
OS 1.3 : Renforcer le système de référence et de contre référence en SMN en général et des cas de FO en particulier	D'ici fin 2014, les cas de FO sont détectés, référés et insérés dans les circuits de PEC	% de cas de FO référés par rapport au nombre théorique de victimes par an	registre de référence et de contre-référence et Estimation de l'OMS	Prestataires délivrant les services de références motivés	270 000 000
	D'ici fin 2014, le délai d'accès aux structures de santé est réduit par amélioration du transport communautaire des cas de FO	Délai moyen d'accès des victimes de FO aux structures sanitaires	Rapport des structures et des agents communautaires et sondage rapide	L'accès aux structures sanitaires n'est pas ralenti par la lenteur de la prise en main effective des malades	
<b>Axe stratégique 2 : Prise en charge médico-chirurgicale des victimes de FO dans l'ensemble du pays</b>					
OS 2.1 : Renforcer les capacités de PEC médicale et chirurgicale des FO en l'intégrant dans le PMA des structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide	D'ici fin 2015, la prise en charge des FO est intégrée dans le PMA des structures sanitaires, à tous les niveaux de la pyramide	% des structures sanitaires ayant intégré la PEC des FO dans leur PMA	Rapport de suivi et d'évaluation des actions d'intégration de la PEC des FO	Engagement des responsables sanitaires et des PTF	2 860 000 000
OS 2.2 : Renforcer les capacités de prise en charge psychosociale et	D'ici fin 2015, tous les comités de santé délivrent des services de PEC psychosociale des FO	% de comités de santé délivrant des services de PEC psychosociale des FO de qualité	Rapport de suivi et de supervision des comités santé	Acceptation de l'intégration de la PEC Psychosociale des FO par les autorités	328 000 000

Objectifs stratégiques	Résultats	IOV	Moyens de vérification	Hypothèses / risques	Coûts estimatifs en FG
communautaire des victimes de FO	D'ici fin 2016, toutes les structures communautaires impliquées dans la lutte contre les FO délivrent des services de PEC psychosociale des victimes	% des structures communautaires délivrant des services de PEC psychosociale des victimes des FO	Rapport de suivi et de supervision des structures communautaires	Les structures communautaires (CS et PS) intègrent les services de PEC psychosociale	
<b>Axe stratégique 3 : Réinsertion socio-économique des victimes de FO</b>					
OS 3.1 : Développer des AGR en faveur des victimes des FO	D'ici fin 2015, au moins 50% des victimes de FO bénéficient d'une AGR	% de femmes victimes ayant un revenu supérieur ou égal à 2 dollars par jour	Rapport de suivi et d'évaluation des AGR	PTF	238 000 000
OS 3.2 : Mobiliser les communautés contre la stigmatisation et la discrimination des victimes des FO	D'ici fin 2016, la perception de la stigmatisation et de la discrimination par les victimes des FO au sein de leurs communautés est réduite significativement	% des victimes des FO ayant répondu ne plus percevoir de la discrimination et de la stigmatisation au sein de leur communauté	Sondage au niveau des victimes des FO	Volonté politique et des PTF pour soutenir les actions	112 000 000
<b>Axe stratégique 4 : Renforcement de la coordination, de la gestion, du suivi évaluation et de la recherche</b>					
OS 4.1 : Créer un cadre institutionnel favorable à la prévention et à la PEC des FO pour la coordination et la gestion des actions	D'ici fin 2012, le Cadre National de Concertation Multisectorielle sur les FO est mis en place et fonctionnel	Note de satisfaction attribuée à l'efficacité de la coordination nationale des interventions en termes de prévention et de PEC des FO	Rapport de suivi et d'évaluation du cadre national	Volonté politique et engagement des PTF à supporter les actions dans ce sens	23 000 000
OS 4.2 : Mettre en place un système de suivi évaluation et une base de données nationale sur les FO	D'ici fin 2013, le système national de suivi évaluation de la stratégie de prévention et de PEC des FO ainsi qu'une base de données nationale sur les FO sont mis en place et fonctionnels	Note attribuée à la mise en place et à la performance du système de S&E et de la base de données	Rapport de suivi et d'évaluation du système et de la base de données	Volonté politique et support des PTF	983 000 000

