

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une foi

**STRATEGIE NATIONALE DE PREVENTION
ET DE PRISE EN CHARGE DES FISTULES
OBSTETRIQUES AU MALI**

« Zéro cas de fistules obstétricales »

Bamako – Janvier 2009

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION	6
I. ANALYSE DE LA SITUATION	7
1. GENERALITES SUR LE MALI	7
1.1. DONNÉES GÉOGRAPHIQUES, ADMINISTRATIVES ET DÉMOGRAPHIQUES	7
1.2. SITUATION SANITAIRE	8
1.3. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE L'OFFRE DE SOINS	8
1.3.1. <i>Politique de santé du Mali</i>	8
1.3.2. <i>Situation de la couverture sanitaire</i>	9
1.3.3. <i>Offre des soins obstétricaux</i>	9
1.3.4. <i>Situation du personnel</i>	10
1.3.5. <i>Principaux indicateurs en matière de santé de la reproduction</i>	10
2. SITUATION DES FISTULES OBSTÉTRICALES AU MALI	11
2.1. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES FISTULES OBSTÉTRICALES AU MALI	11
2.2.1. <i>Profil des femmes victimes de fistules</i>	11
2.2.2. <i>Utilisation des services de santé reproductive par les femmes victimes de fistules</i> 11	
2.2.3. <i>Répartition géographique des fistules obstétricales</i>	12
2.3. CAUSES ET FACTEURS FAVORISANTS DES FISTULES OBSTÉTRICALES	12
2.3.1. <i>Cause des fistules obstétricales</i>	12
2.3.2. <i>Facteurs favorisant des fistules obstétricales</i>	12
2.3.2.1. <i>Facteurs socioculturels</i>	12
2.3.2.2. <i>Facteurs institutionnels et techniques (liés aux déficiences du système de santé)</i> 13	
2.4. DIMENSIONS SOCIALES DES FISTULES	13
3. RÉPONSES DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE DU MALI	14
3.1. STRUCTURES DES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCES	14
3.2. STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE MÉDICOCHIRURGICALE DES FISTULES OBSTÉTRICALES ET LEURS CAPACITÉS	14
3.2.1. <i>Service d'Urologie du CHU du Point G</i> :	15
3.2.2. <i>Hôpital Sominé Dolo de Mopti avec l'appui de MDM et de Delta Survie</i> :	15
3.2.3. <i>Hôpital de Tombouctou</i> :	15
3.2.4. <i>Hôpital de Gao</i> :	16
3.2.5. <i>Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou</i>	16
3.3. RÉSULTATS TECHNIQUES	16
3.3.1. <i>Quelques résultats techniques dans la région africaine</i>	16
3.3.2. <i>Au service d'urologie du CHU du Point G</i>	16
3.3.3. <i>Résultats techniques à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti</i>	17
3.3.4. <i>Résultats techniques : PSM-NM du Consortium des 6 ONG du Nord</i>	17
3.3.5. <i>Résultats techniques à l'hôpital de Tombouctou</i>	18
3.3.6. <i>Résultats techniques à Ségou</i>	18
3.3.7. <i>Autres résultats techniques au Mali</i>	19
3.4. COÛT ET MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DU TRAITEMENT	20
3.4.1. <i>Au service d'urologie du CHU du Point G</i>	20
3.4.2. <i>A l'hôpital Sominé DOLO de Mopti</i>	20
3.4.3. <i>A l'hôpital de Gao</i>	21
3.4.4. <i>A l'hôpital de Tombouctou</i>	21
3.4.5. <i>A l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou</i> :	21
3.4.6. <i>Partenaires techniques et financiers</i>	22
3.4.7. <i>Formation et Coopération</i>	25
4. LEÇONS APPRISSES, CONTRAINTES ET OPPORTUNITÉS	25
4.1. LEÇONS APPRISSES	25
4.2. OPPORTUNITÉS	26

4.3. CONTRAINTES	26
4.4. DÉFIS MAJEURS À RELEVER	26
II. JUSTIFICATION ET FONDEMENTS POLITIQUES	27
1- RESPECT DES ENGAGEMENTS PRIS LORS DES SOMMETS DES RESPONSABLES POLITIQUES AFRICAINS	27
2- LES DEFICIENCES DU SYSTEME DE SANTE POUR UNE MATERNITE A MOINDRES RISQUES.....	27
3- LES DROITS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION (SR) : ELEMENT DES DROITS FONDAMENTAUX DE LA FEMME	28
4- NOTION D'EGALITE ET STATUT DE LA FEMME	28
III. VISION ET OBJECTIFS DE LA STRATEGIE.....	29
1- VISION DU MALI	29
2- BUT ET OBJECTIFS DE LA STRATEGIE NATIONALE	29
2.1. But.....	29
2.2. Objectif général.....	29
2.3. Objectifs spécifiques	29
IV- PRINCIPES DIRECTEURS	30
1- APPROCHE DES SYSTEMES DE SANTE.....	30
2- COMPLEMENTARITE	30
3- PARTENARIAT	30
4- DEFINITION CLAIRE DES ROLES ET DES RESPONSABILITES.....	30
5- EQUITE ET ACCESSIBILITE	30
V. ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET ACTIVITES.....	31
1- AXES STRATEGIQUES D'INTERVENTION	31
2- ACTIVITES ESSENTIELLES PAR AXES STRATEGIQUES.....	31
2.1. Renforcement de la coordination et du partenariat :.....	31
2.2. Plaidoyer en faveur de l'élimination des fistules obstétricales :	31
2.3. Développement des mesures de prévention des fistules obstétricales :.....	32
2.4. Renforcement des capacités de prise en charge globale des cas :.....	32
2.5. Soutien à la réinsertion sociale et économique des femmes victimes de fistule :	33
2.6. Développement des ressources humaines :.....	33
2.7. Suivi-évaluation de la mise en œuvre de la stratégie et recherche :.....	33
VI. CADRE LOGIQUE :	35
1. STRATEGIE 1 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION ET DU PARTENARIAT.....	35
3. STRATEGIE 3 : DEVELOPPEMENT DES MESURES DE PREVENTION DES FISTULES OBSTETRIQUES	37
4. STRATEGIE 4 : RENFORCEMENT DES CAPACITES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES CAS	38
5. STRATEGIE 5 : SOUTIEN A LA REINSERTION SOCIALE ET ECONOMIQUE DES FEMMES VICTIMES DE FISTULES.....	40
6. STRATEGIE 6 : LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES :.....	41
VII. COUTS ESTIMATIFS DE LA STRATEGIE NATIONALE	43
STRATEGIE 1 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION ET DU PARTENARIAT.....	43
STRATEGIE 2 : PLAIDOYER EN FAVEUR DE L'ELIMINATION DES FISTULES OBSTETRIQUES	45
STRATEGIE 2 : PLAIDOYER EN FAVEUR DE L'ELIMINATION DES FISTULES OBSTETRIQUES (SUITE)	46
STRATEGIE 3 : DEVELOPPEMENT DES MESURES DE PREVENTION DES FISTULES OBSTETRIQUES	47
STRATEGIE 4 : RENFORCEMENT DES CAPACITES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES CAS	49
STRATEGIE 6 : LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES	53
VIII. HYPOTHESE DE SUCCES OU DE RISQUES.....	56
IX. CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	58
ANNEXES	61
ANNEXE N° 1 : POPULATION PAR TRANCHE D'AGE ET PAR REGION EN 2006.....	61

ANNEXE N°2 : COUVERTURE SANITAIRE AU 31 DECEMBRE 2007	61
ANNEXE N°3 : COUVERTURE EN CONSULTATIONS PRENATALES (CPN) ET ACCOUCHEMENTS ASSISTES DANS LES CSCOM ET CSREF EN 2007	62
ANNEXE N°4 : REPARTITION DES STRUCTURES DE SOINS OBSTETRIQUES	62
ANNEXE N°5 : REPARTITION DE QUELQUES AGENTS DE SANTE QUALIFIES PAR REGION AU NIVEAU DES CERCLES ET CSCOM	63
ANNEXE N° 6 : LES DIFFERENTS NOMS DE LA FISTULE EN LANGUE LOCALE ET LEURS TRADUCTIONS EN FRANÇAIS	63
ANNEXE N° 8 : CARACTERISTIQUES DES FEMMES PRISES EN CHARGE	64
ANNEXE N°9 : LES FRAIS POUR LA PRISE EN CHARGE DES FISTULES AU SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT G	65
LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	68

LISTE DES ABREVIATIONS

ASACO	: Association de santé communautaire
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CPN	: Consultation prénatale
CPON	: Consultation postnatale
CPS	: Cellule de planification et des statistiques
CROCEP	: Comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS
CSCom	: Centre de santé communautaire
CSLP	: Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSRéf	: Centre de santé de référence
CT	: Conseiller technique
DNDS	: Direction nationale du développement social
DNS	: Direction nationale de la santé
DRDSES	: Direction régionale du développement social et de l'économie solidaire
DRPFEP	: Direction régionale de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille
DSR	: Direction nationale de la santé
EDSM	: Enquête démographique et de santé
EPH	: Etablissement publique hospitalier
F.O.	: Fistule obstétricale
FELASCOM	: Fédération locale des associations de santé communautaire
FIGO	: Fédération internationale de gynécologie obstétrique
FMPOS	: Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie
FVV	: Fistule vésico-vaginale
GREFFA	: Groupe de recherche, d'études et de formation « Femmes-Action »
MDM	: Médecins du monde
MDSSPA	: Ministère du Développement social, de la solidarité et des personnes âgées
MEN	: Ministère de l'éducation nationale
MPFEF	: Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille
MSF	: Médecins sans frontières
NU	: Nations Unies
OMS	: Organisation Mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
OSC	: Organisation de la société civile
PDDSS	: Plan décennal de développement socio-sanitaire
PF	: Planification familiale
PM	: Pour mémoire
PPTE	: Pays pauvres très endettés
PRODESS	: Programme de développement socio-sanitaire
SONUB	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base

SONUC : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SR : Santé de la reproduction
UNFPA : Fonds des nations unies pour la population
USA : Etats unis d'Amérique
VAT : Vaccin anti-tétanique

INTRODUCTION

La mortalité maternelle et néonatale constitue une préoccupation essentielle dans les pays en développement. On estime que chaque minute, une femme meurt des complications de la grossesse et de l'accouchement. Au Mali, le taux de mortalité maternelle est de 464 pour 100.000 naissances vivantes et celui de la mortalité néonatale est de 46 pour 1000 naissances vivantes selon les données de la dernière « Enquête démographique et de Santé » réalisée en 2006 (EDSM-IV)¹.

Pour chaque décès maternel le plus souvent évitable, 20 à 30 femmes survivent avec des séquelles dont l'une des plus graves est la fistule obstétricale (Analyse situationnelle de la SR 2003).

La fistule se définit comme « *une perforation de la paroi vaginale qui communique avec la vessie ou le rectum à la suite d'un travail d'accouchement long et difficile* » (2). Elle se manifeste par une perte d'urines et parfois de matières fécales par le vagin engendrant une souffrance physique, morale, psychologique et sociale.

La fistule obstétricale (FO) reste la morbidité la moins prise en charge bien qu'elle soit celle qui affecte le plus la femme, la famille et la société.

Pour faire face à ce drame négligé qui touche plus de 2 millions de femmes à travers le monde, mais qui frappe avant tout les plus pauvres et en particulier les femmes africaines, plusieurs institutions comme la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO) et l'Université de Colombie, se sont mobilisées sous la conduite du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) en 2001 à Londres.

La réunion de restitution des résultats des évaluations sur la situation de la F.O. en Afrique réalisées par Engender Health tenue en 2003 à Addis-Abeba, a permis d'obtenir un consensus sur une stratégie de collaboration pour prévenir et traiter la fistule en Afrique Subsaharienne.

En 2003, grâce au renforcement du partenariat à l'échelle mondiale, la Campagne Mondiale pour éliminer les Fistules a été lancée et a pour but de contribuer à mettre en place dans les pays concernés les moyens préventifs et de prise en charge des femmes vivant avec une fistule obstétricale. Cette campagne place la lutte contre les fistules obstétricales dans le cadre plus large de la Santé de la Reproduction et spécifiquement de la Maternité à Moindre Risque. En Mars 2005, l'UNFPA a mis en place un groupe de travail chargé de l'élaboration de la stratégie régionale africaine pour l'élimination des fistules obstétricales conformément aux trois domaines d'intervention de la Campagne que sont la Prévention, le Traitement et la Réintégration sociale.

Le Mali, de part sa grande expérience, est reconnu comme un des pays pionniers dans la prise en charge des fistules obstétricales. Plusieurs études ont permis de mieux connaître et comprendre les causes, les perceptions sociales et les besoins pour aborder cette problématique. Bien que l'ampleur ne

¹ Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006 (EDSM-IV 2006) : Ministère de la santé – Cellule de Planification et de Statistique. - avril 2007

(²) Stratégie régionale africaine de prévention des fistules obstétricales

soit pas connue, il a été estimé que 600 nouveaux cas apparaissent chaque année.

Pour mieux répondre aux besoins des femmes victimes de fistules obstétricales et pour permettre aux différents acteurs de développement d'agir dans de bonnes conditions, le Ministère de la Santé, décide d'élaborer cette stratégie nationale de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales au Mali.

La stratégie nationale de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales (F.O.) au Mali s'inspire de celle de la région africaine de prévention des fistules obstétricales. Elle vise à réduire la prévalence des fistules obstétricales au Mali et faciliter la prise en charge des cas. Elle constitue la réponse du Mali à la campagne mondiale « En finir avec la Fistule ». Le défi est d'enregistrer zéro cas de fistule et zéro cas non pris en charge

I. ANALYSE DE LA SITUATION

1. GENERALITES SUR LE MALI

1.1. Données géographiques, administratives et démographiques

Le Mali est un pays continental de 1 241 238 km² situé dans la bande soudano-sahélienne de l'Afrique de l'Ouest. Le pays partage 7 200 km de frontières avec sept états.

Le Mali compte huit régions administratives en plus du district de Bamako qui est la capitale. Chaque région est divisée en cercles. Le District de Bamako est subdivisé en 6 Communes Urbaines. Les cercles sont subdivisés en communes. Il y a au total 703 communes dont 684 communes rurales et 19 communes urbaines (y compris les 6 communes de Bamako).

La population du Mali est estimée en 2006 à 12 023 897 habitants (1) avec un taux d'accroissement de 2,2%. Cette population est essentiellement rurale (78% selon le dernier recensement). Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 23% et les naissances attendues 5% de la population totale. L'indice synthétique de fécondité est de 6,7 enfants par femme et les adolescentes de 15 à 19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale des femmes. La population du Mali est assez jeune puisque 48% ont moins de 15 ans et près de 55% ont moins de 19 ans. Le taux de fécondité est très élevé. Elle est de 6,6 et les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 23,5% de la population totale.

Les femmes se marient très jeunes et le plus souvent assez précocement au contraire des hommes. En effet selon les données de l'EDSM-IV (2) parmi la population de 15-19 ans, seulement 47% des femmes sont célibataires contre 89% des hommes, 36,4% des filles sont mariées, 14% vivent en concubinage et 2,3% sont soit divorcées, soit séparées, soit veuves.

La proportion de femmes célibataires diminue rapidement avec l'âge, passant de 47% chez les femmes âgées de 15-19 ans à seulement 7% chez celles âgées de 20 à 24 ans et seulement 2% pour les femmes de 25-29 ans. Chez les

¹ Projections à partir des données du recensement général de la population et de l'habitant DNSI 1998)

² Enquête Démographique et de Santé 2006 du Mali – Ministère de la Santé – Cellule de Planification et de Statistique/Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique.

hommes, les proportions de célibataires sont de 89% pour les 15-19 ans, 59% pour les 20-24 ans et 7% pour les 25-29 ans.

1.2. Situation sanitaire

La situation sanitaire, reflet du niveau actuel de développement socio-économique, reste préoccupante malgré l'augmentation de la part des dépenses récurrentes de santé dans le budget de l'Etat (8,1% en 1995, 10,01% en 2006) et les efforts déployés par le secteur de la santé.

Malgré les résultats satisfaisants en matière d'extension de la couverture sanitaire, la situation socio-sanitaire est caractérisée par des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale avec respectivement 464 pour 100 000 naissances vivantes et 46 pour 1 000 naissances vivantes (EDSM-IV).

Des efforts restent à faire en termes d'accessibilité des services et d'amélioration de la qualité des soins. Les principaux déterminants sont entre autres :

- l'insuffisance de la couverture sanitaire due à celle des ressources financières allouées au secteur santé au regard des besoins du CSLP (Cadre Stratégique de Lutte contre la pauvreté) et du PRODESS II ;
- l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel sanitaire et social, notamment l'insuffisance de personnel spécialisé et sa mauvaise répartition ;
- le faible niveau d'information et d'éducation du au faible niveau d'instruction, d'alphabétisation de la population ;
- la persistance de certaines pratiques coutumières et/ou traditionnelles souvent néfastes pour la santé ;
- l'insuffisance de l'implication des communautés dans la gestion des problèmes de santé ;
- l'insuffisance du plateau technique des structures de santé, notamment des services hospitaliers chargés de la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement.

