



MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

pour l'obtention du

**DIPLÔME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES EN GESTION DES
SERVICES DE SANTE : DESS-GSS**

OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE

THEME :

**ANALYSE SITUATIONNELLE POUR L'IDENTIFICATION D'UN SITE DE
PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES FISTULES OBSTETRIQUES DE
LA REGION DE TOMBOUCTOU, APRES LA PERIODE DE CONFLIT ARME.**

Préparé par :

Dr KONE Drissa

Sous la Direction de :

Pr Papa NDIAYE

Enseignant associé au CESAG

Novembre 2013

DEDICACE

- ***A DIEU LE TOUT PUISSANT***
- ***AU PEUPLE MALIEN POUR LA SOUFFRANCE
ENDURÉE***
- ***A MES PARENTS***
- ***A MA FIANCEE POUR SA PATIENCE ET SON
SOUTIEN SANS FAILLE***

REMERCIEMENTS

Sans les conseils et suggestions des uns, les encouragements et le soutien des autres, ce travail n'aurait probablement jamais pu être mené à son terme.

Que toutes celles et tous ceux qui m'ont apporté leur précieux concours d'une manière ou d'une autre, aient l'amabilité d'agréer mes remerciements.

Je remercie de façon particulière l'ONG SMARA pour m'avoir permis d'atteindre un de mes objectifs majeur, à savoir, cette formation.

Mes remerciements vont à l'endroit de tout le personnel des ONG et structures hospitalières intervenant dans la prise en charge de la fistule obstétricale au Mali, pour votre apport pour la réalisation de ce travail.

Je dis grand merci à mon ami et aîné académique du CESAG, Dr BARRY Djibril pour m'avoir guidé tout au long de cette formation.

Ma reconnaissance va tout naturellement à M. Amani KOFFI Directeur de l'ISMS ; à M^{me} Fatoumata GUEYE assistante de programme et tout le personnel de l'ISMS. Votre assistance nous ont été d'un apport précieux.

Pour la même occasion, je tiens à remercier sincèrement tout le corps enseignant du CESAG pour la qualité de leur enseignement.

Je remercie la communauté malienne du CESAG (ASEM) ainsi que l'Amical des Médecins et Pharmaciens Maliens de Dakar (AMEPHASE) pour les bons moments de fraternité.

Une pensée affectueuse va à mes amis, mes collègues, mes camarades de la 23^{ème} promotion, avec qui j'ai partagé les joies et les difficultés relatives au suivi de la formation,

Pour finir, je loue ALLAH le tout puissant de m'avoir permis d'en arriver là.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO :	Associations de Santé Communautaire
ASEM :	Association des Stagiaires et Etudiants managers Maliens
CEDEAO :	Communauté Economique des États de l'Afrique de l'Ouest
CESAG :	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CNAM :	Centre National d'Appui contre les Maladies
CNTS :	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN :	Consultation Pré Natale
CPON :	Consultation Post Natale
CPS :	Cellule de la Planification et de la Statistique
CREDOS :	Centre de Recherche d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'enfant
CROCEP :	Comité Régional d'Orientation de Coordination et d'Evaluation du PRODESS
CSCom :	Centre de Santé Communautaire
CSCRIP :	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSLP :	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSRéf :	Centre de Santé de Référence
DNS :	Direction Nationale de la Santé
DRS :	Direction Régionale de la Santé
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
EPH:	Etablissement Public Hospitalier
FMOS:	Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
FMPOS:	Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
FO:	Fistule Obstétricale
GT:	Gabriel Touré
HNFS:	Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou
HSDM :	Hôpital Sominé Dolo de Mopti
IDH :	Indice de Développement Humain
IEC :	Information Education et Communication
INRSP :	Institut National de Recherche en Santé Publique
IOTA :	Institut Ophtalmologique Tropical de l'Afrique
ISMS :	Institut Supérieur de Management en Santé
IST :	Infection Sexuellement transmissible