## CADRE DES ACTIONS PRIORITAIRES

Actions prioritaires	IOV	Moyens de vérification	Hypothèses / risques	Période d'exécution					Coûts estimatifs en FG	
				An 1	An 2	An 3	An 4	An 5		
<b>OG : Assurer la prévention et la prise en charge globale des FO à l'échelle du pays et promouvoir la réinsertion socioéconomique des victimes</b>										
<b>Axe stratégique 1 : Prévention des fistules obstétricales et renforcement du système de référence et contre référence en SMN en général et des cas de FO en particulier</b>										
<b>OS 1.1 : Améliorer le niveau de connaissance des communautés sur la problématique des FO</b>										
<b>Résultat 1.1 : D'ici fin 2013, la population possède des connaissances justes sur les causes, les conséquences et les possibilités de traitement des FO en Guinée</b>										
Établir un partenariat avec les radios de proximité pour la diffusion des messages sur la SR y compris les FO	Nombre de conventions de partenariat signées avec les radios de proximité	Contrat	Conviction des radios pour insérer le programme	X						P.M.
Réaliser 1 émission radio par mois et par région naturelle sur les FO	Nombre d'émissions sur les FO réalisées, par mois et par région naturelle	Programme de diffusion et sondage		X	X	X	X	X		240 000 000
Organiser des séances de sensibilisation communautaire sur les FO dans les régions de Kankan, Faranah, Labé, N'zérékoré, Mamou, Boké	Nombre de séances de sensibilisation communautaire sur les FO réalisées, par région concernée	PV des séances de sensibilisation	Disponibilité des ressources et des populations cibles	X	X	X	X	X		196 000 000
Organiser des caravanes de sensibilisation communautaire sur la détection précoce des cas de FO	Nombre de caravanes réalisées	Rapports d'activités	Agents communautaires motivés		X	X	X	X		800 000 000
Former les agents communautaires à la sensibilisation, la détection et le transfert des cas de FO	Nombre d'agents communautaires formés	Rapports de formation	Disponibilité des ressources pour la formation		X		X			70 000 000
<b>OS 1.2 : Assurer le service de prévention des FO dans toutes les formations sanitaires</b>										
<b>Résultat 1.2 : D'ici fin 2016, la prévention des FO est intégrée dans le PMA des structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide</b>										
Étendre la prévention des FO à 5 hôpitaux régionaux non couverts (Kindia, Boké, Faranah, Mamou et Nzérékoré)	Nombre d'hôpitaux régionaux non couverts dont le personnel a été formé sur la prévention des FO	Rapports de formation	Prestataires de services et personnel disponibles	X	X	X	X	X		248 416 920
Organiser 2 séances de dépistage des FO par site et par an	Nombre de séances de dépistage des FO réalisées et nombre de femmes ayant fait le dépistage	Rapport d'activités des sites de dépistage	Personnel compétent disponible	X	X	X	X	X		80 000 000
<b>OS 1.3 : Renforcer le système de référence et de contre référence en SMN en général et des cas de FO en particulier</b>										
<b>Résultat 1.3.1 : D'ici fin 2014, les cas de FO sont détectés, référés et insérés dans les circuits de PEC des FO</b>										
Renforcer les compétences des prestataires de services de santé et des agents communautaires à la référence et à la contre référence des cas de FO	Nombre de prestataires formés	Rapports de formation	Disponibilité des ressources pour la formation	X		X				105 000 000
Réviser les outils de gestion des structures communautaires en intégrant les FO	% des outils de gestion des prestataires de services de santé intégrant les FO	Contrôle des outils de gestion des prestataires de services de santé	Disponibilité des ressources pour la révision des outils		X	X				50 000 000
<b>Résultat 1.3.2 : D'ici fin 2014, le délai d'accès aux structures de santé est réduit par amélioration du transport communautaire des cas de FO</b>										

Actions prioritaires	IOV	Moyens de vérification	Hypothèses / risques	Période d'exécution					Coûts estimatifs en FG
				An 1	An 2	An 3	An 4	An 5	
Mettre en place un mécanisme de transport des femmes souffrant de FO vers les centres de référence avec les syndicats des transports	Nombre de femmes souffrant de FO référées avec l'aide des transporteurs	Texte officiel de mise en place du mécanisme	Intérêt réel des syndicats de transports à la problématique des FO	X					80 000 000
Organiser le transfert des femmes porteuses de FO par les agents communautaire	Nombre de victimes de FO transférées par les agents communautaires	Rapports des agents communautaires et de suivi	Agents communautaires sensibilisés et motivés	X	X	X	X	X	35 000 000
<b>Axe stratégique 2 : Prise en charge médico-chirurgicale des victimes de FO dans l'ensemble du pays</b>									
<b>OS 2.1 : Renforcer les capacités de prise en charge médicale et chirurgicale des FO en intégrant la PEC des FO dans le PMA des structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide</b>									
<b>Résultat 2.1 : D'ici fin 2015, la prise en charge des FO est intégrée dans le PMA de toutes les structures sanitaires, à tous les niveaux de la pyramide</b>									
Mettre à la disposition des structures de santé un nombre suffisant de ressources humaines qualifiées à la PEC des FO	% de structures de santé ayant un nombre suffisant de ressources humaines qualifiées à la PEC des FO	Évaluation annuelle des ressources humaines des structures sanitaires	Disponibilité de ressources pour le renforcement et l'évaluation des RH	X	X	X	X	X	P.M.
Étendre la PEC des FO à 5 hôpitaux régionaux non couverts (Kindia, Boké, Faranah, Mamou et Nzérékoré) ;	Nombre d'hôpitaux régionaux renforcés pour délivrer des services de PEC des FO parmi les 5	Rapport de formation du personnel et bon de livraison des équipements	Volonté politique et des PTF existe	X	X	X	X		950 000 000
Poursuivre la mise à l'échelle nationale des SOUB et SOUC	Nombre de structures sanitaires délivrant des services de SOUB et SOUC	Équipements, médicaments et consommables de SOUB et SOUC disponibles	Volonté politique et des PTF à poursuivre ce projet	X	X	X	X	X	390 000 000
Renforcer les capacités techniques des sites de réparation existants (Kissidougou, Kankan, Labé, et Jean Paul II) ;	Nombre d'anciens sites délivrant les services de prise en charge médicale et chirurgicale des FO	Équipements, médicaments et consommables de qualité disponibles	Motivation des prestataires et intérêt du politique et des PTF à cette action	X	X	X	X	X	420 000 000
Renforcer les capacités d'accueil des structures de PEC des FO	Nombre d'anciens sites réhabilités (4) et Nombre de centres d'accueil mis en place(5)	PV de réception des bâtiments	Intérêt des entreprises, du politique et des PTF à cette action		X	X	X	X	1 100 000 000
<b>OS 2.2 : Renforcer les capacités de prise en charge psychosociale et communautaire des victimes de FO</b>									
<b>Résultat 2.2.1 : D'ici fin 2015, tous les comités de santé délivrent des services de PEC psychosociale des FO</b>									
Intégrer la PEC psychosociale des cas de FO dans le PMA des comités de santé	Nombre de comités de santé ayant intégré la PEC Psychosociale des cas de FO dans le PMA	PV de réunion d'intégration de la PEC Psychosociale des FO	Refus d'intégration de la PEC psychosociale des FO par les responsables	X	X	X	X		P.M.
Former les membres des comités de santé en activité mutualiste	Nombre de membres des comités de santé formés	Rapports de formation	Indisponibilité de ressources pour former et motiver les comités de santé		X	X	X		P.M.
Doter les comités de santé en outils de gestion	Nombre de comités de santé dotés de nouveaux outils de gestion	Outils de gestion utilisés par les comités de santé	Irrégularité des dotations		X	X	X		P.M.
Assurer un suivi trimestriel des activités des comités de santé	Nombre de CS ayant fait l'objet d'un suivi au moins 1 fois/trimestre	Publication du rapport trimestriel	Indisponibilité de ressources pour le suivi		X	X	X	X	328 000 000