Par ailleurs les niveaux préoccupants des indicateurs de santé de la reproduction sont dus aux déficiences du système de santé notamment la faiblesse dans la couverture en soins obstétricaux appropriés. Ils sont également dus aux pesanteurs socioculturelles, à la méconnaissance des signes élémentaires de risques et surtout la persistance de comportements favorables aux complications obstétricales mais évitables. A cause de cet environnement, plusieurs femmes souffrent à vie des conséquences des séquelles de ces complications obstétricales dont les fistules obstétricales.

1.3. Organisation du système de santé et de l'offre de soins

1.3.1. Politique de santé du Mali

Le système de santé du Mali est organisé selon les dispositions de la politique sectorielle de santé et de population. En effet le Mali s'est engagé en 1990 dans une déclaration de politique sectorielle de santé et de population qui tire les leçons des soins de santé primaires. Basée sur l'initiative de Bamako, elle renforce la participation communautaire à travers une approche contractuelle

entre l'Etat et les populations organisées en associations de santé communautaire (ASACO).

La politique sectorielle consacre la différenciation des missions par niveau, ce qui est la concrétisation de l'une des orientations de l'Organisation Mondiale de la Santé, à savoir « le pouvoir de décision et les structures qui le sous-tendent doivent se rapprocher le plus possible du niveau opérationnel ou d'exécution, c'est-à-dire au niveau du District Sanitaire ».

Ainsi le réseau des structures de prestations de soins est organisé sous forme pyramidale allant de la base au sommet :

- Au niveau de chaque district sanitaire (59), il y a une structure de santé de référence-évacuation appelée « Centre de Santé de Référence (CSRéf) » autour duquel est organisée la référence – évacuation avec les structures de 1^{er} contact. Ainsi le territoire du District est découpé en aires de santé dans chacune desquelles il est prévu une structure de santé de premier niveau appelée « Centre de Santé Communautaire » ou CSCom, géré par une ASACO ;
- Au second échelon (niveau régional) il y a les établissements publics hospitaliers (EPH) de deuxième référence ;
- Au sommet de la pyramide, il y a les EPH de troisième référence dont la plupart a le statut de Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

A coté de ces structures publiques et communautaires, il existe des structures parapubliques, privées, confessionnelles et les services de santé des armées.

Conformément aux orientations de l'Initiative de Bamako, il a été institué un système de recouvrement de coûts des prestations, des actes et des médicaments à tous les niveaux.

La mise en œuvre de la politique sectorielle se fait à travers un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS), opérationnalisé par le PRODESS I et II.

1.3.2. Situation de la couverture sanitaire

Au 31 décembre 2007, le Mali disposait de 826 CSCom fonctionnels.

L'accessibilité aux soins dans un rayon de 5 km est passée de 46% en 2003 à 58% en 2007 et celle à 15 km est passée de 69% en 2003 à 86% en 2007. Le taux de réalisation des CSCom par rapport aux aires prévues est de 77% au 31 décembre 2007.

1.3.3. Offre des soins obstétricaux

L'offre des soins en matière de santé de la reproduction est assurée dans les Centres de Santé Communautaires (CSCom) à travers les activités de consultations prénatales, postnatales, accouchements assistés, de vaccination, de soins aux nouveau-nés et de référence des complications vers les CSRéf et les EPH. La référence évacuation est effective dans 57 CSRéf sur 59 existants.

Dans le cadre de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale, des efforts ont été déployés dans l'offre et la qualité des soins obstétricaux aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Il y a 57 structures offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) et 38 structures offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC). On note l'insuffisance générale des structures de soins obstétricaux d'urgences malgré la bonne couverture pour la référence évacuation.

1.3.4. Situation du personnel

Le personnel technique est très insuffisant en qualité et en quantité et très inégalement réparti. Les données sur les ressources humaines font état des ratios suivants :

- un médecin pour 10 370 habitants (norme OMS : 1/10 000) ;
- une sage-femme pour 23 928 habitants (norme OMS : 1/5 000) ;
- un infirmier/assistant médical pour 4190 habitants (norme OMS:1/5 000).

Mais ces chiffres agrégés cachent de grandes disparités régionales et dénotent également que le personnel technique n'est pas toujours affecté à des tâches d'offre de soins.

On note que ce personnel est inégalement réparti entre les régions et à l'intérieur des régions entre les CSRéf et les CSCom. Il n'y a pas de médecins spécialistes gynécologues obstétriciens dans les CSRéf à l'exception des CSRéf du District de Bamako, de Koulikoro et de Koutiala.

1.3.5. Principaux indicateurs en matière de santé de la reproduction

La couverture vaccinale en 2006 (EDSM IV) :

- Le taux de VAT femmes enceintes était de 56% ;
- Le taux de fécondité élevé était de 6,6 % ;
- Le taux de prévalence des méthodes de contraception moderne était de 7%, et le taux CPN était de 70% ;
- Le taux d'accouchement assisté était de 54% ;
- Le taux de séroprévalence chez les femmes âgées de 15 à 49 ans était de 1,5% ;
- Le niveau de connaissances des FO : 16%, 12% dans les ménages pauvres contre 25% dans les ménages riches.

Les conditions dans lesquelles se déroule l'accouchement diffèrent radicalement selon le lieu :

- à Bamako, capitale du pays, 91 % des femmes accouchent dans un centre de santé et beaucoup d'entre elles signalent qu'elles ont eu la possibilité de prendre la décision elles-mêmes.
- En dehors de Bamako, les décisions capitales au sujet d'une naissance sont souvent prises par l'un des principaux membres de la famille.

Ainsi 50% des districts sanitaires ont une faible couverture en accouchement assisté. Une telle situation a pour conséquence un risque accru d'exposition des femmes aux fistules obstétricales. Les fistules obstétricales constituent donc un problème de santé publique.

2. SITUATION DES .FISTULES OBSTÉTRICALES AU MALI

2.1. Situation épidémiologique des fistules obstétricales au Mali

La situation de la fistule obstétricale est peu documentée d'une manière générale dans les pays en développement et en particulier au Mali.

On estime que plus de 2 millions de femmes vivent actuellement avec une fistule obstétricale dans le monde, la plupart en Afrique et en Asie du Sud. Selon l'OMS, on enregistre 50.000 à 100.000 nouveaux cas chaque année. Son incidence en Afrique de l'ouest est de 3 à 4 pour 1.000 accouchements. L'affection frappant en général des parturientes de bas niveau socio-économique dans les régions où la couverture médicale est restreinte.

Selon les spécialistes, l'aide obstétricale à l'accouchement est très faible au Mali, seulement 7,8% d'accouchements assistés dans des structures SONU.

Partant des taux d'incidence (3 à 4 pour 1 000 naissances), on estime que le nombre de femmes courant le risque d'une fistule par an au Mali se situe entre 1 804 et 2 405 cas si rien n'est fait. Une étude rétrospective a été menée par le Ministère de la Santé à travers la Direction Nationale de la Santé (DNS) avec l'appui financier de l'UNFPA en 2003 [Référence]. Cette étude a porté sur les données sanitaires recueillies dans les hôpitaux qui ont pratiqué des interventions chirurgicales sur les fistules du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2002.

2.2.1. Profil des femmes victimes de fistules

Selon l'étude menée en 2003 :

- 15% des femmes victimes de fistules avaient un âge inférieur à 18 ans, l'âge moyen des femmes était de 27,1 ans ;
- Les données sur le niveau d'instruction n'étaient pas disponibles mais selon les prestataires la majorité des femmes étaient sans instruction ;
- La majorité des patientes se sont mariées entre 15 et 18 ans. Le mariage précoce est un facteur non négligeable dans la survenue de la fistule obstétricale car le bassin immature et étroit constitue une source de dystocie.

La taille de moins de 150 cm de la femme est un facteur de risque réel non négligeable dans la survenue de la fistule obstétricale.

Selon une autre étude réalisée sur les fistules vésico-vaginales au CHU du Point G, il ressort que 86,2% des femmes atteintes de fistules avaient une taille inférieure ou égale à 150 cm.

2.2.2. Utilisation des services de santé reproductive par les femmes victimes de fistules

Selon l'étude de 2003 :

- Plus de 90% des femmes victimes de fistules n'ont pas fréquenté les centres de santé pour leurs consultations prénatales (CPN) ;
- Les accouchements à domicile sont hélas très fréquents (environ 60% des femmes victimes de fistules ont accouché à domicile) ;

- Le recours tardif à un service obstétrical : dans la plupart des cas l'accouchement se fait à domicile et même en cas d'accouchement assisté, le recours au centre de soins a été tardif (au minimum 3 jours après le début du travail) ;

- Il est à noter l'existence de cas de fistules iatrogènes.

Il ressort des études, les enseignements suivants :

- L'enfant causal de la fistule a une issue dramatique 94,1% de mort-nés ;
- La fistule survient le plus souvent au premier accouchement (48%) ;
- Plus de la moitié des femmes ne voyaient plus leurs règles et n'avaient plus d'activités sexuelles. Ceux-ci concourent à agir sur l'état psychologique de la femme qui en plus de l'écoulement permanent des urines va se sentir diminuer et davantage isolée dans sa communauté ;
- Les femmes passent trop de temps avec leur fistule avant de se rendre dans un centre de santé (plus de 12 mois dans 39% des cas). Comme hypothèses nous pourrions évoquer la méconnaissance de la possibilité d'un traitement curable au niveau d'un centre spécialisé, la faible accessibilité financière de la communauté avec le faible pouvoir d'achat des femmes qui sont pour la plupart du temps abandonné par leur mari et la faible accessibilité géographique pour pouvoir rejoindre les centres spécialisés.

2.2.3. Répartition géographique des fistules obstétricales

En l'absence d'une enquête nationale, l'analyse des résultats de l'évaluation de la situation a montré que les fistules existent dans toutes les régions du Mali.

2.3. Causes et facteurs favorisant des fistules obstétricales

2.3.1. Cause des fistules obstétricales

L'accouchement dystocique est la principale cause des fistules obstétricales.

2.3.2. Facteurs favorisant des fistules obstétricales

Ils se situent à deux niveaux¹: les facteurs socioculturels et les facteurs institutionnels et techniques.

2.3.2.1. Facteurs socioculturels

- La pauvreté ;
- La malnutrition (à l'origine de retards de croissance et de déformations osseuses) ;
- le faible niveau de la scolarisation ;
- Le poids des croyances traditionnelles (causes du premier retard : prises de décisions tardives, les tabous divers autour de l'accouchement, etc.) ;
- Les mariages et les grossesses précoces ;
- Les mutilations génitales féminines ;
- Les grossesses multiples ;

¹ Situation des fistules obstétricales au Mali – Ministère de la santé – DNS/UNFPA Décembre 2003

- Les accouchements à domicile.

2. 3.2.2. Facteurs institutionnels et techniques (liés aux déficiences du système de santé)

- Le taux élevé des accouchements non assistés (46%);
- Les difficultés d'accès (géographiques et/ou financières) aux structures sanitaires ;
- L'insuffisance de la couverture en structures sanitaires capables de délivrer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et en particulier la césarienne ;
- L'insuffisance du personnel qualifié et leur mauvaise répartition ;
- Les retards dans la prise en charge dans les structures ;
- Les retards dans la référence ;
- La faible fréquentation des services de SR (CPN, CPON, PF)

2.4. Dimensions sociales des fistules

Les enquêtés ont donné différentes définitions de la fistule qui touchent à la fois la dimension sociale et la dimension médicale de la maladie :

- Selon un premier groupe de soignants, la fistule se définit comme un indicateur du sous développement ; quant au deuxième groupe, la fistule n'est pas une maladie. C'est une infirmité majeure qui est l'expression majeure de la non-assistance d'une personne en danger, et enfin le troisième groupe définit la fistule comme une pathologie des gens pauvres.
- Selon les assistants sociaux, la fistule est un fléau social qui doit être classé comme maladie sociale. Par conséquent sa prise en charge doit être gratuite.
- Selon les patientes, la fistule est une maladie qui paralyse, qui invalide et qui est suivie d'écoulement permanent d'urines et/ou de selles.

Malgré les efforts louables que mènent IAMANEH/Suisse, Médecins Du Monde (MDM), Aide de l'Eglise Norvégienne, le consortium des 6 ONG européennes du Nord, Delta Survie, Greffa, Médecins Sans Frontières (MSF)/Luxembourg, la fistule reste peu connue. Elle est mal perçue par la communauté et très mal vécue par les patientes. Les conséquences de la fistule sont nombreuses et se manifestent à travers :

- La marginalisation (kèrè fè din) et l'isolement ;
- L'abandon progressif de la femme victime de fistule au profit d'une autre femme se terminant souvent par le divorce ;
- La réduction du temps de travail de la patiente par la lessive pour se rendre propre ;
- La réduction de son pouvoir d'achat due à la limitation de rapports sociaux ;
- Le traumatisme psychologique causé par l'espoir et/ou l'obsession de guérir.

3. RÉPONSES DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE DU MALI

Les fistules obstétricales peuvent être prévenues et/ou évitées à temps. Il existe de nos jours des techniques modernes et efficaces de prise en charge chirurgicale des fistules.

Complication majeure de l'accouchement dystocique non médicalement assisté, il s'agit d'un véritable problème de santé publique. La prévalence de la fistule obstétricale est un indicateur non seulement de la qualité des services de santé, mais aussi du niveau de développement sanitaire d'un pays.

3.1. Etablissements des soins obstétricaux d'urgences

L'analyse de situation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) réalisée en 2003 fait ressortir un déficit important et une inégale répartition en structures de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de Base (SONUB) sur l'ensemble du territoire. Les services de SONU enregistrent des taux d'indicateurs faibles : la proportion des accouchements assistés dans un établissement avec SONUB ou SONUC est faible (7,8%) et les besoins satisfaits en urgences obstétricales sont de 7,7% [1].

Le retard dans le recours aux soins par les femmes, l'insuffisance de la surveillance et des moyens de suivi des femmes enceintes et/ou en travail, la fréquence des complications au cours de l'accouchement et la qualité de l'accueil sont autant de facteurs pouvant être préjudiciables à la survenue des fistules obstétricales.

3.2. Etablissements hospitaliers Structures de prise en charge médicochirurgicale des fistules obstétricales et leurs capacités

Au Mali, la prise en charge chirurgicale des fistules obstétricales se fait essentiellement dans les structures suivantes :

- Centre hospitalier universitaire du point G (CHU du Point G) : le service d'Urologie avec l'appui de l'UNFPA, IAMANEH Suisse, IAMANEH Mali, INNERWHEEL, ADS, Rotary club, Lions club, Association des anciens premiers Ministres du Mali, Bank of Africa, Banque Régionale de Solidarité ;
- Hôpital de Mopti avec l'appui de MDM et Delta Survie; ONG Française Bilou Toguna, Coopération Canadienne, UNFPA, programme des Volontaires des NU, Ambassades (USA, France), Princesse Mathilde de Belgique ; Corps de la paix ;
- L'Hôpital de Tombouctou avec l'appui du consortium des 6 ONG, de Médecin sans Frontières Luxembourg ; Sortoptimist International (Alliance de Tombouctou) ;
- L'hôpital de Gao avec l'appui du consortium des 6 ONG, de l'ONG GREFFA (groupe de recherche, d'études et de formation « femmes-action ».
- L'hôpital de Ségou avec l'appui de IAMANEH Suisse et de l'UNFPA.

La plupart des structures ci-dessus citées disposent d'une unité de prise en charge et d'une équipe médico-chirurgicale formée.

Les hôpitaux de Kayes et de Sikasso ont initié des actions dans ce sens mais ne sont pas encore organisés avec une unité de prise en charge opérationnelle.

Cette restriction des unités de traitements chirurgicaux limite la prise en charge des cas de fistules.

3.2.1. Service d'Urologie du CHU du Point G :

- Il est le pôle d'excellence en matière de prise en charge au Mali et dans la sous région ouest africaine. Le service dispose d'une équipe chirurgicale compétente pour la chirurgie de la fistule et pour la formation des spécialistes (africains, européens).
- Dans le cadre de la recherche, le service d'Urologie a initié et encadré une trentaine de thèses sur les fistules obstétricales.
- En plus de ce plateau, le CHU dispose d'un centre d'accueil et d'hébergement des patientes : le centre Oasis qui s'occupe aussi du retour et de la réinsertion des femmes après traitement.