LNS :	Laboratoire National de la Santé
MARP :	Méthode d'Analyse Rapide et de planification Participative
MdM :	Médecins du Monde
MS :	Ministère de la Santé
MSF :	Médecins Sans Frontière
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PDDSS :	Plan Décennal de Développement Socio-Sanitaire
PEC :	Prise En Charge
PIB :	Produit Intérieur Brut
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSM :	Programme Santé Maternelle
PSPRH :	Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale
PTF :	Partenaire Technique Financier
RH :	Ressource Humaine
SMARA :	Santé Mali Rhône-Alpes
SONUB :	Soins Obstétricaux et néonataux d'Urgence de Base
SONUC :	Soins Obstétricaux et néonataux d'Urgence Complet
SOU :	Soins Obstétricaux d'Urgence
SR :	Santé de la Reproduction
SSP :	Soins de Santé Primaires
UEMOA :	Union économique et monétaire ouest-africaine
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population
VIH/SIDA :	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immunodéficience Acquise.

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I : Récapitulatif du personnel SMARA Mali.....	26
Tableau II : Chronogramme du déroulement des activités du stage.....	34
Tableau III : ONG ayant des représentants sur le terrain pour la sensibilisation, l'identification et l'orientation des femmes.....	37
Tableau IV : Transport des femmes identifiées des villages pour l'hôpital	37
Tableau V : Transport des femmes après opération, de l'hôpital vers les villages	37
Tableau VI : La restauration des patientes à l'hôpital et au centre d'hébergement.....	38
Tableau VII : Motivation financière pour l'équipe chirurgicale	38
Tableau VIII : Préférence pour les interventions de routine ou de session	38
Tableau IX : Suivi post opératoire.....	38
Tableau X : Situation de l'équipe chirurgicale des 3 hôpitaux	39
Tableau XI : Situation des infrastructures pour la PEC chirurgicale de FO des 3 hôpitaux	39
Tableau XII : Situation de l'équipement chirurgical pour FO des 3 hôpitaux	39
Tableau XIII : Centre d'accueil et d'hébergement.....	39
Tableau XIV : Présence de partenaires financiers pour les sessions opératoires	40
Tableau XV : Frais de PEC comprenant les médicaments, les actes, hospitalisation, l'alimentation et l'hébergement d'une femme porteuse de FO dans les 3 hôpitaux	40
Tableau XVI : Frais de motivation de l'équipe chirurgicale durant une session d'une semaine	40
Tableau XVII : Outils du processus de résolution de problème utilisés au cours de notre étude	44
Tableau XVIII : Critères de priorisation de la solution.....	47
Tableau XIX : Le cadre logique	50
Tableau XX : Plan opérationnel	52
Tableau XXI : Budget détaillé des activités	53

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte administrative du Mali	6
Figure 2 : Pyramide sanitaire du Mali	10
Figure 3 : Organigramme	27
Figure 4 : Diagramme de cause à effet d'ISHIKAWA	45
Figure 5 : Matrice du cadre logique de suivi/évaluation de la PEC chirurgicale des femmes porteuses de FO de la région de Tombouctou	55

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Récapitulatif des grandes lignes des missions passées.....	24
--	----

SOMMAIRE

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iii
LISTES DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES	vi
SOMMAIRE.....	vii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUEDEL'ETUDE.....	4
Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	5
Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE.....	29
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE – RESULTATS DE L'ENQUETE.....	32
Chapitre 3 : METHODOLOGIE	33
Chapitre 4 : PRESENTATION DES RESULTATS	36
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION- IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS- PLAN DE MISE EN ŒUVRE	43
Chapitre 5 : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION	44
Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	46
Chapitre 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION	48
RECOMMANDATIONS	56
CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE	60
TABLE DES MATIERES.....	63
ANNEXES	67

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

La joie de donner la vie (l'accouchement) peut se transformer pour la parturiente en un cauchemar éternel, faisant d'elle un fantôme et une exclue de la société par la survenue d'une fistule vésico-vaginale.

Pathologie devenue rare voire disparue dans les pays développés du fait d'un bon suivi obstétrical des femmes, la fistule obstétricale est une réalité quotidienne vécue dans nos pays et demeure aujourd'hui un problème de santé publique malgré une amélioration de la santé maternelle [8; 19].