Actions prioritaires	IOV	Moyens de vérification	Hypothèses / risques	Période d'exécution					Coûts estimatifs en FG	
				An 1	An 2	An 3	An 4	An 5		
<b>Résultat 2.2.2 : D'ici fin 2016, toutes les structures communautaires impliquées dans la lutte contre les FO délivrent des services de PEC psychosociale des victimes</b>										
Promouvoir la mutualité au sein de la communauté pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé	Nombre de formations et de sensibilisations réalisées afin de promouvoir la mutualité au sein de la communauté pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé	Rapports de formation et de sensibilisation	Disponibilité des ressources et des communautés		X	X	X	X		P.M.
Organiser l'accueil des femmes référées au niveau des centres d'hébergement	Nombre de femmes accueillies dans les centres d'hébergement	Registre des centres d'hébergement	Disponibilité des ressources pour construire ou réhabiliter les centres	X	X	X	X			P.M.
Assurer l'accompagnement psychosocial des victimes de FO au sein de leurs communautés	Nombre de femmes ayant bénéficié de l'accompagnement psychosocial des structures communautaires	Rapport d'activités des structures communautaires	Capacité technique des structures communautaires	X	X	X	X			P.M.
<b>Axe stratégique 3 : Réinsertion socio économique des victimes de FO</b>										
<b>OS 3.1 : Développer des AGR en faveur des victimes des FO</b>										
<b>Résultat 3.1 : D'ici fin 2015, au moins 50% des victimes de FO bénéficient d'une AGR</b>										
Mettre en place des associations de femmes guéries ou souffrant de FO	Nombre d'associations de femmes victimes de FO mises en place formellement	PV de l'assemblée constitutive et/ou récépissé	Intérêt et motivation des victimes à adhérer à ces associations	X	X	X				28 000 000
Former des femmes guéries ou porteuses de FO à l'entreprenariat et à la gestion de petits projets (coiffure, teinture, couture, petit commerce, etc.)	Nombre d'associations ayant au moins un membre formé à l'entreprenariat et à la gestion des petits projets	Rapports de formation	Disponibilité des ressources à temps		X	X				70 000 000
Mener des plaidoyers auprès du MAS, des personnes de bonne volonté, communautés, fondations, ONG, partenaires pour l'allocation d'un fonds de départ pour les AGR	Nombre de séances de plaidoyers réalisées, montant mobilisé	Rapport d'activité	Volonté des PTF et des parties prenantes	X	X	X	X	X		PM
Subventionner des AGR au profit des femmes guéries ou souffrant de FO	Nombre d'associations ayant bénéficié la subvention d'au moins 1 AGR	Rapport de mise en œuvre et de suivi des AGR	Volonté politique et des PTF			X	X			140 000 000
Suivre la mise en œuvre des AGR	Nombre d'association de victimes des FO ayant fait l'objet d'un suivi au moins 1 fois/trimestre		Inexistence de compétence locale pour suivre les AGR			X	X			P.M.
<b>OS 3.2 : Mobiliser les communautés contre la stigmatisation et la discrimination des victimes des FO</b>										
<b>Résultat 3.2 : D'ici fin 2016, la perception de la stigmatisation et de la discrimination des victimes des FO au sein de leurs communautés est réduite significativement</b>										
Renforcer les capacités des structures impliquées dans la prise en charge communautaire des FO, sur les actions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des victimes	Nombre de structures impliquées dans la PEC communautaire des FO ayant bénéficié d'une formation et d'un appui technique sur les actions contre la stigmatisation et la discrimination	Rapports de formation et d'accompagnement technique	Disponibilité de ressources	X	X		X			P.M.