3.2.2. Hôpital Sominé Dolo de Mopti avec l'appui de MDM et de Delta Survie :

- L'hôpital **Sominé Dolo** de Mopti dispose d'une capacité d'hospitalisation de 6 lits qu'on peut augmenter en cas de besoin.
- L'hôpital dispose d'une équipe composée de 2 chirurgiens et d'un gynécologue obstétricien (tous formés au Point G par MDM), d'une infirmière (initialement payée par MDM mais actuellement sur fonds PPTE) qui s'occupe des soins postopératoires. Le suivi postopératoire est assuré par le personnel du pavillon d'hospitalisation chirurgie.
- Les équipements de l'unité « fistule » sont déjà disponibles (fournis par l'UNFPA) mais le bloc prévu exclusivement pour la prise en charge des fistules n'est pas encore réhabilité ;
- Il y a une salle aménagée et équipée par l'UNFPA au bloc opératoire qui est toujours disponible pour la prise en charge des fistules. Cependant les interventions se font au compte-gouttes avec un recrutement passif ;
- Il y a deux jours opératoires par semaine pour les fistules.
- L'Hôpital dispose d'un centre d'hébergement et de réinsertion : le Centre « Djandjiguisso » réalisé par Delta Survie et qui accueille et héberge les femmes avant et après leur prise en charge chirurgicale. Ce centre s'occupe aussi de l'organisation du retour et de la réinsertion de femmes traitées.

3.2.3. Hôpital de Tombouctou :

- Il n'y a pas de bloc spécifique réservé aux fistules. Les interventions sont programmées sous forme de sessions. Avec le départ du consortium des 6 ONG du Nord, l'hôpital de Tombouctou bénéficie de l'appui de Médecins sans Frontières Luxembourg.
- La prise en charge des cas de fistules se fait dans un bloc opératoire destiné aux femmes victimes de fistules. Les équipements sont suffisants
- La capacité d'accueil réservée aux fistules à l'hôpital de Tombouctou, est de 2 salles de 8 lits. L'hôpital est doté de 2 hangars (construits par MSF Luxembourg) pour l'accueil et l'hébergement des femmes et de leurs accompagnants avant, pendant et après l'intervention.

3.2.4. Hôpital de Gao :

- L'hôpital de Gao dispose actuellement de l'appui de l'ONG GREFFA (Groupe de Recherche, d'Etudes et de Formation « Femmes-Action »). Cette ONG bénéficie du soutien financier et matériel de l'Aide de l'Eglise Norvégienne ;
- Il n'y a pas de structures d'hospitalisation propre aux femmes victimes de fistules. Les patientes opérées sont admises au Service de gynécologie obstétrique. Toutefois, il faut rappeler l'engagement de l'Assemblée Régionale pour construire un pavillon d'hospitalisation de 10 à 15 lits destiné aux femmes victimes de fistule ;
- Il est prévu aussi la réhabilitation du centre psychomoteur et sa transformation en centre d'accueil et d'hébergement pour les femmes victimes de fistule ;
- La prise en charge est assurée par un médecin gynécologue et l'équipe de chirurgie de l'hôpital. Toutefois, il existe un besoin en anesthésiste réanimateur. En outre il faut la formation du personnel pour la prise en charge des fistules compliquées.
- Les équipements disponibles sont suffisants.

3.2.5. Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

- L'hôpital a une capacité de prise en charge de la fistule de 10 lits. Ce pavillon sert à accueillir et héberger les femmes avant et après leur prise en charge chirurgicale. A terme, il est prévu des activités d'accompagnement pour préparer le retour des femmes dans leurs foyers.
- Il n'y a pas de bloc opératoire réservé aux fistules mais il y a un programme opératoire spécifique réservé pour la prise en charge des fistules ;

3.3. Résultats techniques

3.3.1. Quelques résultats techniques dans la région africaine

Les résultats techniques ci-dessous ont été enregistrés dans la sous région :

- Sur 119 cas pris en charge au Centre hospitalier régional de Man (Côte d'Ivoire), le taux de succès a été 74,68% alors que la majorité des fistules avait 10 ans d'existence¹ ;
- A Zinder au Niger, sur 120 cas opérés, le taux de succès a été de 90% avec médecins du Monde,
- En Ethiopie l'hôpital de référence réservé aux femmes victimes de fistules s'occupe de près de 1.200 cas par an.

3.3.2 Au service d'urologie du CHU du Point G

Sur 568 femmes victimes de fistules, 516 ont été opérées soit 90,8%. Les résultats du traitement étaient satisfaisants :

¹ UNFPA : Projet d'appui à la création d'un centre régional de prévention et de prise en charge des fistules à Man (République de Côte d'Ivoire)

- 77% étaient complètement guéries au service d'urologie de l'hôpital du Point G ; 15% des fistules fermées avaient une incontinence urinaire et 8% étaient inguérissables nécessitant une opération de dérivation ;
- Dans le service d'urologie du Point G, 55% des malades guérissent à la première intervention si la fistule est de première main (c'est à dire que la fistule n'a jamais été opérée par un non spécialiste). Le nombre de tentative chirurgicale peut atteindre 6 à 7 interventions ou plus, donc la chirurgie de fistule obstétricale reste une chirurgie délicate qui ne doit pas être banalisée. Elle représente 50% des activités chirurgicales pour les femmes toutes pathologies confondues¹ ;
- Au Point G, les fistules graves étaient les plus dominantes (34,1%) suivies des fistules complexes (32,3%). La survenue de ces 2 types de fistules chez la femme justifie plusieurs interventions. 40,6% des femmes avaient déjà subi une intervention pour cure de fistules obstétricales d'où la nécessité d'un soutien psychologique.

La durée d'hospitalisation est en moyenne de 10 jours. 51,1% des femmes opérées ont une durée de séjour entre 21 et 30 jours au niveau de la structure.

Selon le rapport de la mission d'évaluation pour la création d'un Centre Sous-Régional de Référence et de Formation Francophone à la Prise en Charge des Fistules Obstétricales², le service d'Urologie du CHU du Point G a pris en charge 108 femmes victimes de fistule en 2003. Les tableaux 7 et 8 en annexes donnent quelques caractéristiques de ces cas.

3.3.3. Résultats techniques à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti

De novembre 1993 à Décembre 2007, l'équipe de Mopti avec l'appui de MDM et de l'ONG Delta Survie, a reçu 927 femmes victimes de fistules à l'hôpital et effectué 1.472 interventions chirurgicales, soit 1,58 intervention par victime. Le taux de guérison global est de 86,08% (798 cas) et le taux de guérison parfaite est de 75,08% (696 cas).

En outre, 3,6% présentaient des troubles sphinctériens et 13,92% n'ont pas pu être guéries.

Près de 55% des patientes proviennent de la région de Mopti. Actuellement, la prise en charge se fait de façon régulière dans les CSCom et CSRéf.

3.3.4. Résultats techniques : PSM-NM du Consortium des 6 ONG du Nord

Au départ, la prise en charge des FVV à Gao s'inscrivait dans le cadre du Programme de Santé Maternelle initié par le Consortium de 6 ONG Européennes et financé par l'Union Européenne. Ces 6 ONGs sont : Action contre la Faim, Handicap International, Association de Volontariat et de Coopération Internationale, Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières et Santé Mali Rhône Alpes.

Dans le cadre de ce programme, et grâce à l'appui technique de l'Hôpital de Mopti, 22 femmes victimes de fistules ont été opérées à Gao contre 20 attendues initialement alors qu'à Tombouctou, 32 femmes ont été prises en

¹ Situation des fistules obstétricales au Mali – Ministère de la santé – DNS/UNFPA Décembre 2003

² Rapport de la Mission d'évaluation des besoins pour la création d'un *Centre sous-Régional de Référence et de Formation francophone à la Prise en Charge des Fistules Obstétricales*, Magali Romedenne, UNFPA, Dr. Alain Prual, UNFPA/DA et Pr. Alain Le Duc Professeur d'Urologie France, consultant international

charge (21 femmes pendant la première session et 11 pendant la seconde session). A Gao 71% des femmes proviennent du cercle de Gao, 17% de Bourem, 8% d'Ansongo et une de Gossi (cercle de Rharous probablement à cause de la facilité d'accès à Gao). Les femmes de Tombouctou proviennent de Diré (37%), Tombouctou (25%), Niafunké (22%), Goundam (13%) et Rharous (3%).

Sur 54 femmes prises en charge par ce programme, les résultats techniques suivants ont été enregistrés :

- Guérison complète : 42 soit 77,78%
- Troubles sphinctériens : 2 soit 3,70%
- Echec fistule résiduelle : 10 soit 18,52%

3.3.5. Résultats techniques à l'hôpital de Tombouctou

A la fin du programme du Consortium des 6 ONG, l'hôpital de Tombouctou a développé un partenariat avec Médecins Sans Frontières (MSF) Luxembourg pour la prise en charge des fistules dans la région. Dans le cadre de ce partenariat, l'hôpital a pris en charge 60 femmes dont 50 ont subi une opération chirurgicale et 10 ont bénéficié de physiothérapie. L'annexe 8 donne les caractéristiques des patientes prises en charge.

L'analyse montre que 92% des victimes de fistules n'ont aucun niveau d'instruction, 86% son ménagères, près de 20% sont divorcées pour cause de fistules, et plus de la moitié des cas de fistules (54%) existent depuis plus de 5 ans dont 32% qui ont plus de 10 ans.

Il ressort du rapport que près de 75% des accouchements ont une durée de travail égale ou supérieure à 2 jours (38% entre 3 jours ou plus) et 48% des femmes ont accouché à domicile.

A la sortie de l'hôpital les résultats techniques observés sur les 50 cas opérés sont les suivants :

- Fistules fermées avec continence : 36, soit 72% des cas opérés ;
- Fistules fermées sans continence : 8, soit 16% des cas opérés
- Fistules non fermées sans continence : 6, soit 12% des cas opérés.

3.3.6. Résultats techniques à Ségou

L'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou bénéficie de l'appui de IAMANEH Suisse. La prise en charge se fait de façon passive. Deux thèses de médecine générale ont été élaborées sur les cas pris en charge de novembre 2005 à juillet 2008. Au cours de cette période, l'hôpital a opéré 67 malades et 10 étaient en attente. Le taux de guérison est de 85% selon les résultats des deux thèses soutenues sur la situation des fistules dans la région.

La seconde recherche est en cours pour mieux documenter la lutte contre les fistules dans la région.

Résultats techniques de 1993 – 2007

Etablissements	Total Malades	Guérison complète	Taux %	Guérison partielle	Taux %	Non guérie	Taux %	Partenaires
Gao/Tombouctou*	54	42	77	2	3,70	10	18,52	UE
Tombouctou	50	36	72	8	16	6	12	
Ségou	67	57	85	-	-	-	-	UNFPA IAMANEH
Mopti	927	696	75	102	11		13,92	MDM UNFPA
CHU du Point G	516	397	77	77	15	41	8	UNFPA

* activités fistules appuyées par le consortium des 6 ONG de l'Union Européenne

3.3.7. Autres résultats techniques au Mali

Une étude¹ rétrospective ayant concerné 34 dossiers de fistules vesico-vaginales colligés à l'Hôpital National de Kati de juillet 1998 à avril 1999 soit une période de 10 mois a donné les résultats suivants : une fréquente survenue de la FVV (plus de deux hospitalisées par mois),

- 79,4 % étaient âgées de 15 à 35 ans ;
- 50% étaient des primipares ;
- Le travail prolongé plus de 24 h était observé dans tous les cas ;
- La mortalité périnatale était de 58,8 % ;
- 85,3 % des accouchements ont eu lieu à domicile, malgré que 53,0 % de ces femmes avaient fait la consultation prénatale ;
- 70,6 % des cas étaient des fistules de la cloison vesico-vaginale dont deux cas de fistules recto-vaginales. Les fistules géantes, diamètre supérieur à 3 cm, représentaient 8,8%. (3 cas) ;
- La série compte 18 fistules de première main soit 52,9 % des cas ;
- La majorité des fistules ont été opérées par voie basse (61,8%) et dans 85,3% des cas, l'opération a consisté en une fistuloraphie et dans les trois cas de fistules géantes une fistuloplastie ;
- Le taux de guérison était de 85,5 % : miction spontanée rétablie, absence de fuite urinaire. Dans 14,5% des cas, la persistance d'une insuffisance sphinctérienne a été constatée.

Cette étude a montré que la FVV reste un problème d'actualité de santé publique au Mali.

¹ Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 («3) Traitement des fistules vésico-vaginales à l'hôpital de Kati : à propos de 34 cas – ZI Li Ya, Z Ouattara , K ; Ouattara.?

3.4. COÛT ET MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DU TRAITEMENT

Jusqu'en fin 2007, il n'y avait pas de système organisé de prise en charge financière des coûts de traitement des fistules obstétricales.

Dans la majorité des cas, la prise en charge financière était assurée par les ONG et le service social. Le conjoint et la famille contribuent très peu dans la prise en charge.

Le ministère de la santé a mobilisé 15 millions en 2008 pour la prise en charge des fistules obstétricales

3.4.1. Au service d'urologie du CHU du Point G

Au Point G le coût des interventions chirurgicales pour fistule est estimé à 150.000 FCFA, prenant en compte les frais d'hospitalisation, l'acte chirurgical, les médicaments et le bilan préopératoire).

La Direction Nationale du Développement Social apporte une subvention au centre Oasis en faveur des femmes victimes de fistule depuis 2001. Cette subvention a été 3.000.000 FCFA en 2001 et 4.000.000 FCFA par an de 2002 à 2007.

3.4.2. A l'hôpital Sominé DOLO de Mopti

Le coût de prise en charge varie entre 36.470 FCFA pour une fistule simple et 70.610 FCFA pour une fistule complexe à Mopti (sans le coût de l'acte opératoire et les frais d'hospitalisation). Avec une durée moyenne de séjour entre 21 et 30 jours, on peut estimer le coût moyen à 75.000FCFA

Le tableau ci-dessous donne une idée du coût des interventions chirurgicales pour fistule à l'hôpital de Mopti.

Tableau N°1 : Les frais de la prise en charge des fistules à l'EPH de Mopti.

Désignations	Fistule simple F CFA	Fistule complexe F CFA
Kit d'anesthésie	7 020	8 500
Kit opératoire	18 825	51 485
Kit post-opératoire	10 625	10 625
Actes opératoires	PM	PM
Frais d'hospitalisation	PM	PM
TOTAL	36 470	70 610

Avec Médecin du Monde, l'alimentation de chaque patiente et d'un accompagnateur est prise en charge en raison de 750 FCFA/personne/jour pendant 40 jours, soit 60.000 FCFA par cas pris en charge.

Le coût moyen peut donc être estimé à 135 000 FCFA (75.000+60.000) si l'on intègre les frais d'alimentation. La prise en charge est assurée par Médecin du Monde.

3.4.3. A l'hôpital de Gao

Le coût unitaire de prise en charge est composé comme suit :

Tableau N°2 : Les frais de la prise en charge des fistules à Gao

Eléments de coûts	Coût estimatif FCFA
Bilan pré-opératoire	7 500
Kit opératoire et post-opératoire	41 970
Actes opératoires	10 000
Frais d'hospitalisation	15 000
TOTAL	74 470

A Gao la prise en charge est entièrement assurée par l'ONG GREFFA avec l'appui financier de l'Aide de l'Eglise Norvégienne.

3.4.4. A l'hôpital de Tombouctou

Dans le cadre du Projet Santé Maternelle Nord Mali, il ressort du rapport des sessions de prise en charge¹, un coût moyen de 67 500 F CFA réparti comme suit :

Tableau N°3 : Les frais de la prise en charge des fistules à Tombouctou :

Eléments de coûts	Coût estimatif FCFA
Bilan pré-opératoire	7 500
Kit opératoire	42 000
Acte opératoire	10 000
Frais d'hospitalisation	7 500
TOTAL	67 500

La prise en charge est entièrement assurée par Médecins Sans Frontières Luxembourg, y compris les frais de transport des cercles vers l'hôpital.

3.4.5. A l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou :

Les coûts de la prise en charge chirurgicale sont évalués à 131 000 F CFA par patiente. Ces coûts sont actuellement pris en charge en totalité par l'ONG IAMANEH. En 2008, l'UNFPA a réalisé un centre d'hébergement au sein de l'hôpital en 2008, ce qui va entraîner une baisse des coûts ci-dessous de 10000 F CFA.

Le tableau suivant donne le détail du coût de la prise en charge chirurgicale des F.O. à l'EPH de Ségou :

Tableau n°4 : Les frais de la prise en charge des fistules à Ségou :

¹ Rapport des sessions de prise en charge des femmes victimes de fistules obstétricales dans les hôpitaux de Tombouctou et Gao (page 33) – Elmounzer Ag Ziddou, coordinateur de la Cellule du PSM-NM et Dr Youssouf Ali DEMBELE, responsable volet médical ;

Eléments de coûts	Coût estimatif FCFA
Kit Anesthésie +acte	15 000
Bilan pré-opératoire	10 000
Kit opératoire (intervention)	35 000
Acte opératoire	10 000
Fais d'hospitalisation	10 000
Frais d'entretien (alimentation)	20 000
Médicaments post-opératoires	20 000
Transport	10 000
Consultation pré-anesthésique	1 000
TOTAL	131 000

Source : Directeur EPH Ségou.

3.4.6. Partenaires techniques et financiers

a) UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la Population)

Dans le cadre de son programme de coopération, l'UNPFA a inscrit un vaste programme de prévention et de prise en charge des F.O. dans ses zones d'intervention. Elle est aujourd'hui l'un des principaux partenaires dans la lutte contre les F.O au Mali. Son action s'inscrit dans le cadre de la Campagne Mondiale d'Elimination des F.O.