Dans le monde, on estime que plus de 2 millions de femmes vivent actuellement avec une fistule obstétricale, 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.

Au Mali, la mortalité maternelle est de 464 pour 100 000 naissances vivantes. La fécondité précoce, les grossesses rapprochées, le manque de soins prénataux et l'absence d'assistance à l'accouchement sont autant de facteurs qui font courir aux femmes des risques élevés de décès lors de l'accouchement [16].

Partant des taux d'incidence 3 à 4 pour 1000 naissances, on estime que le nombre de femmes courant le risque d'une fistule se situe entre 1804 et 2405 cas si rien n'est fait [15].

Selon une étude du Ministère de la Santé du Mali, le constat sur l'utilisation des services de santé montre que 90% des femmes porteuses de fistules obstétricales n'ont pas fait de consultation pré natale (CPN) ; 60% de ces femmes avaient accouché à domicile [17].

La région de Tombouctou, la plus vaste des régions avec une superficie : 497 926 km², soit environ 40% de la superficie du Mali, fait partie des 3 régions Nord du Mali où le problème sanitaire est encore plus complexe avec l'insuffisance de la couverture sanitaire, l'insuffisance de personnel qualifié, la faible utilisation des services de santé, le poids des coutumes dans le milieu et l'enclavement de la zone avec un taux d'accouchement à domicile qui reste élevé soit 22% alors qu'il est de 8% sur le plan national[15]. Ce qui a pour conséquence le taux de morbi-mortalité maternelle et infantile élevé ; en période de paix (avant le conflit armé).

A cette demande cruelle en matière de santé en général et de santé de la reproduction en particulier, est venu s'ajouter le conflit armé qui a divisé pendant près d'un an le Mali (De janvier 2012 à janvier 2013), avec comme conséquence le retrait d'une bonne partie du personnel sanitaire qualifié de l'état dans toutes les régions du nord; le pillage et le saccage des structures sanitaires : le parc auto et motos de la majorité des structures ayant été enlevé (ambulances, véhicules de liaison, véhicules de mission, moto taxi et moto Yamaha DT 125) [10 ; 13].

Durant toute cette période peu de femmes enceintes ont reçu de soins et la majorité des femmes de la localité ont été abandonnées à leur propre sort, sans assistance médicale, donc accouchant à domicile avec des conséquences qu'on n'ignore plus.

Ayant échappé de peu à la mort lors de leur accouchement, les femmes vivant avec une fistule obstétricale sont la mémoire vivante des défis auxquels la santé maternelle et néonatale est confrontée [23].

C'est dans ce contexte que nous avons mené une étude pour l'analyse situationnelle pour l'identification d'un site de PEC chirurgicale des femmes porteuses de fistule obstétricale de la région de Tombouctou.

L'approche utilisée dans cette étude, est celle de la méthode participative. Elle traduit le consensus de l'équipe à résoudre un problème prioritaire sur la base de l'expertise des membres à générer des idées par l'utilisation d'outils adaptés.

L'étude se fixe comme objectif, d'évaluer l'environnement interne et externe des différents hôpitaux régionaux à savoir Ségou, Mopti et Tombouctou afin de proposer l'hôpital qui répond le mieux pour la PEC de ces femmes. Cela s'articule autour de trois principales parties :

- la première partie qui décrit l'analyse situationnelle et le cadre théorique ;
- la deuxième partie renseigne sur les résultats de l'enquête à partir d'une méthodologie utilisant des outils classiques dans l'amélioration de la qualité ;
- la troisième partie relate le plan de mise en œuvre des solutions identifiées.

PREMIERE PARTIE :
ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE
THEORIQUE DE L'ETUDE

Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

1.1. Environnement externe

1.1.1. Cadre général [15]

1.1.1.1. Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Mali est un pays continental d'une superficie de 1241238 km². Il s'étend du Nord au Sud sur 1 500 km et d'Est en Ouest sur 1 800 km. Il partage 7 200 km de frontière avec l'Algérie et la Mauritanie au Nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au Sud, la Guinée Conakry au Sud-ouest et le Sénégal à l'Ouest. Le climat est tropical, avec une saison sèche et une saison des pluies (en moyenne 5 mois au Sud et moins de 3 mois au Nord) et des écarts de température très élevés.