Actions prioritaires	IOV	Moyens de vérification	Hypothèses / risques	Période d'exécution					Coûts estimatifs en FG
				An 1	An 2	An 3	An 4	An 5	
Mener des campagnes de sensibilisation sur les facteurs de risque de survenue des FO et leurs conséquences sur les victimes afin de les dédramatiser et de se débarrasser des préjugés	Nombre de campagnes de sensibilisation sur les facteurs de risque de survenue des FO réalisées	Rapport de campagnes	Disponibilité de ressource		X	X	X	X	112 000 000
Axe stratégique 4 : Renforcement de la coordination, de la gestion, du suivi évaluation et de la recherche									
OS 4.1 : Créer un cadre institutionnel favorable à la prévention et à la PEC des FO pour la coordination et la gestion des actions									
Résultat 4.1 : D'ici fin 2012, le Cadre National de Concertation Multisectorielle sur les FO est mis en place et fonctionnel									
Créer un Comité National Multisectoriel sur les FO afin d'assurer la Coordination générale et la gestion de la mise en œuvre du Plan Stratégique et du Cadre National de Concertation Multisectorielle sur les FO	Degré de réalisation de la mise en place du comité national multisectoriel sur les FO	Textes de mise en place du comité et rapports de suivi des actions y relatives	Disponibilité et motivation des membres du comité	X					18 000 000
Intégrer les FO dans le PNDS 2013-2022	Note de réalisation attribuée à l'intégration des FO dans le PNDS 2013-2022	PNDS 2013-2022	Volonté politique	X					5 000 000
OS 4.2 : Mettre en place un système de suivi évaluation et une base de données nationale sur les FO									
D'ici fin 2013, le système national de suivi évaluation de la stratégie de prévention et de PEC des FO ainsi qu'une base de données nationale sur les FO sont mis en place et fonctionnels									
Concevoir et mettre en œuvre un plan de S&E de la stratégie, prenant en compte les rencontres bilan périodique ainsi que les évaluations à mi-parcours et finale du plan stratégique	Note de réalisation attribuée à l'élaboration et de la validation du plan de S&E	Plan de S&E et rapport de validation du plan	Disponibilité des ressources et des parties prenantes	X					358 000 000
Organiser une enquête épidémiologique nationale sur les FO	Résultats de l'enquête validés et disponibles	Rapport d'enquête	Disponibilité des ressources et parties concernées	X					300 000 000
Mettre en place et actualiser une base de données nationale sur les FO à partir des résultats de l'enquête épidémiologique FO	Note de réalisation attribuée à la mise en place et l'actualisation de la Base de données sur les FO	PV de réception de la Base de données et son contenu	Disponibilité de ressources et de prestataires compétents	X					50 000 000
Réviser et diffuser les outils de collecte et de compilation des données du SNIGS en prenant en compte les informations produites par la base de données nationale sur les FO	Note de réalisation attribuée à la révision des outils du SNIGS et nombre d'outils diffusés	Outils de collecte et de compilation des données du SNIGS	Volonté politique dans ce sens		X				100 000 000
Identifier, réaliser et publier des recherches en vue de capitaliser les acquis et tirer des enseignements de la mise en œuvre de la stratégie	Nombre d'études et de recherches identifiées, réalisées et publiées	Documents d'études et de recherches	Disponibilité des ressources et des parties prenantes		X				175 000 000

Le coût total du plan stratégique, en dehors des coûts pour mémoire (PM) s'élève à **6 448 416 920** Francs Guinéens.

## TROISIÈME PARTIE : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

### VIII. COORDINATION ET PLAIDOYER POUR LA MOBILISATION DE RESSOURCES

#### 8.1. MISE EN PLACE D'UN CADRE NATIONAL DE CONCERTATION MULTISECTORIELLE SUR LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DES FO EN GUINEE

La mise en place d'un Cadre National de Concertation Multisectorielle sur la prévention, la PEC des FO et la réinsertion socioéconomique constitue la première étape de la stratégie, et vise la création d'un Comité National Multisectoriel sur les FO. Ce Comité sur les FO est partie intégrante du Comité National pour la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile.

##### 8.1.1. Création du Comité National Multisectoriel sur les FO

Le Comité National Multisectoriel sur les FO regroupera des personnes clés en matière de santé maternelle, néonatale et infantile, capables d'assurer un plaidoyer efficace sur les besoins de prévention, de traitement de la FO et de la réinsertion des femmes dans leurs propres zones d'influence et à travers les médias. Elles devraient être à même de travailler en synergie avec le niveau national. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en assurera le leadership et s'attèlera à l'élaboration des termes de référence de ce comité, décrivant les rôles et responsabilités de chaque membre. Le comité national multisectoriel sur les FO en Guinée devrait jouir d'un pouvoir et d'une autonomie pour la prise de décisions, disposant de ressources et de moyens de communication adéquats pour lui permettre de fonctionner efficacement, et collaborer avec les différents partenaires techniques et financiers, notamment : les agences du Systèmes des Nations Unies ainsi que les ONG locales et internationales intervenant dans la prise en charge des FO en Guinée.