Elle appuie le service d'Urologie du Point G, les Unités de Mopti, de Tombouctou et de Gao. Ce programme a permis de renforcer les capacités de prise en charge du CHU du point G, des hôpitaux de Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao à travers la fourniture d'équipements techniques, la formation des équipes à la chirurgie de la fistule et l'aménagement de centre d'hébergement (Mopti, Ségou et Point G).

b) Médecins du Monde (MDM)

Installé en 1993, il assure la prise en charge des fistules à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti. Cette prise en charge comprend les frais liés à l'acte, le bilan opératoire, le kit et le séjour des femmes.

Il intervient aussi dans la communication pour le changement de comportement des populations, le recrutement des femmes victimes de fistules et le renforcement des soins obstétricaux d'urgence.

c) Delta Survie

Cette ONG nationale créée en 1994, accorde une assistance aux femmes victimes de fistule (prévention, recrutement, assistance psychosociale, hébergement, réinsertion). Elle a installé une série d'ateliers (tissage, teinture, fabrique de perles, etc.) au sein de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti pour les femmes victimes de fistules.

d) MSF-Luxembourg à Tombouctou

Avec l'achèvement du Projet Santé Maternelle–Nord Mali et le départ du consortium des 6 ONG de l'Union européenne, Médecins Sans Frontières Luxembourg appuie la région de Tombouctou dans la lutte contre les fistules obstétricales.

Cette ONG intervient à travers les relais communautaires de la région.

Ils assurent l'information, la sensibilisation de la population à travers :

- Les centres de santé communautaires et les centres de santé de référence ;
- Les radios de proximité dans la région ;
- Les Imams et autres leaders religieux

Ils identifient les femmes victimes de fistule et les orientent vers les CSRéf qui sont les lieux de regroupement.

Les interventions de l'unité fistules de l'hôpital de Tombouctou se font par session (trois sessions par an février, juillet et novembre).

La date du regroupement est fixée à l'avance. Le transport des femmes et d'un accompagnateur est assuré par MSF qui prend en charge aussi les frais de séjours et de prise en charge.

e) ONG GREFFA (Groupe de Recherche, d'Etudes et de Formation « Femmes-Action ») à GAO

Elle couvre l'ensemble de la région et intervient à travers 60 relais communautaires qu'elle a formés pour la sensibilisation et le recrutement des femmes victimes de fistule et leur orientation sur les centres de santé de référence. GREFFA est appuyée par l'Aide de l'Eglise norvégienne.

Elle assure la prise en charge totale des frais :

- frais de transport à partir du chef-lieu de cercle ;
- assistance aux femmes (1 500 F CFA/jour) pour frais d'hébergement et d'alimentation des patientes et leurs accompagnants ;
- bilan opératoire ;
- kits opératoire et postopératoires.

f) IAMANEH-Suisse

Cette ONG, intervient à Bamako et à Ségou en appuyant IAMANEH Mali, dans la prévention (renforcement de capacités du personnel de santé, des accoucheuses traditionnelles et des matrones), le recrutement, l'orientation des femmes victimes de fistules vers les unités de Ségou et du CHU du Point G.

Elle mène des activités de sensibilisation dans les villages de la région de Ségou et apporte une assistance financière (prise en charge des frais médico-chirurgicaux et psychosociaux) aux patientes des deux régions. Elle a assuré la formation de 4 chirurgiens en chirurgie de la fistule.

Elle appuie la réinsertion socio économique des femmes par les activités génératrice de revenus (AGR) ainsi que la création des associations de femmes

contre les fistules (l'association benkadi des femmes victimes de fistule a été créée en 1999 sur l'initiative IAMANEH Suisse).

. g) USAID

Elle envisage son intervention à travers le projet « Fistula Care Project » que l'ONG Engenderhealth (dont le siège est à New York) a entrepris de mettre en place dans la Région de Gao. Il est prévu dans ce projet d'appuyer les sites de Ségou, Mopti et du Point G en kits, formation, et réhabilitation des structures.

h) Coopération Canadienne

L'aide de la Coopération Canadienne se fait à travers l'appui budgétaire sectoriel. Ce financement n'est pas ciblé et il revient à la partie malienne de prioriser les activités de la stratégie. La partie canadienne soutient la lutte contre les fistules et n'a aucune objection pour le soutien aux activités de la stratégie.

j) Coopération suisse

L'ONG IAMANEH suisse qui intervient dans la prise en charge des FO au Mali est financée directement par le bureau de Berne.

l) OMS et UNICEF

Ces deux agences spécialisées des Nations Unies n'ont pas une intervention ciblée sur les F.O. en tant que telle mais appuient la politique nationale de santé de la reproduction. Leurs actions se situent dans l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

m) Plusieurs autres partenaires et mécènes interviennent de façon ponctuelle dans la lutte contre les fistules. Il s'agit des œuvres caritatives comme le Lion's Club, le Rotary Club, la Fondation Partage, la Fondation pour l'Enfance, le Club Inner Wheel International, l'association des femmes diplomates et parlementaires, etc.

3.4.7. Formation et Coopération

Dans le domaine du renforcement des capacités des ressources humaines, le service d'Urologie du CHU du Point G assure la formation des professionnels de la santé à la prise en charge médicochirurgicale des fistules. Des équipes pour les unités chirurgicales des EPH de Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao ont été formées. Ces équipes bénéficient d'appuis périodiques du CHU du Point G à travers des campagnes chirurgicales décentralisées.

Plusieurs thèses ont été préparées et soutenues par les étudiants de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS) sur les fistules obstétricales dans le cadre de la recherche opérationnelle.

L'équipe du Service d'Urologie du CHU du Point G a participé à des campagnes internationales et sous régionales dans le cadre de la formation des équipes à la prise en charge médico-chirurgicale des fistules obstétricales.

4. LEÇONS APPRISES, CONTRAINTES ET OPPORTUNITÉS

La survenue des fistules obstétricales est due aux déficiences du système de santé, notamment à l'insuffisance du personnel qualifié.

4.1. Leçons apprises

La prise en charge des FO était tributaire des partenaires.

Le coût des interventions chirurgicales ne sont pas à la portée des patientes ni de leurs familles. Il n'y a pas encore un engagement financier de l'Etat dans la prise en charge. On note :

- l'absence d'un cadre institutionnel unique pour coordonner les interventions ;
- la méconnaissance des FO par les populations.

4.2. Opportunités

- L'existence d'une stratégie régionale africaine de prévention et de prise en charge des fistules ;
- L'engagement politique, notamment le soutien de la Première Dame, l'existence d'un groupe parlementaire « santé » à l'Assemblée Nationale ;
- L'existence de structures de prise en charge expérimentées (CHU du Point G et Hôpital Sominé DOLO de Mopti, EPH de Ségou, Gao et Tombouctou) ;
- L'engagement de partenaires techniques et financiers du PRODESS II à soutenir la lutte contre les fistules obstétricales.

4.3. Contraintes

- L'insuffisance d'exploitation de la documentation sur les fistules au Mali ;
- L'insuffisance dans la coordination et le suivi des interventions ;
- L'insuffisance de ressources (humaines, financières, techniques, structurelles, matérielles) ;
- L'insuffisance d'implication des structures parapubliques, confessionnelles, privées et des services de santé des armées dans la prise en charge ;
- L'insuffisance de compétences et de capacités des acteurs, structures et systèmes prospectifs de réponse ;
- L'existence des pratiques socioculturelles à risque, des inégalités et injustices à l'égard des femmes ;
- Les difficultés de détection des cas liés au déni, à la stigmatisation, à la discrimination et au rejet des femmes victimes de fistules obstétricales par le conjoint, la famille et la société.

4.4. Défis majeurs à relever

- Persistance de l'impact des *trois* retards sur le système de référence évacuation (retard dans la prise de décision pour le recours aux soins au niveau ménage, le retard dans le transport du village vers le premier niveau de référence et *le retard dans l'intervention*) ;
- Insuffisance et mauvaise répartition du personnel qualifié ;
- Faible taux de couverture en soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- Insuffisance de la collecte des données sur les fistules obstétricales ;
- Insuffisance des actions de promotion de la santé de la reproduction au niveau communautaire et des ménages (pratiques néfastes, croyances) ;
- Faible prévalence contraceptive (6,9% selon EDSM IV) ;
- Insuffisance de couverture du risque maladie (mutuelle, assurance maladie, etc.).

II. JUSTIFICATION ET FONDEMENTS POLITIQUES

La prise en charge des fistules obstétricales est inscrite dans le PRODESS (I et II)

Pour mieux orienter les interventions, il a été retenu d'élaborer une stratégie nationale de lutte contre les F.O.

La présente stratégie qui est une adaptation de la stratégie régionale africaine de prévention des fistules obstétricales dans la région africaine a pour fondements :

1- RESPECT DES ENGAGEMENTS PRIS LORS DES SOMMETS DES RESPONSABLES POLITIQUES AFRICAINS

Les responsables politiques, administratifs et leaders religieux, au plus haut niveau sont aujourd'hui conscients que les fistules obstétricales constituent un véritable problème de santé publique, un handicap au développement et un drame social pour les familles, les ménages et les femmes qui en sont victimes. Elles constituent donc un non respect des droits de la femme.

Le Mali a souscrit à la Stratégie Régionale Africaine de Lutte contre les Fistules Obstétricales.

La fistule obstétricale est méconnue : les cas sont rarement recensés et ne figurent pas dans les statistiques officielles car il s'agit d'une maladie cachée, honteuse et non déclarée.

C'est pourquoi, le Mali, s'engage à inscrire la lutte contre les F.O. parmi les actions prioritaires en matière de promotion des droits à la santé et particulièrement à la santé de la reproduction, de lutte contre la pauvreté afin d'améliorer le statut de la femme.

2- LES DEFICIENCES DU SYSTEME DE SANTE POUR UNE MATERNITE A MOINDRES RISQUES

La plupart des femmes meurent durant la grossesse, pendant le travail à cause des déficiences du système de santé. Ces déficiences sont la cause de trois retards importants, à savoir :

- Le retard sur la décision de consulter les services de santé du fait de la non reconnaissance des signes de danger et de la faible préparation à l'accouchement des familles et communautés. Même s'il y a des pesanteurs socioculturelles, le système de santé n'arrive pas à atteindre les communautés et les familles pour leur meilleure préparation à l'accouchement ;
- Le retard pris pour atteindre l'établissement de santé à cause des mauvaises routes, de faibles réseaux de communication et du manque de moyen de transport ;
- Le retard à recevoir les soins appropriés.

3- LES DROITS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION (SR) : ELEMENT DES DROITS FONDAMENTAUX DE LA FEMME

Le droit à la santé est garanti par la loi fondamentale du Mali y compris la santé sexuelle et reproductive.

Le Mali a ratifié la plupart des conventions internationales dont la convention sur les droits de l'enfant et celle relative à l'élimination de toutes les formes d'inégalité à l'égard des femmes. L'Etat doit donc se donner les moyens pour respecter et garantir tous les droits reconnus et ratifiés et notamment :

- Le droit à la survie et le droit à la vie ;
- Le droit à la liberté et à la sécurité de la personne humaine ;
- Le droit de l'individu de jouir du meilleur état de santé qu'il soit capable d'atteindre ;
- Le droit de se marier et de fonder une famille ;
- Le droit à la planification familiale ;
- Le droit de bénéficier du progrès technique ;
- Le droit à l'éducation, notamment des femmes, en favorisant l'éducation de la jeune fille et de la femme ;
- Le droit à la non discrimination fondée sur le sexe ou sur l'âge

4- NOTION D'EGALITE ET STATUT DE LA FEMME

L'une des causes des F.O. serait la non application des textes relatifs aux droits humains tels que le code de la famille. Les barrières sociales et culturelles restent importantes ; quelque soit leur niveau économique ou intellectuel très peu de femmes sont en mesure de décider librement des questions liées à leur santé, particulièrement en ce qui concerne leur vie sexuelle.

III. VISION ET OBJECTIFS DE LA STRATEGIE

1- VISION DU MALI

Le Mali s'est engagé dans la promotion et la protection des droits de l'homme en général et de celles des femmes et des enfants en particulier.

Le droit à la santé est reconnu et garanti par la constitution du Mali en son article 17. La santé de la reproduction est une partie intégrante et fondamentale du droit à la santé. C'est pourquoi le Mali à travers le Ministère de la Santé et avec l'appui des partenaires techniques et financiers du PRODESS, s'engage à développer les services de santé de la reproduction, notamment les soins obstétricaux et néonataux d'urgence à tous les niveaux afin de faire de chaque naissance un événement heureux.

Cette garantie du droit à la santé de la reproduction sera soutenue par la lutte contre toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes et des jeunes filles.

2- BUT ET OBJECTIFS DE LA STRATEGIE NATIONALE

2.1. But

Contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et néonatale au Mali.

2.2. Objectif général

Contribuer à la réduction de la morbidité maternelle et néonatale liée à l'accouchement dystocique au Mali.

2.3. Objectifs spécifiques

D'ici 2015,

1. Réduire l'incidence des fistules obstétricales ;
2. Assurer une prise en charge médico-chirurgicale gratuite et de qualité des femmes porteuses de fistules obstétricales ;
3. Réduire les conséquences psycho-sociales et économiques pour les femmes victimes de fistules, leur famille et la communauté.

IV- PRINCIPES DIRECTEURS

Le Mali adhère aux principes directeurs retenus par la stratégie régionale africaine de prévention des F.O. à savoir :

1- APPROCHE DES SYSTEMES DE SANTE

Mettre l'accent sur l'approche intégrée des prestations de soins de santé de la reproduction à tous les niveaux (du niveau communautaire au CSRéf et à l'hôpital de 3^{ème} référence) pour la prévention et une prise en charge globale des fistules obstétricales, une approche reposant sur le système de santé existant.

2- COMPLEMENTARITE

Une approche multisectorielle devant unir tous les acteurs du développement. La résolution du problème des fistules obstétricales nécessite l'apport des secteurs sociaux, médicaux, économiques, juridiques et de l'éducation.

3- PARTENARIAT

Il faut promouvoir le partenariat et la coordination entre les parties prenantes : structures gouvernementales, institutions internationales, organisations non gouvernementales, les structures privées, para publiques, confessionnelles et les services de santé des armées, la société civile et les communautés afin de renforcer la collaboration et de maximiser les ressources.

4- DEFINITION CLAIRE DES ROLES ET DES RESPONSABILITES

Il est nécessaire de définir les rôles et les responsabilités de la tutelle technique et de tous les autres intervenants dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités identifiées afin de renforcer la synergie des activités et d'éviter les conflits de compétence qui peuvent entraver l'exécution correcte de la stratégie.

5- EQUITE ET ACCESSIBILITE

Les principaux déterminants de la survenue des fistules obstétricales étant la pauvreté et les difficultés d'accès aux soins obstétricaux de qualité, il est important de promouvoir des mesures tendant à garantir l'accès de tous aux soins et en particulier les pauvres et les groupes vulnérables spécialement en milieu rural et dans les zones mal desservies.

V. ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET ACTIVITES

1- AXES STRATEGIQUES D'INTERVENTION

Les axes retenus pour la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales sont :

- Le renforcement de la coordination et du partenariat ;
- Le plaidoyer en faveur de l'élimination des fistules obstétricales ;
- Le développement des mesures de prévention des fistules obstétricales ;
- Le renforcement des capacités de prise en charge globale des cas ;
- Le soutien à la réinsertion sociale et économique des femmes victimes de fistule ;
- Le développement des ressources humaines ;
- Le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la stratégie et recherche.

2- ACTIVITES ESSENTIELLES PAR AXES STRATEGIQUES

2.1. Renforcement de la coordination et du partenariat :

- Nommer le point focal fistule à la DNS ;
- Créer le réseau des chirurgiens de la fistule ;
- Mettre en place un comité de suivi (CT/chargé de mission , CPS, DNS/DSR, DNDS, CHU Point G, CHU Gabriel Touré, Direction de la Coopération Internationale , MPFEF, MDSSPA, MEN, UNFPA, OMS, UNICEF, USAID, Coopération Française, Coopération Canadienne, IAMANEH Suisse, IntraHealth Mali, société civile) ;
- Mettre en place un comité régional de suivi (DRS, EPH, DRDSES, les ONG locales, DRPFEF, académie d'enseignement et les partenaires techniques et financiers locaux, l'assemblée régionale, la société civile) ;
- Mettre en place un comité de suivi local (préfet, CSRéf, FELASCOM, Conseil de cercle, ASACO, la société civile) ;
- Organiser des réunions de concertation au niveau régional et national deux fois par an ;
- Capitaliser les expériences existantes dans le domaine de la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales ;
- Appuyer les organisations de la société civile dans la lutte contre les F.O. ;
- Inciter la création d'un groupe de soutien à la lutte contre les F.O. par aire de santé.