Selon les résultats définitifs du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidente était de 14 528 662 habitants en 2009.

Les femmes sont relativement plus nombreuses que les hommes avec 50,4% de la population soit un rapport de masculinité de 98 hommes pour 100 femmes. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans.

Dans leur très grande majorité, les résidents sont sédentaires (les nomades représentent 0,92% de la population) et vivent essentiellement en milieu rural.

Le milieu urbain compte 3 274 727 résidents (soit 22,5%) contre 11 253 935 (soit 77,5%) pour le milieu rural.

La densité du pays est environ 12 habitants au km². Cette moyenne nationale cache de très forte disparité régionale.

Le Mali connaît une augmentation rapide de sa population de 1976 à 2009. En effet, estimé à 1,7% en moyenne entre 1976 et 1987, le taux de croissance a atteint 3,6% de 1998 à 2009. A ce rythme la population malienne doublera presque tous les 20 ans avec les conséquences qui peuvent en résulter pour l'amélioration du bien être des individus.

La population du Mali se caractérise par son extrême jeunesse. Les moins de 15 ans représentent 46,6% de la population, la tranche de 15-64 ans représente 48,4% et la population de 65 ans et plus est de 5%.

Le Mali est divisé en 8 régions administratives, 49 cercles, le district de Bamako (la capitale) et 703 communes.