##### 8.1.2. Rôles et responsabilités du Comité National Multisectoriel sur les FO

La Coordination générale du Plan Stratégique National 2012-2016 est assurée par le Comité National Multisectoriel sur les FO, sous le leadership du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique qui en garantira la collaboration intra et intersectorielle. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, à travers la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN), collaborera activement avec les communautés, les partenaires institutionnels et opérationnels, ainsi que les bailleurs de fonds dans le cadre de la mise en œuvre du plan. Tous les acteurs seront impliqués dans la conception, l'exécution, le financement et le suivi-évaluation des activités en tirant les leçons des expériences antérieures. Le Comité National Multisectoriel sur les FO en Guinée est chargé, en



collaboration avec tous les acteurs, d'évaluer l'état d'avancement des activités, d'identifier les problèmes et de proposer des solutions dans le strict respect des mécanismes mis en place. Ces mécanismes s'exercent à travers les instances nationales, régionales, préfectorales et sous-préfectorales. Le comité s'organisera pour permettre et faciliter la concertation entre toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre de la présente stratégie et de son plan quinquennal, et veillera à la coordination des niveaux régional, préfectoral et sous-préfectorales à travers les CTRS, CTPS et synthèses sous-préfectorales dans la mise en œuvre du plan.

### **8.1.3. Composition du Comité National Multisectoriel sur les FO**

Le Comité National Multisectoriel sur les FO en Guinée sera composé de représentants d'entités nationales intervenant dans le domaine de la Santé de la Reproduction, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, les Ministères de l'Éducation (dans le but de mener des plaidoyers pour l'intégration de la question des FO dans les curricula de formation scolaire et universitaire à long terme), le Ministère de la communication, le Ministère de l'économie et des finances, le Ministère de l'administration du territoire et de la décentralisation, les sociétés savantes de gynéco-obstétrique, de pédiatrie et d'urologie, les associations caritatives intervenant sur le terrain dans la prévention, le traitement et la réinsertion socio-économique des femmes souffrant de FO, les représentants des coopérations bilatérale et multilatérale engagées dans la promotion de la Santé Maternelle et Infantile, les représentants communautaires (conseils communaux, comités de santé et d'hygiène), et si possible, les représentants des victimes de FO.

Le comité comportera également une administration avec un secrétariat exécutif. Ces différents membres, y compris les techniciens de la santé (gynéco-obstétriciens, urologues, chirurgiens, médecins, sages femmes, anesthésistes, infirmiers, etc.), devraient avoir des compétences en :

- plaidoyer,
- mobilisation de ressources,
- planification stratégique et opérationnelle,
- intégration des thématiques transversales (FO) dans les politiques nationales de santé en général et de santé de la reproduction en particulier,
- suivi évaluation.

## **8.2. DISPOSITIF INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN**

Bien que la coordination générale du plan stratégique soit sous la responsabilité du Comité Multisectoriel, sa mise en œuvre se fera au niveau national sous l'égide de la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition (DNSFN) du Ministère de la Santé et de

l'Hygiène Publique, porteur de la stratégie sur le plan institutionnel. La DNSFN répond de la mise en œuvre et des résultats du plan devant les instances nationales.

### **8.2.1. Au niveau national**

L'opérationnalisation du plan se fera sous la houlette de la DNSFN qui veillera annuellement au développement d'un plan de mise en œuvre du plan quinquennal, à la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières. Elle procédera à l'élaboration et à la diffusion des rapports périodiques de mise en œuvre du plan aux différents bailleurs, à l'État et aux autres acteurs.

### **8.2.2. Au niveau régional**

La mise en œuvre du plan se fera sous la coordination des directions régionales de la santé et de l'hygiène publique en collaboration avec les autres directions des ministères concernés. Les directions régionales de la santé s'assureront que tous les plans des districts contiennent des actions de lutte contre les FO conformes au plan national. Elles veilleront au suivi/supervision des acteurs au niveau des districts et élaboreront les rapports d'étapes sur la base des rapports des districts sanitaires de leurs aires de responsabilité.

### **8.2.3. Au niveau district**

L'équipe de coordination des activités du district veillera à ce que les activités de prévention, de prise en charge des FO et de réinsertion socio-économique des femmes souffrant de FO soient intégrées dans les plans d'action annuels des districts sanitaires et dans les micro-plans des centres de santé. Elle veillera également au suivi/supervision des activités menées par les centres de santé et les acteurs communautaires.

### **8.2.4. Au niveau communautaire**

Les centres de santé, les structures communautaires (ONG et associations) mettent en œuvre les activités de mobilisation sociale, d'identification des cas, de référence et d'accompagnement psychosocial y compris la réinsertion des femmes ayant bénéficié de cure et/ou rejetées par la famille ou par la communauté. Ces activités sont mises en œuvre avec l'implication des leaders communautaires et autres organisations de la société civile.

### **8.2.5. Organisation de la référence des cas de FO par niveau**

Le dispositif est organisé selon la structure pyramidale du système de santé :

- à la base, les formations sanitaires procèdent à une évaluation des besoins de prise en charge médicale et psychosociale des cas identifiés, puis réfèrent à l'échelon supérieur.
- au niveau du district sanitaire, les hôpitaux préfectoraux détectent et reçoivent les cas référés par les centres de santé. Ils assurent la prise en charge médicale et psychosociale et procèdent en cas de besoin à la référence au niveau supérieur. Ils peuvent aussi

assurer la contre référence des cas vers les centres de santé pour le suivi et la continuité de la prise en charge psychosociale ainsi que la réinsertion sociale.

- au niveau régional, les cas identifiés ou référés peuvent faire l'objet de prise en charge médico-chirurgicale si le plateau technique le permet. Les cas compliqués devraient faire l'objet de référence vers le niveau supérieur, tandis que les cas traités et guéris sont référés à l'échelon inférieur pour une continuité de la prise en charge.
- au niveau national, les hôpitaux nationaux seront renforcés et assureront la prise en charge médico-chirurgicale des cas compliqués ainsi que la formation et la supervision des prestataires des services de prise en charge des FO.