2.2. Plaidoyer en faveur de l'élimination des fistules obstétricales :

- Concevoir un outil de plaidoyer sur les F.O. destiné aux autorités et aux leaders traditionnels, religieux et communautaires (situation, causes, conséquences et possibilités de prise en charge) ;

- Mener des activités de plaidoyer auprès des autorités nationales, de la société civile, des leaders communautaires, des leaders traditionnels, des leaders religieux sur les F.O;
- Disséminer les textes sur les droits et la santé de la reproduction ;
- Mener des activités de plaidoyer auprès des ménages et de la communauté et des conjoints sur les causes des F.O;
- Instituer une journée nationale sur les F.O;
- Réaliser un film documentaire sur la F.O;
- Organiser des séances de sensibilisation par les médias (les radios de proximité, télévision, conférences- débats, troupe de théâtre...) sur les F.O;
- Intégrer la lutte contre les F.O. dans les programmes de promotion et de protection des femmes et des jeunes filles ;
- Plaidoyer pour inclure les fistules dans la liste des maladies sociales en vue de sa prise en charge gratuite.

2.3. Développement des mesures de prévention des fistules obstétricales :

- Mener une étude rétrospective sur l'ensemble du territoire sur la situation des fistules obstétricales au Mali;
- Rendre disponible des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité à tous les niveaux;
- Elaborer les normes et procédures de prévention et de prise en charge des F.O. et les intégrer aux PNP en santé de la reproduction;
- Organiser des séances de sensibilisation des professionnels de santé sur la problématique de la prévention et la prise en charge des F.O;
- Renforcer les capacités des professionnels de santé aux normes et procédures de prévention et de prise en charge des F.O;
- Elaborer un plan intégré de communication sur la F.O;
- Sensibiliser les populations sur les pratiques traditionnelles favorisant la survenue des F.O. (mariages précoces, grossesses précoces, accouchements à domicile, excision, etc.);
- Renforcer l'accessibilité et l'utilisation des services de consultations prénatales et d'accouchements;
- Former les masses medias et les organisations de la société civile sur la prévention sur les F.O.

2.4. Renforcement des capacités de prise en charge globale des cas :

- Renforcer les capacités des équipes médico-chirurgicales des EPH de Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao;
- Renforcer les capacités du personnel chargé des soins postopératoires des EPH du point G, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao aux bonnes pratiques de soins et à la déontologie des F.O;
- Renforcer les équipements des EPH de Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao;

- Doter les EPH de Gao et Tombouctou d'un centre d'accueil et d'hébergement pour les femmes victimes de fistule obstétricale;
- Former les équipes médico-chirurgicales du CHU-Gabriel Touré et des EPH de Kayes et Sikasso;
- Former le personnel chargé des soins postopératoires du CHU-Gabriel Touré et des EPH de Kayes et Sikasso aux bonnes pratiques de soins et à la déontologie des F.O;
- Doter le CHU-Gabriel Touré et les EPH de Kayes et Sikasso en équipements pour la prise en charge médico-chirurgicale des F.O;
- Doter le CHU-Gabriel Touré et les EPH Kayes et Sikasso d'un centre d'accueil et d'hébergement pour les femmes victimes de fistule obstétricale;
- Doter tous les CSRéf en capacité de prévention et de prise en charge des fistules simples;
- Renforcer les mécanismes de recrutement et d'orientation des cas vers les centres de prise en charge médico-chirurgicale (mise en place de relais ou recours aux relais existants pour renforcer le recrutement);
- Mettre en place un fonds de prise en charge médicale des fistules;
- Assurer la prise en charge médico-chirurgicale de tous les cas de F.O. détectés;
- Doter les EPH en capacités de rééducation sphinctérienne des incontinences urinaires;
- Assurer une prise en charge psychosociale de qualité;
- Instituer les campagnes chirurgicales F.O.

2.5. Soutien à la réinsertion sociale et économique des femmes victimes de fistule :

- Impliquer le conjoint, les familles et la communauté dans la gestion de la prise en charge des fistules;
- Promouvoir les activités génératrices de revenus pour les femmes victimes de fistules (y compris celles qui sont guéries) en vue de faciliter leur réinsertion;
- Préparer les familles et les communautés à faciliter la réinsertion des femmes.

2.6. Développement des ressources humaines:

- Créer un Centre de Formation et d'Excellence sur la chirurgie des fistules obstétricales ;
- Renforcer la collaboration et la solidarité entre les spécialistes du Mali et de la sous région ;
- Organiser des voyages d'études et des rencontres formatives et d'échanges d'expériences.

2.7. Suivi-évaluation de la mise en œuvre de la stratégie et recherche :

- Concevoir des supports de collecte des données sur les fistules obstétricales et les intégrer au SLIS ;

- Evaluer et suivre régulièrement les résultats de la campagne d'élimination des fistules obstétricales;
- Mener des activités de recherches opérationnelles sur les F.O;
- Prendre en compte les F.O. dans le monitoring semestriel et annuel dans les aires de santé avec tous les acteurs;
- Intégrer le suivi de la stratégie nationale dans les réunions des organes de coordination, de suivi et d'évaluation du PRODESS II (Comité Technique, Comité de Suivi, CROCEP, Conseils de Gestion);
- Organiser une évaluation à mi-parcours (2011) et une évaluation finale en 2015 de la stratégie nationale.

VI. CADRE LOGIQUE :

1. Stratégie 1 : Renforcement de la coordination et du partenariat

Activités et sous activités	Indicateurs	Source de vérification	Responsable	Services & Partenaires
Nommer le point focal fistule à la DNS	Point focal nommé	Acte de nomination	MS	DNS
Créer le réseau des chirurgiens de la fistule	Réseau mis en place	Statuts et règlements du réseau	Membres du réseau	MDSPA
Mettre en place un comité de suivi (CT/chargé de mission , CPS, DNS/DSR, DNDS, , CHU Point G, CHU Gabriel Touré, Direction de la Coopération Internationale , MPFEF,MDSSPA, MEN,UNFPA, OMS, UNICEF, USAID, Coopération Française, Coopération Canadienne, IAMANEH Suisse, IntraHealth Mali, société civile)	Comité de suivi mis en place	Acte de création	MS	
Mettre en place un comité régional de suivi (DRS, EPH, DRDSES, les ONG locales, DRPFEF, académie d'enseignement et les partenaires techniques et financiers locaux, l'assemblée régionale, société civile)	Comité de suivi régional mis en place	Acte de création	Gouverneur de région et du district	
Mettre en place un comité de suivi local (préfet, CSRéf, FELASCOM, Conseil de cercle, ASACO, société civile)	Comité de suivi local mis en place	Acte de création	Préfet de cercle	
Organiser des réunions de concertation au niveau régional et national deux fois par an	Nombre de réunions organisées par niveau	Comptes rendus de réunions	DNS, DRS	
Capitaliser les expériences existantes dans le domaine de la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales	Nombre de rapport d'activités et de voyages d'études	Compte rendu	DNS/DSR	
Appuyer les organisations de la société civile dans la lutte contre les F.O.	Nombre d'organisations appuyées	Rapport d'activités	DNS/DSR	
Inciter la création d'un groupe de soutien à la lutte contre les F.O. par aire de santé	Nombre d'aire avec groupe de soutien	Rapport d'activités	Tous les niveaux	

2. Stratégie 2 : Plaidoyer en faveur de l'élimination des fistules obstétricales

Activités et sous activités	Indicateurs	Source de vérification	Responsable	Services & Partenaires
Concevoir un outil de plaidoyer sur les FO destiné aux autorités et aux leaders traditionnels, religieux et communautaires (situation, les causes, les conséquences et les possibilités de prise en charge)	Outils disponibles	Rapport d'activités	DNS	UNFPA
Mener des activités de plaidoyer auprès des autorités nationales, de la société civile, des leaders communautaires, des leaders traditionnels, des leaders religieux sur les F.O.	Nombre de sessions de plaidoyer	Compte rendu	DNS	
Disséminer les textes sur les droits et la santé de la reproduction	Nombre de sessions de dissémination a tous les niveaux des textes	Rapport d'activité	DNS/DSR	
Mener des activités de plaidoyer auprès des ménages et de la communauté et des conjoints sur les causes des F.O.	% de personnes qui connaissent les causes des F.O.	Rapports d'enquête	DNS/DRS	
Instituer une journée nationale sur les F.O.	Journée instituée	Acte instituant la journée FO	MS	
Réaliser un film documentaire sur la F.O.	Film disponible	Existence du CD du film	DSR	
Organiser des séances de sensibilisation par les médias (les radios de proximité, télévision, conférence débats, troupe de théâtre...) sur les F.O.	Nombre de séances réalisées par les médias	Rapports d'activités	DSR	
Intégrer la lutte contre les F.O. dans les programmes de promotion et de protection des femmes et des jeunes filles	Nombre de programmes en cours d'exécution avec un volet lutte contre les F.O.	Rapports d'activités	DNS/DSR	
Plaidoyer pour inclure les fistules dans la liste des maladies sociales en vue de sa prise en charge gratuite	Les fistules sont incluses dans la liste des maladies sociales	Texte réglementaire	MS/DNS	

3. Stratégie 3 : Développement des mesures de prévention des fistules obstétricales

Activités et sous activités	Indicateurs	Source de vérification	Responsable	Services & partenaires
Mener une étude rétrospective sur l'ensemble du territoire sur la situation des fistules obstétricales au Mali	Etude menée	Rapport d'étude	DNS	
Rendre disponible des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité à tous les niveaux	Taux de couverture SONU (SONUB, SONUC)	Rapport d'activité	DNS	
Elaborer les normes et procédures de prévention et de prise en charge des F.O. et les intégrer aux PNP en santé de la reproduction	PNP adopté et intégré aux PNP de la SR	Document des PNP/SR révisé	DNS	
Organiser des séances de sensibilisation des professionnels de santé sur la problématique de la prévention et la prise en charge des Fistules Obstétricales	Nombre de séances par niveau	Rapport d'activités	Toutes les structures (Point Focal)	
Renforcer les capacités des professionnels de santé aux normes et procédures de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales	Nombre de professionnels formés	Rapport de formation	CHU Point G	
Elaborer un plan intégré de communication sur la fistule obstétricale	Plan de communication élaboré	Plan de communication	DNS	
Sensibiliser les populations sur les pratiques traditionnelles favorisant la survenue des F.O. (mariages précoces, grossesses précoces, accouchements à domicile, excision, etc.)	Nombre de séances organisées ; Nombre de ménages, écoles ou personnes touchés	Rapport d'activités	Tous les niveaux	
Renforcer l'accessibilité et l'utilisation des services de consultations prénatales et d'accouchements	Taux d'utilisation CPN taux d'accouchement assistés	Rapport d'activités	CSRéf, DRS, DNS	
Former les masses medias et les organisations de la société civile sur la prévention sur les F.O.	Nombre de masses médias et d'OSC formées	Rapport d'activités	DNS	DNDS, OSC

4. Stratégie 4 : Renforcement des capacités de prise en charge globale des cas

Activités et sous activités	Indicateurs	Source de vérification	Responsable	Services & partenaires
Renforcer les capacités des équipes médico-chirurgicales des EPH de Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao	Nombre d'agents formés/recyclés	Rapports de formation/d'activités	CHU Point G	EPH concernés
Renforcer les capacités du personnel chargé des soins postopératoires des EPH du point G, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao aux bonnes pratiques de soins et à la déontologie des F.O.	Nombre d'agents formés/recyclés	Rapports de formation/d'activités	CHU Point G	EPH concernés
Renforcer les équipements des EPH de Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao	Equipement disponible	Bordereaux de livraison et de réception	DNS	PTF
Doter les EPH de Gao et Tombouctou d'un centre d'accueil et d'hébergement pour les femmes victimes de fistule obstétricale	Centres d'accueils et d'hébergement fonctionnels	Rapport d'activités	EPH	
Former les équipes médicochirurgicales du CHU-Gabriel Touré des EPH de Kayes et Sikasso	Nombre de d'équipes formées	Rapports de formation	EPH	
Former le personnel chargé des soins postopératoires du CHU-Gabriel Touré et des EPH de Kayes et Sikasso ; aux bonnes pratiques de soins et à la déontologie des F.O.	Nombre de personnels formés	Rapports de formation	EPH	
Doter le CHU-Gabriel Touré, les EPH de Kayes et Sikasso en équipements pour la prise en charge médico chirurgicale des F.O.	Equipements disponibles	Bordereaux de livraison et de réception	EPH	
Doter les EPH de CHU-Gabriel Touré, Kayes et Sikasso d'un centre d'accueil et d'hébergement des femmes victimes de fistule obstétricale	Centres d'accueils et d'hébergement fonctionnels	Rapport d'activités	EPH	
Doter tous les CSRéf en capacité de prévention et de prise en charge des fistules simples	Nombre de CSREF menant des activités de prévention et de	Rapport d'activité	DRS/CSRéf	PTF

Activités et sous activités	Indicateurs	Source de vérification	Responsable	Services & partenaires
	PEC de la FO			
Renforcer les mécanismes de recrutement et d'orientation des cas vers les centres de prise en charge médicochirurgicale (Mise en place de relais ou recours aux relais existants pour renforcer le recrutement)	Nombre de femmes victimes de la FO recrutées et orientées vers une Unité de traitement	Rapports d'activités	ONG,	Association, Communauté, etc.
Mettre en place un fonds de prise en charge médicale des fistules	Fonds disponibles	Rapport d'activités / rapport financier	MS	PTF
Assurer la prise en charge médicochirurgicale de tous les cas de F.O. détectés	Nombre de cas pris en charge	Rapport d'activités	EPH	OSC,
Doter les EPH en capacités de rééducation sphinctérienne des incontinences urinaires	Nombre d'EPH dotés de capacités de rééducation sphinctérienne	Rapport d'activités	EPH	
Assurer une prise en charge psychosociale de qualité.	Nombre de cas pris en charge	Rapport d'activités	EPH	OSC
Instituer les campagnes chirurgicales F.O.	Nombre de campagne réalisé	Rapport d'activités	EPH/DRS	OSC

5. Stratégie 5 : Soutien à la réinsertion sociale et économique des femmes victimes de fistules

Activités et sous activités	Indicateurs	Source de vérification	Responsable	Services & partenaires
Impliquer le conjoint, les familles et la communauté dans la gestion de la prise en charge des fistules	Nombre de femmes victimes de F.O. réinsérées dans leur famille	Rapports d'activités	Unité de prise en charge et ONG	
Promouvoir les activités génératrices de revenus pour les femmes victimes de fistules (y compris celles qui sont guéries) en vue de faciliter leur réinsertion	Nombre d'AGR initiées et soutenues Nombre de bénéficiaires	Rapports d'activités	Services Sociaux/ONG	
Préparer les familles et les communautés à faciliter la réinsertion des femmes	% de femmes traitées retournées dans leur foyer	Rapports d'activités	Unité de soins/services sociaux/ Responsables : politique, administratif, religieux, ONG...	