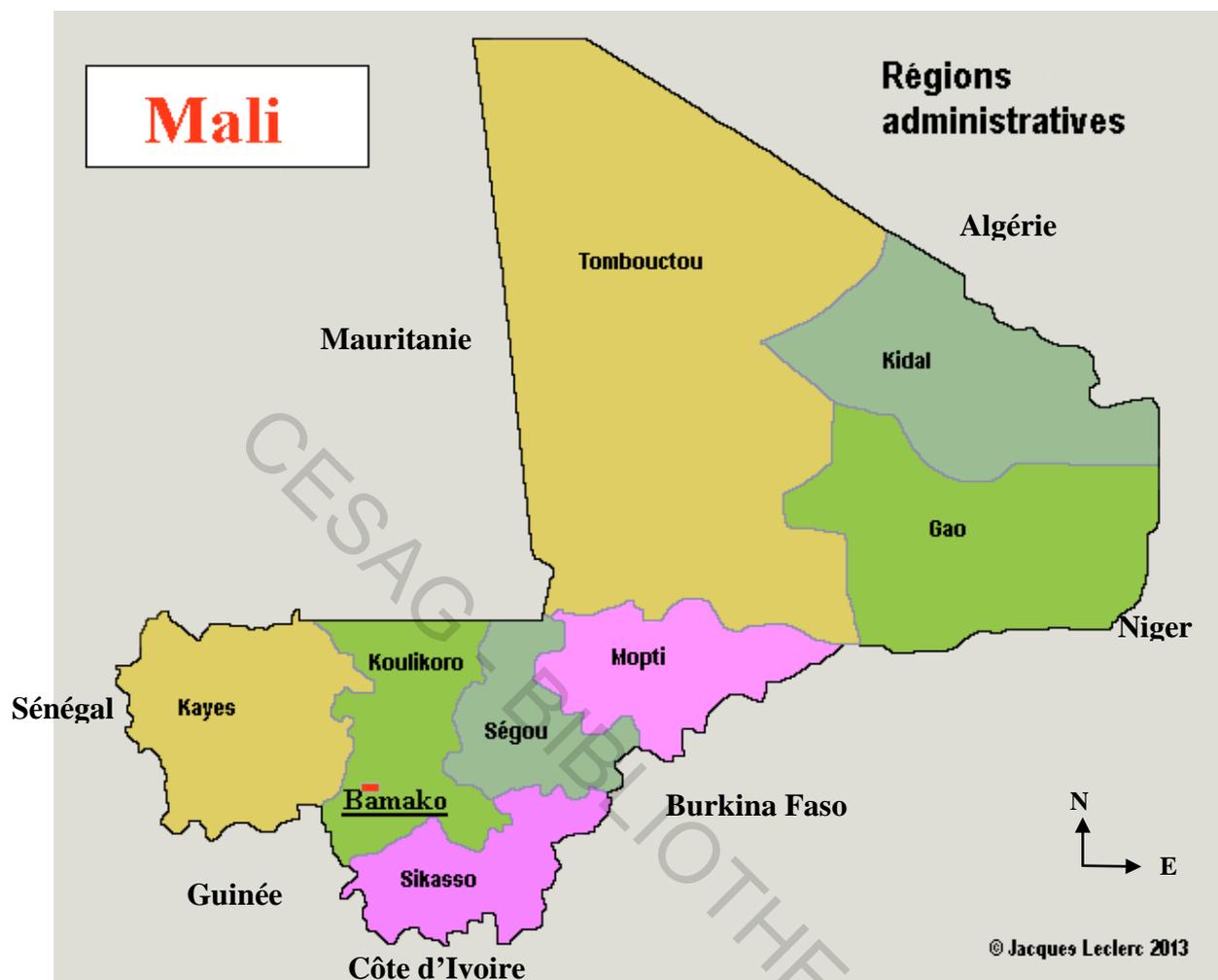


Figure 1 : Carte administrative du Mali

1.1.1.2. Situation économique et sociale

L'économie malienne est basée sur l'agriculture, la pêche et l'élevage, tous fortement dépendant de la pluviométrie qui reste très aléatoire et insuffisante. Le taux de croissance annuel moyen du PIB s'est établi à 4,6% entre 2007 et 2009, bien loin des 7% prévus par le CSCR. Au cours de cette période, la structure du tissu économique était la suivante : secteur primaire 36,5%, secondaire 18,4%, tertiaire 38%. Bien qu'inférieur à la prévision de 6,5% du CSCR, le taux de croissance du PIB de 4,5% observé en 2009 reste supérieur à celui de la zone de l'UEMOA. Dans son classement basé sur l'IDH (Indice de Développement Humain), le PNUD a classé le Mali 175^{ème} sur 187 pays en 2011.

La proportion de la population malienne considérée comme pauvre est passée de 55,6% en 2001 à 47,4% en 2006 et à 43,6% en 2010 sur la base d'un seuil de pauvreté en terme réel de 165 431 F CFA. Selon la même source, la baisse enregistrée dans l'incidence de la pauvreté monétaire au cours de la dernière décennie a été plus favorable en milieu rural (65% à 51%). Malgré cette baisse, l'extrême pauvreté (l'incapacité de satisfaire au besoin nutritionnel de base) touche encore 22% de la population.

1.1.1.3. La politique nationale de santé et l'organisation du système de santé

1.1.1.3.1. La politique nationale de santé

La politique sectorielle de santé et de population adoptée par le gouvernement en 1990 définit les grandes orientations du développement sanitaire du Mali.

Elle est fondée sur les principes des soins de santé primaires (SSP) et d'initiative de Bamako adoptée en 1987. Après avoir été mise en œuvre à travers : (i) le PSPHR qui a expérimenté et accompagné le développement de l'approche sectoriel jusqu'en 1998 et (ii) le PDDSS de 1999 à 2007 qui a définitivement consacré l'approche sectoriel par la matérialisation de ses principaux piliers dont la mise en place d'un cadre unique de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation, la coordination de tous les secteurs à travers des organes de pilotage et une procédure financière préférentielle commune au lieu d'une multitude de procédure.

La politique sectorielle de santé a été reconfirmée et consacrée par la loi N° 02-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé qui réprécise les grandes orientations de la politique nationale de santé. Ces principaux objectifs sont (i) l'amélioration de la santé des populations, (ii) l'extension de la couverture sanitaire et (iii) la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé.