### **8.3. COUVERTURE GEOGRAPHIQUE**

Pour la période 2012-2016, le plan stratégique national de lutte contre les FO a pour ambition d'assurer une couverture géographique nationale. Les stratégies qui seront développées viseront à étendre l'offre de services adaptés à l'ensemble des niveaux de la pyramide sanitaire grâce à des options stratégiques et opérationnelles pertinentes et performantes. Tous les districts seront couverts et les activités consacrées à la lutte contre les FO devraient se retrouver dans les plans d'action aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Le secteur privé contribuera davantage à la mise en œuvre du plan par son implication à la PEC médicale des FO et la communauté assurera la mobilisation sociale, la détection et l'orientation des cas de FO vers les centres de PEC. Elle œuvrera à dédramatiser la situation sociale des victimes de FO et contribuera à une bonne réinsertion familiale et sociale des femmes après la cure.

### **8.4. ASSURANCE QUALITE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN**

L'assurance qualité sera transversalement présente depuis le niveau programmatique jusqu'au niveau opérationnel.

#### **8.4.1. Au niveau programmatique**

Un pilotage stratégique permettra de s'assurer que toutes les composantes sont correctement mises en œuvre pour envisager la réduction des FO d'ici fin 2016. Outre les directives et les dispositions nécessaires qui seront prises pour une large diffusion et appropriation du plan, des sorties conjointes avec les partenaires, des visites de suivi/supervision seront menées ainsi que l'établissement de rapports d'étapes. Les revues périodiques nationales, régionales et préfectorales permettront de mesurer les progrès, d'identifier les goulets d'étranglement et de proposer des solutions. Le système de suivi évaluation qui sera mis en place à la première année d'exécution du plan stratégique, contribuera particulièrement à l'assurance qualité au niveau programmatique.

#### **8.4.2. Au niveau opérationnel**

Les équipes de soins bénéficieront de formation continue. Elles seront régulièrement supervisées et évaluées afin de s'assurer de la qualité de leurs prestations tant sur le plan médico-chirurgical que psychosocial. Le suivi de la qualité des soins se fera périodiquement par le niveau supérieur. La performance des sites de réparation des FO est garante de la qualité de la prise en charge au niveau national.

### **8.5. MECANISMES DE FINANCEMENT ET DE GESTION DU PLAN**

#### **8.5.1. Planification annuelle**

Des orientations sur la prise en compte des interventions liées à la prévention, à la prise en charge des FO et à la réinsertion socio-économique des femmes souffrant de FO selon les principes de planification du secteur de la santé, seront mises à la disposition des différents acteurs du secteur de la santé sur le plan national. Cela permettra d'intégrer la lutte contre les FO à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, incluant les secteurs privé et communautaire intervenant dans la prise en charge globale des FO en Guinée.

#### **8.5.2. Gestion des ressources financières et mécanismes de contrôle**

La gestion des ressources financières se fera selon le mécanisme de l'alignement et de l'harmonisation, afin d'éviter les doublons dans le financement de certaines activités par plusieurs bailleurs, lorsque ces ressources peuvent être affectées à la mise en œuvre d'autres activités à caractère tout aussi pertinent dans le cadre de l'opérationnalisation du plan. Tout en respectant ces procédures nationales de gestion, les modalités de financement peuvent combiner plusieurs mécanismes comme par exemple l'appui budgétaire, le financement de projets isolés, le soutien «de type projet», les fonds spécialement affectés à la mise en œuvre des activités de façon spécifique, ou le soutien au budget sectoriel.

Le contrôle de la gestion des ressources financières allouées à la mise en œuvre du plan sera effectué par l'intermédiaire des audits financiers annuels et des rapports financiers périodiques afin de renforcer l'obligation de rendre compte. De même, les contrôles par les corps de contrôle de l'État seront maintenus.

## **IX. SUIVI ÉVALUATION (S&E) ET RECHERCHES**

### **9.1. MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION**

Un système de suivi évaluation du plan stratégique sera mis en place à travers la conception d'un plan de suivi évaluation qui sera élaboré dès 2012 afin de garantir l'efficacité du pilotage des actions. Ce plan prendra en compte les démarches à suivre en matière de planification, de suivi, d'évaluation et de rétro-information au niveau de toutes les parties prenantes de la stratégie. Le système de S&E de la stratégie de prévention et de PEC des FO en Guinée sera

soumis au principe de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR), en mettant un accent particulier sur le suivi et l'évaluation de la performance au niveau des résultats stratégiques en relation avec l'utilisation des ressources.

Ce plan de S&E permettra de perfectionner avec les parties prenantes le cadre logique (si besoin) et la formulation des indicateurs, notamment au niveau des actions prioritaires. Il s'agira également de mettre en place des procédures de collecte et d'analyse périodiques, de transmission et de vérification de la qualité des données à tous les niveaux. Le Plan de S&E mettra l'accent sur le traitement de l'information et son utilisation pour le pilotage et l'orientation de la stratégie, les procédures de reporting et de capitalisation des expériences afin de diffuser les leçons utiles, à l'intérieur comme à l'extérieur de la Guinée. La personne chargée de sa conception veillera à bien expliciter les démarches et les outils à utiliser pour assurer une implication maximale et réelle des bénéficiaires et de toutes les parties prenantes de la stratégie dans le S&E. Particulièrement, le système de S&E participatif à mettre en place prendra en compte l'organisation des rencontres de bilan périodiques avec les acteurs de prise en charge des femmes victimes de FO (sous-activités du S&E).