6. Stratégie 6 : Le développement des ressources humaines :

Activités et sous activités	Indicateurs	Source de vérification	Responsable	Services & partenaires
Créer un Centre de Formation et d'Excellence sur la chirurgie des fistules obstétricales	Centre créé et fonctionnel	Décret de création	MS/MESRS	PTF
Renforcer la collaboration et la solidarité entre les spécialistes du Mali et de la sous région	Nombre de rencontres organisées	Rapports de participation	Centre de formation et d'excellence	FMPOS
Organiser des voyages d'études et des rencontres formatives et d'échanges d'expériences	Nombre de voyages d'études effectués Nombre d'agents ayant effectué un voyage d'études	Rapports de missions	DNS	Centre de formation

7. Stratégie 7 : Suivi-évaluation de la mise en œuvre de la stratégie et recherche

Activités et sous activités	Indicateurs	Source de vérification	Responsable	Services & partenaires
Concevoir des supports de collecte des données sur les fistules obstétricales et les intégrer au SLIS	Support de collecte conçus	Rapport du SLIS	DNS	EPH, CSREF et relais
Evaluer et suivre régulièrement les résultats de la campagne d'élimination	Nombre de réunions annuels sur les F.O.	CR et Rapports d'activités	DNS	
Mener des activités de recherches opérationnelles sur les F.O.	Nombre d'activités de recherche menées	Rapports de recherche	DNS/EPH	
Prendre en compte les F.O. dans le monitoring semestriel et annuel dans les aires de santé avec tous les acteurs	Nombre d'aires de santé ayant pris les F.O. dans les activités de monitoring Nombre de participants	Rapports de monitoring	DNS	DRS/CSREF/EPH
Intégrer le suivi de la stratégie nationale dans les réunions des organes de coordination, de suivi et d'évaluation du PRODESS II (Comité Technique, Comité de Suivi, CROCEP, Conseils de Gestion)	Nombre de rapports sur les F.O.	Rapports d'activités	CPS	DNS/DRS/EPH
Organiser une évaluation à mi-parcours (2011) et une évaluation finale en 2015 de la stratégie nationale	Nombre de rapports d'évaluation	Document de rapport	CPS	

VII. COUTS ESTIMATIFS DE LA STRATEGIE NATIONALE

DUREE DE 8 ANS (16 semestres ou 32 trimestres)

Stratégie 1 : Renforcement de la coordination et du partenariat

Activités et sous activités	Hypothèses de mise en œuvre	Eléments de calcul des coûts	Montant total	CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE 2008 - 2015								
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
1. Nommer le point focal Fistules à la DNS	Prendre un acte administratif	PM	PM	PM								
2. Créer le réseau des chirurgiens de la fistule	Réseau mis en place	PM	PM	PM								
3. Mettre en place un comité de suivi (CT/chargé de mission, CPS DNS/DSR, DNDS, CHU Point G, CHU Gabriel Touré, Direction de la Coopération Internationale, MPFEF, MDSSPA, MEN, UNFPA, OMS, USAID, UNICEF, Coopération française, coopération canadienne, IAMANEH Suisse, Intra Health Mali, société civile)	Prendre un acte administratif	PM	PM	PM								
4. Mettre en place un comité régional de suivi (DRS, EPH, DRDSES, les ONG locales, DRFEF, academie d'enseignement, et les partenaires techniques et financiers locaux, l'assemblée régionale, société civile)	Prendre un acte administratif	PM	PM	PM								
5. Mettre en place un comité local de suivi (préfet, CSRef, FELASCOM, conseil de cercle, ASACO, société civiles)	Prendre un acte administratif	PM	PM	PM								
6. Organiser des réunions de concertation au niveau régional et national deux fois par an	Deux réunions centrales et 2 par région	3000000/an niveau central et 1.500.000 /région /an	132.000	16.500	16.500	16.500	16.500	16.500	16.500	16.500	16.500	16.500
7. Capitaliser les expériences existantes dans le domaine de la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales	Présentation lors des réunions de suivi une expérience par session	500.000/expérience	8.000	1000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

Activités et sous activités	Hypothèses de mise en œuvre	Eléments de calcul des coûts	Montant total	CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE 2008 - 2015							
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
8. Appuyer les ONG intervenant dans la prévention	Une ONG par Région	10.000.000 par région/an	720.000	90.000	90.000	90.000	90.000	90.000	90.000	90.000	90.000
9. Inciter la création d'un groupe de soutien à la lutte contre les F.O. par aire de santé	Initiative local des CCom	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Total stratégie1			860.000	107.500	107.500	107.500	107.500	107.500	107.500	107.500	107.500

Stratégie 2 : Plaidoyer en faveur de l'élimination des fistules obstétricales

Activités et sous activités	Hypothèses de mise en œuvre	Éléments de calcul des coûts	Montant total	CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE 2008 – 2015								
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
1. Concevoir un outil de plaidoyer sur les F.O. destinée aux autorités et aux leaders traditionnels, communautaires, religieux (situation, causes, conséquences et possibilités de prise en charge)	Un document type « Profile » sur les F.O. sera conçu avec une adaptation par cible	Coût de conception du document y compris un atelier de validation	10.000	10.000	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Mener des activités de plaidoyer auprès des autorités nationales, de la société civile, des leaders communautaires, des leaders traditionnels, des leaders religieux sur les F.O.	Organiser une réunion de plaidoyer national et une réunion par région (9) et cercle (49)	National =	16.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
		Région =	36.000	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500
		500.000	39.200	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	
		Cercle =	100.000	91.200	11.400	11.400	11.400	11.400	11.400	11.400	11.400	11.400
TOTAL/AN												
3. Disséminer les textes sur les droits et la SR les F.O. et les violences sexuelles	Reprographier tous les textes sur la SR et violences sexuelles	Frais de reprographie en 2008 PUIS 1000.000/an	9000	2000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
4. Mener des activités de plaidoyer auprès des ménages et de la communauté et des conjoints sur les causes des F.O.	Activités menées par les ONG et les relais SR	Voir appui au ONG	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
5. Instituer une journée nationale sur les F.O.	Frais d'organisation de la journée nationale F.O.	National :	40.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
		5.000.000	36.000	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	
		Région :	39.200	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	
		500.000	115.200	14.400	14.400	14.400	14.400	14.400	14.400	14.400	14.400	
Cercle : 100.000 Total/an												
6. Réaliser d'un film documentaire sur la F.O.	Film documentaire sur les F.O. (causes, prévention traitement)	Appui de 20 millions pour la réalisation du film	20.000	20.000	0	0	0	0	0	0	0	0
7. Organiser des séances de sensibilisation par les médias (les radios de proximité, télévision, conférence, débats, troupe de théâtre) sur les F.O.	Causeries dans toutes les radios de proximité des cercles sur les F.O.	147 radios X 50.000 X 2 X 8 ans = 14700000 x 8 = 117.600.000	117.600	14.700	14.700	14.700	14.700	14.700	14.700	14.700	14.700	14.700

Stratégie 2 : Plaidoyer en faveur de l'élimination des fistules obstétricales (suite)

Activités et sous activités	Hypothèses de mise en œuvre	Éléments de calcul des coûts	Montant total	CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE 2008 - 2015							
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
8. Intégrer la lutte contre les F.O. dans les programmes de promotion et de protection des femmes et jeunes filles	Les programmes genre intègrent les F.O. dans leurs objectifs	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
9. Plaidoyer pour inclure les fistules dans la liste des maladies sociales en vue de sa prise en charge gratuite	Relecture des textes sur le recouvrement des coûts	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Total stratégie 2			343.000	75.000	50.000	42.000	35.000	35.500	35.500	35.000	35.000

Stratégie 3 : Développement des mesures de prévention des fistules obstétricales

Activités et sous activités	Hypothèses de mise en œuvre	Éléments de calcul des coûts	Montant total (1000 FCFA)	CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE 2008 – 2015 (en milliers de FCFA)								
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
1. Mener une étude rétrospective sur l'ensemble du territoire sur la situation des fistules obstétricales au Mali	une étude réalisée par les équipes de cercle	Coût d'une étude nationale rétrospective = 10.000.000	20.000	20.000	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Rendre disponible les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité à tous les niveaux	Equipement SONUB au CSCom et SONUC au CSRéf Formation du personnel	voir feuille de route SR Voir feuille de route SR	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
3. Elaborer les normes et procédures de prévention et de prise en charge des F.O. et les intégrer aux PNP en santé de la reproduction/maternité à moindres risques	Organiser un atelier d'élaboration des PNP sur F.O. reprographie	Coût ateliers et validation= 10.000.000 Coût reprographie et dissémination = 30.000.000.	40.000	19.000	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	0
4. Organiser des séances de sensibilisation des professionnels de santé sur la problématique de la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales	Une séance trimestrielle par niveau et une rencontre en marge des réunions du CROCEP	Coût des supports techniques : 5000.000/an	40.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
5. Renforcer les capacités des professionnels de santé aux normes et procédures de prévention et de prise en charge des Fistules Obstétricales	Une session par région et par an (avec les équipes chirurgicales de cercle)	Coût par session = 2.000.000/région 2.000.000 X9 régions X 8 ans	216.000	27.000	27.000	27.000	27.000	27.000	27.000	27.000	27.000	27.000

Activités et sous activités	Hypothèses de mise en œuvre	Eléments de calcul des coûts	Montant total (1000 FCFA)	CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE 2008 – 2015 (en milliers de FCFA)							
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
6. Elaborer un plan intégré de communication sur les FO	Elaborer un plan intégré de communication	Coûts moyens par supports 5000.000 (6 jeux de supports X5.000.000) X2 fois	138.400	39.800	35.000	10.600	13.000	10.000	10.000	10.000	10.000
7. Sensibiliser les populations sur les pratiques traditionnelles favorisant la survenue des FO (mariages précoces, accouchements à domicile, excision etc...)	Organiser une causerie trimestrielle sur les F.O dans chaque cercle avec les radios de proximité	Coût par cercle et par an = 300.000 X 59 X 8	141.600	17.700	17.700	17.700	17.700	17.700	17.700	17.700	17.700
8. Former les masses médias et les organisations de la société civile sur la prévention des FO	Une session par district sanitaire et par an pour 59 X 950 X 8 ans	Coût unitaire /session/district = 950.000	448.400	56.050	56.050	56.050	56.050	56.050	56.050	56.050	56.050
9. Renforcer l'accessibilité et l'utilisation des services de consultation prénatales et accouchements	Contrat de prestations avec l'ORTM et les 147 radios de proximité (URTEL) pour la mobilisation sociale	Coûts annuels/ORTM=16.000.000	128.000	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000
		URTEL 30.000.000/an dont 200.000/radio/an	240.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000
Total stratégie 3			1.412.400	230550	190.250	165.350	165.250	165.250	165.250	165.250	165.250

Stratégie 4 : Renforcement des capacités de prise en charge globale des cas

Activités et sous activités	Hypothèses de mise en œuvre	Éléments de calcul des coûts	Montant total	CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE 2008 – 2015							
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1. Renforcer les capacités des équipes médicochirurgicales des EPH de Ségou, Mopti Tombouctou et Gao	Une Session de formation par région avec (1 professeur, un assistant, un anesthésiste) pendant 30 jours	Coût par session : 6.500 dont -indemnités = 2.700.000 + Kits = 1.500.000 + Autres (logement)= 2.250.000	26.000	0	13.000	13.000	0	0	0	0	0
2. Renforcer les capacités du personnel chargé des soins postopératoires des EPH du Point G, Ségou, Mopti Tombouctou et Gao aux bonnes pratiques de soins et à la déontologie des F.O.	Une Session de formation par région avec	Coût par session 2.500.000 X 4 Région = 10.000.000FCFA	10.000	0	5.000	5.000	0	0	0	0	0
3. Renforcer les équipements des EPH de Ségou, Mopti Tombouctou et Gao	Dotation en boites complémentaires	4 boites X 4 hôpitaux X 2.000.000 =32.000.000	32.000	12.000	12.000	8.000	0	0	0	0	0
4. Doter les EPH de Gao et Tombouctou d'un centre d'accueil et d'hébergement pour les femmes victimes de fistules	Construction du centre d'hébergement de Tombouctou et Gao	30.000.000 X 2 centre = 60.000.000FCFA	60.000	30.000	30.000	0	0	0	0	0	0
5. Former les équipes médicochirurgicales du CHU Gabriel et des EPH de Kayes et Sikasso	Mise en place d'une unité complète à Kayes et Sikasso avec centre d'hébergement (Equipement boc, formation, construction centre)	150.000.000 par structure (100 millions pour l'équipement complet et l'aménagement du bloc + 50 millions pour le centre	300.000	0	150.000	150.000	0	0	0	0	0
6. Renforcer les capacités du personnel chargé des soins postopératoires CHU Gabriel Touré, des EPH Kayes et Sikasso aux bonnes pratiques de soins et à la déontologie des F.O.	Une Session de formation par région avec	Coût par session 2.500.000 X 4 Région = 10.000.000FCFA	10.000	0	5.000	5.000	0	0	0	0	0

Activités et sous activités	Hypothèses de mise en œuvre	Eléments de calcul des coûts	Montant total	CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE 2008 – 2015								
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
1. Doter le CHU Gabriel Touré, les EPH de Kayes et Sikasso en équipements pour la prise en charge médicochirurgicale des FO		80.000.000X3= 240.000.000FCFA	240.000	80.000	160.000							
2. Doter le CHU Gabriel Touré, les EPH de Kayes et Sikasso d'un centre d'accueil et d'hébergement pour les femmes victimes de fistules	Construction du centre d'hébergement de Tombouctou et Gao	30.000.000 X 3 centre = 90.000.000FCFA	90.000	30.000	60.000	0	0	0	0	0	0	0
3. Doter tous les CSRef en capacité de prévention et de prise en charge des fistules simples (équipement, formation)	Former les équipes SR à la prise en charge Doter en équipement les CSRéf	Coût unitaire par cercle = 10.000.000 par CSREFX59	590.000	0	0	130.000	230.000	120.000	110.000			
4. Renforcer les mécanismes de recrutement et d'orientation des cas vers les centres de prise en charge médicochirurgicale (mise en place de relais ou recours aux relais existants pour renforcer le recrutement)	Former les enseignants à la sensibilisation et au recrutement et l'orientation des femmes victimes de fistule des les villages vers les unités de soins	Une session de formation / cercle X 59 X 1000000	59.000.	3.000	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000
5. Mettre en place un fond de prise en charge médicale des fistules	Créer une ligne budgétaire « Fistules Obstétricales » à répartir entre les Unité de traitement des EPH pour 2400 cas attendus	2400 cas estimés/an à 100.000 = 240.000.000)	1.920.000	240.000	240.000	240.000	240.000	240.000	240.000	240.000	240.000	240.000
6. Doter les EPH en capacités de rééducation sphinctérienne des incontinences urinaires	EPH sont dotés en capacités de rééducation sphinctérienne des incontinences urinaires	2.000.000 par EPH pour 2 agents/an 2.000.000X12 Appui au fonctionnement : 500 000/EPH/an	210.000		30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000

Activités et sous activités	Hypothèses de mise en œuvre	Éléments de calcul des coûts	Montant total	CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE 2008 – 2015								
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
7. Assurer la prise en charge médicochirurgicale et psychosociale de tous les cas de F.O. détectés	Voir point 5 ci-dessus	Pm	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
8. Instituer la campagne chirurgicale sur les FO		PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Total stratégie 4			3.547.000	395.000	713.000	589.000	508.000	398.000	388.000	278.000	278.000	

Stratégie 5 : Soutien à la réinsertion sociale et économique des femmes victimes de fistule

Activités et sous activités	Hypothèses de mise en oeuvre	Eléments de calcul des coûts	Montant total	CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE 2008 - 2015								
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
1. Impliquer le conjoint, les familles et la communauté dans la gestion de la prise en charge des fistules	Mener une recherche action pour identifier et faire participer le conjoint ou la famille à l'encadrement	50.000/cercle/an 50.000 X 49 X 8ans =19.600.000fcfa	19.600	2.450	2.450	2.450	2.450	2.450	2.450	2.450	2.450	2.450
2. Promouvoir les activités génératrices de revenus pour les femmes victimes de fistule (y compris celle guéries) en vue de faciliter leur réinsertion	Initier des AGR individuelles ou collective 50.000/Projet pour 20 projets par site	Coût 1.000.000/site/an X 10 sites soit 10.000.000/an X 8ans= 80.000	80.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
3. Préparer les familles et les communautés à faciliter la réinsertion	Visite à domicile dans la famille de chaque femme prise en charge	2.400 visites/an lors des activités de supervision	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Total stratégie 5			99.600	12.450	12.450	12.450	12.450	12.450	12.450	12.450	12.450	12.450

Stratégie 6 : Le développement des ressources humaines

Activités et sous activités	Hypothèses de mise en œuvre	Eléments de calcul des coûts	Montant total	CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE 2008 - 2015								
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
1. Créer un Centre de Formation et d'Excellence sur la chirurgie des fistules obstétricales												
- Création du centre de formation	Prendre un acte de création (arrêté ou décret)	Arrêté ou décret de création avec modalité de fonctionnement	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
- Construction et équipement	Construction et équipement des salles et dortoirs (350 m ² batis)	Construction=(350 X 300.000FCFA)=105 millions +Equipement =50 millions	205.000	0	205.000	0	0	0	0	0	0	0
- Nommer un responsable (directeur) du centre et son personnel	Prendre des actes de nomination	Arrêté de nomination du responsable et du personnel du centre	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
- Doter le centre d'un budget de fonctionnement	Indemnité pour 4 encadreurs X 4 mois et fonctionnement courant	300.000 X 4 mois X 5 encadreurs =6.000.000 200.000 X 4 mois	48.000 9.600	6.000 1.200	6.000 1.200	6.000 1.200	6.000 1.200	6.000 1.200	6.000 1.200	6.000 1.200	6.000 1.200	6.000 1.200
2. Renforcer la collaboration et la solidarité entre les spécialistes de la sous région	Organiser un forum annuel sous régional sur les fistules	Coûts de 10.000.000 par an X 8 = 80.000.000	80.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
3. Organiser des voyages d'études et des rencontres formatives et d'échanges d'expériences	2 voyages d'études hors du Mali/an et 2 voyages entre unités de traitement/ an	8.000.000/an pour les voyages d'études	64.000	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000
Total stratégie 6			406.600	25.200	230.200	25.200	25.200	25.200	25.200	25.200	25.200	25.200