Les indicateurs ainsi que le plan de S&E seront peaufinés ou complétés au cours des exercices d'évaluation, en fonction de l'évolution des contextes de mise en œuvre de la stratégie. Ils définiront les fondements de la conception de la base de données nationale sur les FO en définissant les types de données à collecter et à traiter premièrement, et ensuite les informations qu'elle devra produire. De cette façon, la base de données sur les FO ne devra être mise en place qu'après l'élaboration du Plan de S&E.

Il serait mieux que les données à gérer à travers la base de données se focalisent au besoin sur les informations clés. Cette base de données devra être utilisée comme un outil d'aide à la prise de décisions en termes de pilotage de la stratégie. Il est recommandé d'intégrer les indicateurs de cette base de données au SNIGS.

## **9.2. NOTE DE SATISFACTION ET DE REALISATION**

Le système de notation de la satisfaction des bénéficiaires d'une stratégie est une pratique de S&E très importante et très utile en termes d'évaluation qualitative des résultats. Le Plan de S&E devra préciser et clarifier un système de notation de la satisfaction par rapport à l'évolution de certains indicateurs de résultats et sur l'appréciation de certains indicateurs relatifs aux actions prioritaires. Ce système de notation devra être adopté par toutes les parties prenantes afin d'éviter une erreur d'interprétation des résultats et des activités.

## **9.3. COMMUNICATION ET RETRO-INFORMATION**

Le S&E est très important dans la capitalisation des expériences afin d'en tirer des enseignements et les meilleures pratiques dans la mise en œuvre de la stratégie de prévention et de PEC des FO. Le plan de S&E devra décrire avec clarté et précision les démarches de communication des informations produites par le système. Le système de rétro-information,

qui permet d'assurer le feed-back du traitement des données auprès de ceux qui les ont fournies à la source et ceux qui sont chargés de la collecte, sera également décrit de manière claire et précise par le plan de S&E. Les procédures ainsi décrites permettront d'obtenir des résultats très intéressants en termes d'appropriation du système par les parties prenantes et de leur motivation.

#### **9.4. ÉTUDES ET RECHERCHES**

Pour assurer l'efficacité et l'objectivité du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie, une étude spécifique devra être réalisée dès l'année 2012 pour déterminer la base de référence de tous les indicateurs du cadre logique. Dans ce contexte, la revue annuelle, l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale de la stratégie se feront de la manière la plus objective.

Par ailleurs, des sondages ponctuels ou au niveau de la population en général seront réalisés afin d'apprécier avec objectivité la performance de la stratégie à travers les indicateurs nécessitant ce type de collecte de données.

Comme mentionné dans le cadre logique, des études et recherches seront également prévues dans le cadre de l'étude du revenu des femmes bénéficiant des AGR et de l'appréciation du changement de comportement en général sur la stigmatisation et la discrimination des victimes de FO.

### **X. MÉCANISMES DE DISSEMINATION DU PLAN VALIDÉ**

Avant d'être finalisé, le présent plan stratégique a été aussi largement diffusé que possible parmi tous les acteurs et bailleurs intervenant dans la lutte contre les FO en Guinée. Les avis des principaux groupes consultés dans le cadre de l'analyse de la situation de base et de celle de la réponse ont été recueillis. Le plan a été révisé pour tenir compte des préoccupations ainsi exprimées avant la diffusion de la version finale.

Le présent document sera mis à la disposition de toutes les parties prenantes et des acteurs clés intervenant dans la prévention, la prise en charge et la réinsertion socio-économique des femmes souffrant de FO en Guinée. Sa diffusion sera faite sous l'égide du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique qui en assurera le leadership, auprès des principaux bailleurs de fonds et des autres acteurs. Les canaux électronique et physique pourront servir d'outil de diffusion au profit de tous les intervenants. Plusieurs recueils ont été effectués auprès des principaux intervenants, tendant à enrichir le plan et à en garantir la qualité. Le plan ainsi validé sera largement disséminé auprès des intervenants et des parties prenantes.

## **XI. MÉCANISME D'APPROPRIATION DE LA STRATÉGIE PAR LES ACTEURS**

L'implication communautaire à la mise en œuvre du plan se fera par la mobilisation sociale, la conscientisation et la responsabilisation des principaux acteurs communautaires, des leaders politiques, des OBC et des ONG. Cela permettra une pérennisation des interventions communautaires en faveur de la lutte contre les FO en Guinée, avec des répercussions durables sur les mariages précoces, le recours à la CPN et la planification familiale au sein des communautés. Une meilleure compréhension des causes des FO et des possibilités de traitement seront connues au sein des communautés. Les communautés, une fois sensibilisées et bien conscientisées sur la problématique des FO, mèneront elles-mêmes des actions à effets durables sur la réduction de la discrimination et de la stigmatisation des victimes de FO au sein de la société.

Ces résultats seront optimisés par l'implication des structures de l'action sociale et de promotion de la femme qui permettront d'accroître et de maintenir la lutte contre les FO et ses causes au niveau communautaire.

Au niveau des services de santé, la sensibilisation et la responsabilisation des acteurs et décideurs permettront d'inscrire systématiquement la lutte contre les fistules obstétricales dans les priorités de planification au sein des districts sanitaires.

## CONCLUSION

La fistule obstétricale, bien que représentant une affection grave et invalidante, est souvent cachée, négligée tant par les victimes elles-mêmes par repli, déni ou désespoir, que par la communauté toute entière dans un contexte de rejet social et de discrimination à l'égard de ses victimes. Pourtant, lorsqu'elle est prise en charge de façon appropriée, cette affection guérit complètement et sans séquelles dans 80-90% des cas<sup>18</sup>. L'implication des communautés par la sensibilisation, l'éducation et la promotion de la santé ouvre un espoir de changement global. Ce changement peut s'opérer tant en matière de Santé de la Reproduction de façon générale qu'en matière de prévention et de prise en charge des FO de façon spécifique, par la création d'environnements favorables à la vie des victimes de cette affection. La présente stratégie est basée sur les acquis nationaux en matière de politique de santé maternelle et infantile, conférant une valeur ajoutée en matière de ressources humaines, matérielles et financières.

La prévention des FO devrait être considérée dans un cadre global prenant en compte l'éducation et la promotion de la santé, la scolarisation des filles et des femmes afin de leur permettre de disposer d'outils indispensables à une bonne santé sexuelle et reproductive tels que la PF, le retardement de l'âge du mariage, l'éviction des mutilations génitales féminines pour les générations à venir.

En Guinée, de nombreuses actions ont été menées, concourant à l'élimination des FO, mais ces actions, réalisées de façon plutôt parcellaires, gagnent à présent en efficacité et en efficience par la vision du pays dans cette démarche holistique de mise en œuvre des actions.

La présente stratégie, initiée par la République de Guinée à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique avec l'appui technique et financier de l'UNFPA, ouvre les portes à de grands espoirs quant à la marche vers l'élimination des FO en Guinée.

---

<sup>18</sup> Infos Report, Fistules Obstétricales, Fin du Silence, moins de Souffrances, The INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs; 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA 410-659-6300 [www.infoforhealth.org](http://www.infoforhealth.org), Septembre 2004



## BIBLIOGRAPHIE

1. Fistule Obstétricale, adapté de « Obstetric vesico vaginal fistula as an international public-health problem». LL Wall. The Lancet 2006; 368: 1201–09; IFMT-MS. Santé mère – enfant; Décembre 2006
2. Gouvernement de Guinée, UNFPA. Évaluation du projet « Appui à la création d'un centre régional de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales à KANKAN » Mars 2011
3. Infos Report, Fistules Obstétricales, Fin du Silence, moins de Souffrances, The INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs; 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA 410-659-6300 [www.infoforhealth.org](http://www.infoforhealth.org), Septembre 2004
4. Ministère de la Santé de Mauritanie, UNFPA. Conférence sur la Santé de la Femme et les Fistules Obstétricales, Briser la Culture du Silence, Nouakchott
5. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, UNFPA. Analyse situationnelle des FO en République de Guinée, Juillet 2007
6. OMS. Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, Fistules Obstétricales, Principes Directeurs pour la prise en charge clinique et le Développement de Programmes, Département pour une grossesse à moindre risque, 2009
7. Rapport de la Réunion régionale pour l'Afrique sur la Fistule, Campagne pour éliminer les Fistules, UNFPA, Accra (Ghana), 29 Juin au 1er Juillet 2004
8. République de Guinée, Enquête Démographique et de Santé III, 2005
9. République de Guinée, Ministère de l'Économie et des Finances, Secrétariat Permanent de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SP-SRP). Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2011-2012, Juin 2011.
10. République de Guinée, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Plan d'opérationnalisation budgétisé des activités de relance des soins de sante primaires en Guinée, Mars 2009
11. République de Guinée, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Division Santé de la Reproduction, Section Santé des Femmes et Hommes, OMS Bureau Régional de l'Afrique. Protocole de Prévention et de Prise en Charge Intégrée des victimes de Viols et Violences Sexuelles en Guinée, Procédures d'accompagnement des Prestataires de Services, Avril 2009

12. République de Guinée, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Direction de la Santé et de l'Hygiène Publique. Plan Régional de Développement Sanitaire de Labé (PRDS-Labé 2010-2014, Janvier 2010)
13. République de Guinée, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Direction Nationale de la Santé Publique, Division de la Santé de la Reproduction. Plan stratégique en Santé et Développement des Adolescents et des Jeunes, Section Santé des Adolescents et des Jeunes, Juillet 2006
14. République de Guinée, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires. Plan Stratégique de Sécurisation des produits de Santé de la Reproduction en Guinée 2008-2012, Novembre 2007
15. République de Guinée, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Section Santé Maternelles et Infantile, Planification Familiale, Division Santé de la Reproduction, Direction Nationale de la Santé Publique. Plan Stratégique de repositionnement de la Planification Familiale en Guinée 2008-2012, Décembre 2007
16. République de Guinée, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Feuille de route nationale 2006-2015, pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, périnatale, néonatale et infanto-juvénile
17. République de Guinée, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Plan National de Développement Sanitaire 2005-2014, Août 2004
18. Système des Nations Unies. Plan Cadre des Nations Unies pour l'aide au Développement de la Guinée 2007-2011, Avril 2006.