Stratégie 7 : Suivi-évaluation de la mise en œuvre de la stratégie et recherche

Activités et sous activités	Hypothèses de mise en œuvre	Éléments de calcul des coûts	Montant total	CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE 2008 – 2015								
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Concevoir des supports e collecte de données sur les fistules obstétricales et les intégrer au SLIS	Conception et mise en place des supports	Une réunion de conception (1 jour) et reprographie (2500 fiches /an) =1.500.000 /an	12.000	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500
Evaluer et suivre régulièrement les résultats de la campagne d'élimination	Compilation des données par point focal et rapports semestriels et annuels	500.000/rapports X 3 = 1500.000/an	12.000	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500
Mener des activités de recherche opérationnelle sur les FO	Organiser des études	Coût moyen par étude = 5.000.000	31.000	5.000	10.000	5.000	5.000	6.000	0	0	0	0
Prendre en compte les FO dans le monitoring semestriel et annuel dans les aires de santé avec tous les acteurs	Une réunion par cercle et par an	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Intégrer le suivi de la stratégie nationale dans les réunions des organes de coordination, de suivi et d'évaluation du PRODESS II (Comité Technique, Comité de Suivi, CROCEP, Conseils de Gestion)	Un rapport de mise en œuvre est présenté lors des réunions du PRODESS (Comité de suivi et techniques, CROCEP, Conseil de gestion	Frais de reprographie du rapport à intégrer dans la préparation des régions	1.200	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Organiser une évaluation à mi-parcours (2011) et une évaluation finale en 2015 de la stratégie nationale	Une réunion en 2011 et une autre en 2015	10.000.000/évaluation	20.000				10.000					10.000
Total stratégie 7			76.200	8.150	13.150	8.150	18.150	8.150	3.150	3.150	13.150	

COÛT RECAPITULATIF DE LA STRATEGIE NATIONALE DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES FISTULES OBSTETRIQUES AU MALI

N°	Axes stratégiques	Montant total	CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE 2008 – 2015							
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	Renforcement de la coordination et du partenariat ;	860.000	107.500	107.500	107.500	107.500	107.500	107.500	107.500	107.500
2	Plaidoyer en faveur de l'élimination des fistules obstétricales ;	343.000	75.000	50.000	42.000	35.000	35.500	35.500	35.000	35.000
3	Développement des mesures de prévention des fistules obstétricales	1.412.400	230.550	190.250	165.350	165.250	165.250	165.250	165.250	165.250
4	Renforcement des capacités de prise en charge globale des cas	3.547.000	395.000	713.000	589.000	508.000	398.000	388.000	278.000	278.000
5	Soutien à la réinsertion sociale et économique des femmes victimes de fistule	99.600	12.450	12.450	12.450	12.450	12.450	12.450	12.450	12.450
6	Le développement des ressources humaines	406.600	25.200	230.200	25.200	25.200	25.200	25.200	25.200	25.200
7	Le suivi évaluation de la mise en œuvre de la stratégie et recherche	76.200	8.150	13.150	8.150	18.150	8.150	3.150	3.150	13.150
	COÛT TOTAL ESTIMATIF	6.746.800	853.850	1.316.550	949.650	871.550	752.050	737.050	626.550	636.550

Le coût estimatif de la stratégie est de Six Milliard Sept Cent Quarante Six Millions Huit Cent Mille pour la période 2008 - 2015

VIII. HYPOTHESE DE SUCCES OU DE RISQUES

Les conditions ci-dessous sont essentielles pour la mise en œuvre de la présente stratégie nationale de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales.

- Un engagement politique affirmé au plus haut niveau ;
- La mise en place d'un fonds de gratuité pour la prise en charge globale des fistules obstétricales ;
- Une adhésion totale des professionnels des soins (médicaux et chirurgicaux) à la mise en œuvre de la stratégie nationale ;
- L'implication effective de la communauté, notamment le village, le ménage et les conjoints ;
- L'accompagnement réel des partenaires techniques et financiers ;
- La responsabilisation des services sociaux dans l'organisation de l'assistance ;
- Un partenariat dynamique.

IX. CONCLUSION

La stratégie nationale de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales s'inscrit dans le cadre de la campagne mondiale de leur élimination des Fistules lancée par la communauté internationale à travers l'UNFPA. Elle est une adaptation de la stratégie régionale africaine adoptée en 2003 au contexte du Mali.

Elle constitue donc un document cadre de référence pour les actions menées conjointement par le Gouvernement du Mali et ses partenaires dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique de développement humain durable.

Elle permet d'avoir une approche commune et convergente afin de donner plus d'efficacité et d'efficience aux différentes interventions dans les établissements sanitaires et dans la communauté. Elle met un accent particulier sur l'interface devant exister entre ces deux groupes d'acteurs pour une promotion effective de la santé de la reproduction en général et de la lutte contre les fistules obstétricales en particulier.

Le succès de la mise en œuvre de la stratégie nationale dépendra de l'affirmation d'une volonté politique au plus haut niveau. Elle demandera l'implication effective de l'ensemble des acteurs (secteur public, secteur privé, communautés, organisations non gouvernementales, partenaires au développement, etc.) à différentes étapes de la planification, de l'exécution des activités, du suivi et de l'évaluation des progrès réalisés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Analyse situationnelle des structures SONU – 2008 (DNS/DSR) ;
2. Analyse des données fistules obstétricales, session 1 (Tombouctou 2008) ;
3. Annuaire statistique des hôpitaux 2006 – MS/CPS ;
4. Bulletin d'information OMS Niger N°27 mai 2004 : Lutte contre les fistules obstétricales au Niger : défi pour les acteurs, un espoir pour les femmes fistuleuses ;
5. Cellule de Planification et de statistique/Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique : Enquête Démographique et de santé du Mali (EDSM-IV) 2006 ;
6. Deuxième phase du plan décennal de développement sanitaire et social : Composante Développement Social 2005-2009, - Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées - décembre 2004 ;
7. Document de projet conclu entre le Gouvernement du Mali et l'UNFPA en 2004 ;
8. EngenderHealth/USAID : « Fistula Care Project » : Avant-projet de projet d'appui à la lutte contre les fistules au Mali - février 2008 ;
9. Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Mali – Juillet 2006 ;
10. Inner Wheel International : Campagne pour traiter la fistule (communication) ;
11. La marche vers une intégration sûre des femmes malades des fistules à Mopti : Les raisons de notre désespoir – communication de Dr Mahamadou KEITA et Ibrahima SANKARE - mars 2007 ;
12. Lutte contre les fistules obstétricales au Niger : Défi pour les acteurs, espoir pour les femmes fistuleuses – La lettre de l'OMS Niger N°27 – page 2 et suites- mai 2004 ;
13. Manuel de formation en communication sur l'excision- Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille – Programme national de lutte contre l'excision – Edition Jamana 2004 ;
14. Plan décennal de développement sanitaire et social 1998 – 2007 – Ministère de Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité ;
15. Plan national d'action de lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles ; juin 2008 ;
16. Plan stratégique de la Santé de la Reproduction 2004-2008 – Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé – janvier 2004 ;
17. Plate-forme pour la prise en charge de 100 femmes porteuses de fistules – Communication du Dr Kadiatou Kéita (IAMANEH – Hôtel Salam – 11 au 12 juin 2007 ;
18. Prise en charge de 100 femmes victimes de fistules – Communication DNDS – Hôtel Salam – juin 2007 ;

19. Prise en charge de la fistule obstétricale à Sikasso (Octobre 2004 à Juillet 2008) - Dr M Dolo et Dr A. D ; KONE ;
20. Programme de développement sanitaire et social 1998 - 2002, Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité ;
21. Programme de développement socio-sanitaire II 2005-2009, Composante Santé - Ministère de la Santé - décembre 2004 ;
22. Projet d'appui à la création d'un centre régional de prévention de prise en charge des fistules obstétricales à Man – République de Côte d'Ivoire UNFPA ;
23. Projet national de réduction de la fistule obstétricale au Mali » Ministère de la Santé – Direction Nationale de la Santé – Division santé de la Reproduction – Février 2004 ;
24. Rapport de la Mission d'évaluation des besoins pour la création d'un Centre sous-Régional de Référence et de Formation francophone à la Prise en Charge des Fistules Obstétricales –par Magali Romedenne (Spécialiste Technique- UNFPA/DA/Campagne pour Éliminer les Fistules), Dr. Alain Prual (Senior MH Advisor UNFPA/DA/Programme africain de Santé maternelle et néonatale) Pr. Alain Le Duc Professeur d'Urologie, France, consultant international ;
25. Rapport de la 3^{ème} rencontre internationale sur la problématique des fistules obstétricales à Niamey – UNFPA Avril 2005 ;
26. Rapport des sessions de prise en charge des femmes victimes de fistules obstétricales dans les hôpitaux de Tombouctou et Gao (période du 17 au 21 juillet 2006 et du 6 au 21 janvier 2007) - M Elmounzer Ag ZIDDOU (coordinateur cellule du Projet santé maternelle Nord Mali et Dr Youssouf Ali DEMBELE (responsable volet médical) - avril 2007 ;
27. Rapport national sur l'excision – Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille – Programme national de lutte contre l'excision – janvier 2006 ;
28. Rapport national sur l'excision – Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille – Programme national de lutte contre l'excision 2006 – janvier 2007 ;
29. Situation des fistules obstétricales au Mali – DNS/DSR – Décembre 2003 ;
30. Stratégie Nationale de lutte contre les fistules obstétricales 2005-2015 - République Islamique de la Mauritanie – Ministère de la Santé et des Affaires Sociales – Direction nationale de la Protection Sanitaire, , Programme National de Santé de la Reproduction – Nouakchott -février 2005 ;
31. Stratégie nationale de lutte contre les FO : plan d'action phase initiale 2005-2008 ; Mauritanie janvier 2008 ;
32. Stratégie régionale africaine de prévention des Fistules Obstétricales ;
33. Traitement des fistules vésico-vaginales à l'Hôpital de Kati : à propos de 34 cas (de juillet 1998 à Avril 1999) – Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (3) Qi Li Ya, Z. Ouattara, K. Ouattara ;

34. UNFPA : Projet d'appui à la création d'un Centre régional de prévention et de prise en charge des fistules à Man – République de Côte d'Ivoire ;
35. UNFPA : Campagne pour éliminer les fistules – 2003 ;
36. UNFPA : Fistules obstétricales au Burundi : contribution à l'étude de la réparation des F.O. au Burundi (document sur le WEB) ;
37. UNFPA : la fistule obstétricale – Points essentiels (Document WEB) ;
38. www.fmc-tourcoing.org/SPIP/article.php3?id_article=153 : contribution à l'étude de la réparation des fistules obstétricales au Burundi (par Dr Earvin ISUMBISHO) ;
39. www.mediaf.org/fr/imprimer/index.php?itm=3053 : Fistules obstétricales : quand la maternité devient un calvaire (par Assétou BADOH Burkina Faso) ;

ANNEXES

Annexe N°1 : Population par tranche d'âge et par région en 2006

REGIONS	< 1 an	1- 4 ans	5-14 ans	> 15 ans	Total
Kayes	65 880	230 580	494 100	861 380	1 651 940
Koulikoro	76 774	268 709	575 805	1 003 820	1 925 108
Sikasso	89 053	311 687	667 900	1 164 372	2 233 012
Ségou	80 398	281 394	602 987	1 051 207	2 015 986
Mopti	65 699	229 947	492 744	859 017	1 647 407
Tombouctou	22 778	79 924	170 837	297 827	571 366
Gao	17 598	61 592	131 984	230 091	441 265
Bamako	2 038	7 134	15 287	26 651	51 110
Kidal	59 290	207 516	444 677	775 220	1 486 703
Total Mali	479 508	1 678 483	3 596 321	6 269 585	12 023 897
%	4%	14%	30%	52%	100%

Sources : Annuaire 2006 du SLIS - DNS - octobre 2007

Annexe N°2 : Couverture sanitaire au 31 décembre 2007

Région	Nombre d'Aires prévues	Nombre de CSCom	Taux de couverture dans un rayon de 5km	Taux de couverture dans un rayon de 15 km
Kayes	183	141	48%	71%
Koulikoro	167	116	45%	87%
Sikasso	186	153	59%	87%
Ségou	167	145	56%	99%
Mopti	128	112	45%	78%
Tombouctou	77	51	40%	57%
Gao	93	49	62%	93%
Kidal	13	7	37%	41%
Bamako	56	52	110%	106%
Total Mali	1070	826	58%	86%

Source : annuaire 2007 du SLIS - DNS - Draft

Annexe N°3 : Couverture en Consultations Périnatales (CPN) et accouchements assistés dans les CSCOM et CSREF en 2007

Région	Consultations prénatales		Accouchements Assistés			Consult. Postnatal
	Taux de CPN	Indice d'assiduité	Taux globaux	Par Matrone	Accouch. à domicile	
Kayes	78	2	50%	65%	10	22%
Koulikoro	77	2	61%	74%	4	26%
Sikasso	81	2,14	67%	67%	6	28%
Ségou	83	2,16	60%	66%	13	33%
Mopti	77	1,82	37%	81%	15	16%
Tombouctou	64	2,08	35%	66%	22	25
Gao	60	2,18	22%	23%	23	9%
Kidal	26	1,71	17%	63%	53	6%
Bamako	85	2,12	97%	21%	3	53%
Total Mali	78%	2,06	59%	59%	8	28%

Source : Rapports annuels du SLIS - DNS

Annexe N°4 : Répartition des établissements de soins obstétricaux

Régions	CSREF avec référence organisée	Nbre de structures SOUB	Nombre de structures SOUC
Kayes	Kayes, Bafoulabé, Kita, Yélimané, Diéma, Nioro et Kéniéba	11	3 (Kayes, Kéniéba et Nioro)
Koulikoro	Koulikoro, Kangaba, Dioila, Fana, Banamba, Kolokani, Ouélessébougou, Nara	7	2 (Nara et Fana)
Sikasso	Sikasso, Bougouni, Kadiolo, Kolondiéba, Koutiala, Sélingué, Yanfolila, Yorosso	0	8 (tous les CSREF)
Ségou	Baraouéli, Bla, Macina, Markala, Niono, San , Tominian	11	4 (Ségou, Baraouéli, Niono, Tominian)
Mopti	Mopti, Bandiagara, Bankass, Djenné, Douentza, Koro, Tenenkou, Youwarou	4	6 (Bandiagara, Djenné, Koro, Douentza, Bankass, Hôpital régional)
Tombouctou	Diré, Goundam, Niafunké et Tombouctou	2	4 (Diré, Niafunké, Tombouctou, Hôpital Régional)
Gao	Gao , Bourem, Ansongo, Ménaka	3	1 (Gao)
Kidal	Kidal (*)	1,	0
Bamako	Commune I, IV, V, VI	2	9 (CSREF CI, CIV, CV, CHUGT, CHUPG, les Cliniques Pasteur, Kabala, Filany, Pape et Badala)
Ensemble	51 CSREF avec référence	41 SOUB	37 structures SOUC

(*) Kidal doit organiser la référence avec les cercles de Tin Essako et Abéibara

Annexe N°5 : Répartition de quelques agents de santé qualifiés par région au niveau des cercles et CSCom

Régions	Médecins	Sages-femmes	IDE	IPC	Matrones	Autres
Kayes	77	24	82	159	275	293
Koulikoro	96	45	74	210	237	309
Sikasso	86	31	68	310	310	395
Ségou	66	43	97	268	233	424
Mopti	39	27	65	131	176	264
Tombouctou	22	6	27	80	104	98
Gao	22	16	25	146	52	85
Kidal	8	1	13	29	8	27
Bamako	379	379	186	328	160	471
Ensemble	795	572	637	1661	1525	2366

Annexe N° 6 : Les différents noms de la fistule en langue locale et leurs Traductions en français¹

Appellations locales (bamanan)	Signification
<i>Nièguènè kotiguè bali bana Sougounè kotiguè bali ba</i>	La maladie d'écoulement permanent d'urine
<i>Fini fila siri Tafé fila siri</i>	Un seul pagne est vite mouillé par l'écoulement des urines de la patiente qui est obligée d'attacher un 2 ^{ème} pagne pour cacher la partie mouillée aux gens.
<i>Sokono bana</i>	Double signification : trou intérieur lié à son emplacement partie honteuse ; oblige la patiente à se réfugier à l'intérieur de la maison.
<i>Goundo bana</i>	Maladie gardée secret entre époux et épouse ou maladie gardée en secret.
<i>Tio-tio</i>	Crachin
<i>Muso bana</i>	Maladie des femmes (appellation par pudeur)
<i>Farigan</i>	Fièvre (appellation par respect)
<i>Nièguènè kè bana, sougounè kè bana</i>	Maladie qui fait uriner
<i>Nièguènè bô</i>	Écoulement d'urine

Sources : Situation des fistules obstétricales au Mali – DNS/DSR – UNFPA
Décembre 2003

¹ Situation des fistules obstétricales au Mali – Ministère de la santé – DNS/UNFPA Décembre 2003

Annexe N°7 : Caractéristiques des cas traités (service d'urologie du Point G)

Caractéristiques	Nombre	%
Traitements de fistules obstétricales:	108	100,0%
Traitement précoce par cathétérisme vésical	1	0,9%
Réparation chirurgicale simple	58	53,7%
Réparation chirurgicale complexe	49	45,4%
Nombre de cas fermés avec succès:	60	55% dont
Traitement précoce par cathétérisme vésical	1	1,7%
Réparation chirurgicale simple	33	55,0%
Réparation chirurgicale complexe	26	43,3%
fistules fermées avec continence,:	48	45%

Source : Situation des fistules obstétricales au Mali – Ministère de la santé – DNS/UNFPA
 Décembre 2003

Annexe N°8 : Caractéristiques des femmes prises en charge

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
1. Age des patientes		
- 15 – 20 ans	12	24%
- 21 - 30 ans	19	38%
- 31 - 40 ans	13	26%
- Plus de 40 ans	6	12%
2. Professions des patientes		
- Ménagère	43	86%
- Petit commerce	4	8%
- Artisan	2	4%
- Fonctionnaire	1	2%
3. Situation matrimoniale		
- Mariée chez son conjoint	21	42%
- Mariée chez ses parents	9	18%
- Divorcée pour FVV	10	20%
- Célibataires	5	10%
- Veuves	5	10%
4. Niveau d'instruction		
- Aucun niveau	46	92%
- Niveau primaire	3	6%

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
- Secondaire	1	2%
5. Age de la fistule		
- Moins d'un an	6	12%
- 1 à 5ans	24	48%
- 6 à 10 ans	11	22%
- Plus de 10 ans	19	32%
Effectif total	50 patientes	100%

Source : Rapport des sessions de prise en charge des femmes victimes de fistules obstétricales dans les hôpitaux de Tombouctou et Gao (période du 17 au 21 juillet 2006 et du 6 au 21 janvier 2007) - avril 2007

Annexe N°9 : Les frais pour la prise en charge des fistules au service d'urologie du CHU Point G

Désignations	Fistule simple Fcaf	Fistule complexe Fcfa
Bilans pré-opératoires	15.000	15.000
Kit opératoire	60.000	
Kit post-opératoire	10.000-	
Actes opératoires	50.000	
Frais d'hospitalisation	PM	
TOTAL	125.000	

LISTES DES THESES DE DOCTORAT D'ETATS CONSACRES A LA FISTULE
VESICO-VAGINALE REALISEES PAR LE SERVICE D'UROLOGIE DE
L'HOPITAL DU POINT G . (avec Références à la Bibliothèque de la FMPOS)

- 1). 04-M-32 -Amehoun N'Guessan Mariane : Fistules vésico- vaginales –Bilan d'une année d'activité au Service d'urologie de l'Hôpital du Point G. Thèse, FMPOS, 2004
- 2). 06-M-128 – Dieng Abdoulaye Youba : Actualités de la prise en charge de la FVV au Mali, résultats du traitement : a propos de 300 cas traités au Service d'urologie de l'Hôpital du Point G Thèse, FMPOS, 2006.
- 3). 06-M-124 – Oumar Doumbia : Fistules vesico-vaginales obstétricales : bilan d'activité de 1993 à 2004. Hopital Somine Dolo Mopti. Thèse, FMPOS,2006.
- 4). 07 – M- 206 - Kone Aboubacar : Etude de la fistule vesico-vaginale a l'Hopital de Sikasso - Thèse Bamako, FMPOS,2007.
- 5). 06 – M -118 – Mariko Moulaye Labass : Etudes des fistules vesico-vaginales à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou - Thèse FMPOS, 2006.
- 6). 08 – M -22(– Diakité Marie : Etudes des aspects gynécologiques des fistules vesico-vaginales obstétricales au Service d'urologie de l'Hopital du Point G. - Thèse, FMPOS,2008.
- 7).99 – M – 61 – Berthé Honoré Jean Gabriel : Etudes de fistules uro-génitales dans le service d'urologie de l'Hopital Nianankoro Fomba de Ségou. A propos de 16 cas - Thèse, FMPOS, 1999.
- 8). 07 – M -219 – Samassekou Aissata : Impact de la FVVV sur le haut appareil urinaire Thèse, FMPOS, 2007.
- 9). 00 – M- 22 Mariko Seydou : Les Fistules vesico-vaginales : expérience du Service d'Urologie de l'Hôpital du Point G.A propos de 72 cas - Thèse, FMPOS,2000.
- 10.) 96-M-98 – Diakité Mamadou Lamine : Aspects urologiques et gynécologiques de fistules vesico-vaginales. A propos de 119 cas au Service d'urologie de l'Hôpital du Point G – Thèse FMPOS ,1996.
- 11.) 08-M-146 – Maiga Aboubacrine : Fistules Vésico- vaginales dans les deux régions du nord Mali(Tombouctou et Gao) Thèse, FMPOS,2008
- 12.)- 83-M- 296 - Koita Adama Konoba : Quelques aspects des fistules vésico-vaginales observées à l'Hôpital du Point G - Thèse, FMPOS, 1983.
- 13.)- 95-M-4 –Touré Harouna : Etude critique de 220 cas de FVV -Bilan d'activité du projet FVV initié par Médecins du Monde et le Service d'urologie de l'Hôpital du Point G. Thèse, FMPOS, 1995.
- 14.) -05- M- 242 - Ballo Nicodème : Incontinence urinaire post cure chirurgicale de Fistule vesico –vaginale : A propos de 38 Cas - Thèse FMPOS, 2005.

LISTE DES CAMPAGNES MENEES PAR L'EQUIPE DE FORMATION DU SERVICE
D'UROLOGIE DU CHU DU POINT G

1. Campagne chirurgicale FVV de Tombouctou : Tombouctou, 15 - 23 Juillet ,2006 MSF, DRS, Service d'urologie -Hôpital du Point G - Pr. K.Ouattara, Dr Jérôme, Dr Togo
2. Campagne chirurgicale FVV de Gao : Gao, 15 - 23 Juillet 2006, rapport MSF, DRS, Service d'urologie -Hôpital du Point G - Pr. K.Ouattara, Dr Keita, Dr Samamaké, Dr Traoré
3. Campagne chirurgicale FVV en Guinée Equatoriale : Malabo, 3-10 Septembre, 2006, rapport - Ministère de la Santé de Guinée Equatoriale, UNFPA -Guinée Equatoriale - Service d'urologie –Hopital du Point G, Mali - Pr. K. Ouattara, Dr Dieng Y, Modibo Traoré, Mme Daou Salimata
4. Campagne FVV –Session de Formation en chirurgie de la FVV - Nouakchott, Mauritanie, Décembre , 2005, rapport - Ministère de la Santé de Mauritanie, UNFPA -Mauritanie - Institut de spécialisation des cadres de la Santé - Service d'urologie –Hopital du Point G, Mali - Pr. K. Ouattara, Dr Dieng , Dr Dumurgier, Dr Bah,
5. Campagne chirurgicale FVV – Session de Formation en chirurgie de la FVV- Garoua, Cameroun - 9 – 30 Décembre 2006, rapport. - Ministère de la Santé du Cameroun, UNFPA -Cameroun - Service d'urologie –Hopital du Point G, Mali - Pr. K Ouattara, Dr Tembely, Dr Dieng, Mr Modibo,
6. Campagne chirurgicale FVV du Liberia - Monrovia, 1- 14 Août 2008, rapport - UNFPA, Ministry of Health & Social Welfare - Liberia Fistula Project, Service d'Urologie du Point G, Mali - Pr. K Ouattara, Dr Youssouf Yakwé, Mr Molibaly, Dr Aissata Samassekou

Liste des personnes rencontrées

Services	Responsables contactés	Fonction	Tél	E-mail
DNS / DSR	Dr Binta KEITA	Chef DSR	673 14 14	
	Mme Haoua DIALLO	Chargé SR/PF	672 79 49	
CHU/Point G,	Pr Kalilou OUATTARA	Chef service Urologie	672 72 12	
CHU/Gabriel Touré	Pr Amadou DOLO	Chef service de gynéco-obstétrique	675 02 95	
CSREF Commune VI	Dr Boubacar TRAORE	Médecin-Chef CSREF	646 08 13	
Clinique Lac Télé ACI 2000	Dr Ahmadou Garba CISSE	Médecin chef	675 40 05	
CSREF VI	Dr Moustaphe TOURE	Médecin-chef	630 66 15	
DCSSA	Médecin Colonel Abdoulaye SALL	Directeur Central		
Clinique WASSA Gynéco Hippodrome	Dr Mariam DIAKITE	Chef de la Clinique	830 26 05	
UNFPA	Dr Mariam CISSOKO	Administrateur de programme	671 56 16	
USAID	Mr Salif COULIBALY Mme Chritine SOW Mme Miko Mc KAY Mr Bob de WOLFE	Chargés de SR/PF	675 23 76 674 11 21	
OMS	Dr Sarmoye CISSE	Chargé de SR	642 82 27	
UNICEF	Dr Dougoufana BAGAYOKO	Chargé de programme	643 39 04	
IAMANEH MALI	Dr Kadiatou KEITA	Coordinatrice	678 74 95	iamaneh_suisse@cefib.com
CANADA	Dr Ouassa SANOGO	Chargé de Programme	674 65 60	ouassa.sanogo@uapmali.org
PNL/EXCISION	Dr KEITA Josephine TRAORE Mr Lamine B. TRAORE	Directrice PNLE Coordinateur de PASAF	674 11 30	keitajosml@yahoo.fr

Services	Responsables contactés	Fonction	Tél	E-mail
			66 74 00 23 79 24 82 62	
H Point G	Mme KOUMARE Lucienne	Chef service Social		
H. Point G	M Mamourou Camara	Directeur administratif		
H. Point G	Dr COULIBALY Génèviève DIAKITE	Responsable centre OASIS	76 05 29 45	
DNDS	Mme Fanta Marie TRAORE	Chef Division	649 55 17	
USAID/ENGERHEALTH	Dr Sita MILLOMONO	EngenderHealth Guinée		
USAID/ENGERHEALTH	Dr Karen BEATTIE	EngenderHealth New York		

Personnes rencontrées lors de la visite dans les hôpitaux régionaux de Gao, Tombouctou, Mopti et Ségou

Lieu	Personnes rencontrées	Responsabilités ou fonctions	Téléphone	e-mail
Visite à Gao				
Hôpital régional	Dr Dounanké DIARRA	Directeur Général Hôpital Régional Gao	605 22 07	aounankediarra20@yahoo.fr
	Dr Alassane TRAORE	Gynéco-obstétricien Hôpital Régional de Gao	619 13 12	alassane2000@yahoo.fr
DRS Gao	Dr Kalifa Abdoulaye TRAORE	Conseiller UNFPA Pour Gao, Tombouctou et Kidal	66 73 39 38	kalifaabd_traore@yahoo.fr
ONG GREFFA Gao	Mme Fatoumata TOURE	Coordinatrice GREFFA Gao (607 82 25	
Visite à Tombouctou				
Hôpital Tombouctou	Dr Jérôme Dakuo	Directeur Hôpital Régional Tombouctou	76 10 13 35	soualodo@yahoo.fr
MSF Luxembourg Tombouctou	M. Elmounzer Ag JIDDOU	Coordinateur de la Cellule de coordination du Programme de santé maternelle nord Mali (PSM-		

		NM)		
	Dr Youssouf Ali Dembele	Responsable volet médical PSM-NM		
Visite à Mopti				
Hôpital de Mopti	Dr Mahamoudou KEITA	Chirurgien hôpital	603 29 85	drkeitus@yahoo.fr
	Dr Almoustapha OUATTARA	Chirurgien hôpital Mopti	631 87 44	Almous2002@yahoo.fr
	M. Yaya COULIBALY	Médecins du Monde	603 19 34	mdmf@orangemali.net
	Mme Christine QUINCHEZ	Consultante Médecins du Monde		chquinchez@liberty.surf.org
DRS	Dr Kassim TRAORE	Médecin de santé Publique, Chargé de planification		
Visite à Ségou				
Hôpital de Ségou	Dr Faoussouby CAMARA	Médecin Directeur Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou	66 65 14 96	Camara_faoussouby@yahoo.fr
	Dr Bréhima SAMAKE	Chirurgien chargé des fistules	66 56 4938	brehimasamak@yahoo.fr
	Mme LAH Fatoumata KAMISSOKO	Infirmières Responsable des Soins aux fistuleuses		
	M. Cheick Tidiane SYLLA	Directeur Adjoint hôpital de Ségou Gestionnaire	76 43 43 67	

**LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER D'EXAMEN DE LA STRATEGIE MALIENNE DE PREVENTION ET DE PRISE
EN CHARGE DES FISTULES OBSTETRIQUES
SELINGUE DU 12 AU 16 JANVIER 2008**

N°	Noms et Prénoms	Institution	Tél	E-mail
1.	Mme DICKO Fatoumata MAIGA	Unité/DNS	66 74 96 42	fsdicko@yahoo.fr
2.	Dr Mariam CISSOKO	UNFPA	6671 58 16	cissoko@unfpa.org
3.	Dr Mala SYLLA	Hôpital /Sikasso	66 69 00 42	hamasylla@yahoo.fr
4.	Mr Mamadou B. BALLO	MS/Consultant	76 45 05 43	ballomb@yahoo.fr
5.	Dr Aly TEMBELY	Hôpital Pt G	66 73 74 33	alitembely@yahoo.fr
6.	Dr Moustapha TOURE	CSRef C IV	7 6 30 66 15	mtouregandhi@yahoo.fr
7.	Dr Kalifa A. TRAORE	Médecin d'appui/UNFPA/Gao	66 73 39 38	kalifaabd_traore@yahoo.fr
8.	Mr Ibrahima SANKARE	Delta Survie	76 01 52 87	deltasurvie@yahoo.fr
9.	Dr Almoustapha OUATTARA	H.S.D/Mopti	76 31 87 44	almous2002@yahoo.fr
10.	Dr Mahamoudou KEITA	EPH/S.D./Mopti	76 03 29 85	drkeitus@yahoo.fr
11.	Dr Oumou Bella BORE	Médecin du Monde	76 39 98 88	nocelobel@yahoo.fr
12.	Dr Mamadou Désiré Mary KEITA	CSRef/Kkro	76 47 62 90	mamadoudede@yahoo.fr
13.	Dr Faoussouby CAMARA	Hôpital/Ségou	66 65 14 96	camara_faoussouby@yahoo.fr
14.	Pr Kalilou OUATTARA	Hôpital /Pt G	66 72 72 12	profouattara@yahoo.fr

N°	Noms et Prénoms	Institution	Tél	E-mail
15.	Dr Jérôme Dékoro DAKOUO	Hôpital/Tbtou	76 10 13 35	soualodo@yahoo.fr
16.	Dr Bréhima SAMAKE	Hôpital/Ségou	66 56 49 38	brehimasamak@yahoo.fr
17.	Mme DOLO Oumou DIOMBELE	IAMANEH/Mali	66 51 96 97	iamanehmali@cefib.com
18.	Dr Kadiatou KEITA	IAMANEH/Suisse	66 7874 95	iamaneh_suisse@cefib.com
19.	Elizabeth Echols/Aissata DIALLO	Intrahealth	75 15 45 73	beth.echols@gmail.com
20.	Dr Demba TRAORE	Intra Health	66 57 10 77	dtraore@intrahealth
21.	Dr Zanafon OUATTARA	HGT	66 72 35 55	zanafon@yahoo.fr
22.	Dr Bouraïma MAIGA	CHU Pt G	66 78 25 28	dr.maiga@gmail.com
23.	Dr Dounankè DIARRA	Hôpital /Gao	76 05 22 07	dounankediarrar20@yahoo.fr
24.	Dr Mamadou DOLO	Hôpital/Sikasso	66 78 28 24	doloma2001@yahoo.fr
25.	Dr Geneviève DIAKITE COULIBALY	Centre Oasis H Pt G	76 05 29 45	
26.	Mr Issa SOW	Coopération Internationale MAECI	66 76 35 73	issow01@yahoo.fr
27.	Mme Adiawiakoye Ramata KONE	Ministère Santé	76 08 82 46	ramatou2001@yahoo.fr
28.	Dr Abdramane TOGO	EPH/ Tbtou	76 05 06 60	Abdramanetogo1@yahoo.fr
29.	Dr Binta KEITA	DNS/DSR	66 73 14 14	bkeita@dnsmali.org

N°	Noms et Prénoms	Institution	Tél	E-mail
30.	Dr TRAORE Marcelline DIAKITE	DNS/DSR	76 21 07 13	falaje2002@yahoo.fr
31.	Dr Tiguida SISSOKO	DNS/DSR	76 21 90 55	tigui74@yahoo.fr
32.	Dr COULIBALY Youma SALL	CPS/MS	66 79 89 39	coulibalyouma@yahoo.fr
33.	Dr COULIBALY Marguerite DEMBELE	DNS/DSR	76 44 22 29	mdembele@dnsmali.org
34.	Dr Mahamadou TRAORE	DNS/DSR	66 76 19 78	mtraore@dnsmali.org
35.	Dr Hamadou COULIBALY	CSRef/Koulikoro	76 45 38 20	ahmad_coulibaly@yahoo.fr
36.	Dr Mahamadou DIASSANA	HFD/Kayes	66 89 83 83	
37.	Dr Alassane TRAORE	EPH/Gao	76 19 13 12	alassane200@yahoo.fr
38.	Mme DAKOOUO Catherine DAKOOUO	DNS/DSR	66 86 09 88	catydakouo@yahoo.fr
39.	Dr TESSOUGUE Fatoumata CISSE	OMS	79 02 05 15	tessouguef@ml.afro.who.int