Pour atteindre ces objectifs, les stratégies suivantes ont été énoncées :

- la différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé. Celle-ci consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle ;
- la garantie de la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels, la rationalisation de leur distribution et de leur prescription à travers la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique ;

- la participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation ;
- la promotion d'un secteur privé dynamique et d'un secteur communautaire complémentaire du système public.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, le gouvernement a transféré certaines compétences et ressources aux collectivités territoriales aux niveaux communes et cercles suivant le décret 02-314/P-RM du 04 juin 2002.

La politique nationale de santé est renforcée dans sa mise en œuvre par la politique de solidarité et des personnes âgées (1993), la politique de protection sociale (2002), la politique nationale de promotion de la femme et de l'enfant (2002) et la politique nationale genre (2010).

1.1.1.3.2. L'organisation du système de santé

Le système de santé est composé de l'ensemble des structures et organismes publics (Etat et collectivités territoriales), privés, communautaires (associations et mutuelles, fondations) et confessionnelles ainsi que les ordres professionnels de la santé dont l'action concourt à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Au niveau institutionnel, le système de santé est structuré à 3 niveaux :

- le niveau opérationnel : le cercle constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de la budgétiser et d'en assurer la gestion ;
- le niveau régional est celui de l'appui technique au premier niveau ;
- le niveau national est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. En outre, il définit les critères d'efficience, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards. Il se force de mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement des soins de qualité accessibles à tous.

Les collectivités territoriales participent à l'administration de la santé dans les conditions définies par le code des collectivités territoriales. Ainsi le conseil communal, le conseil de cercle et l'Assemblée régionale délibèrent sur la politique de création et de gestion des

dispensaires, des maternités et des centres de santé communautaires, centres de santé de référence et des hôpitaux régionaux. Ils délibèrent également sur les mesures d'hygiène publique, d'assainissement, solidarité en direction des populations rurales.

Les ordres professionnels du secteur de la santé participent à l'exécution de la politique nationale de la santé dans les conditions fixées par la loi.

Les populations bénéficiaires organisées en association ou en mutuelle, les fondations et les congrégations religieuses participent également à la conception et/ou à la mise en œuvre de la politique nationale de santé à travers les établissements qu'elles sont admises à créer et à faire fonctionner.

Au niveau des structures de prestation de soins, également, la pyramide sanitaire se structure en 3 niveaux :

Le niveau central comprend : 5 établissements publics hospitaliers dont 3 à vocation générale (Point G, Gabriel Toué et hôpital du Mali) et 2 à vocation spécialisée (Centre National d'Odontologie-stomatologie, Institut d'Ophtalmologie Tropical d'Afrique), 1 Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), 1 Centre National de Transfusion sanguine (CNTS) et 1 Laboratoire National de Santé (LNS), le CNAM, le CREDOS. Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide, constituent la 3^{ème} référence. C'est à ce niveau que sont drainés tous les cas graves nécessitant une intervention spécialisée ou des investigations para-cliniques poussées.

Le niveau intermédiaire regroupe 7 établissements publics hospitaliers (EPH) assurant la 2^{ème} référence à vocation générale et situés respectivement dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Koulikoro (hôpital de Kati). A ceux-ci s'ajoute l'hôpital « Mère-Enfant » Luxembourg, un établissement à vocation humanitaire.

Le niveau district sanitaire avec 2 échelons :

- **Le premier échelon** (la base de la pyramide) ou 1^{er} niveau de recours aux soins, offre le paquet minimum d'activité (PMA) dans les centres de santé communautaires (CSCoM) (1050 en 2010). Il existe d'autres structures de santé : parapubliques, confessionnelles, dispensaires, les maternités rurales et les établissements de santé privés (environs 900 en 2009) qui complètent le 1^{er}

échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont assurés par les ONG, il s'agit surtout de la santé de la reproduction, de la survie de l'enfant et de la lutte contre les IST, VIH/SIDA. Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieu de consultation de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine moderne reste à améliorer.

- **Le deuxième échelon** ou 2^{ème} niveau de recours aux soins (1^{ère} référence) est constitué par les 60 centres de santé de référence (CSRéf) au niveau des districts sanitaires, correspondant aux cercles, communes ou zones sanitaires. Il assure la prise en charge des cas référés par le 1^{er} échelon.

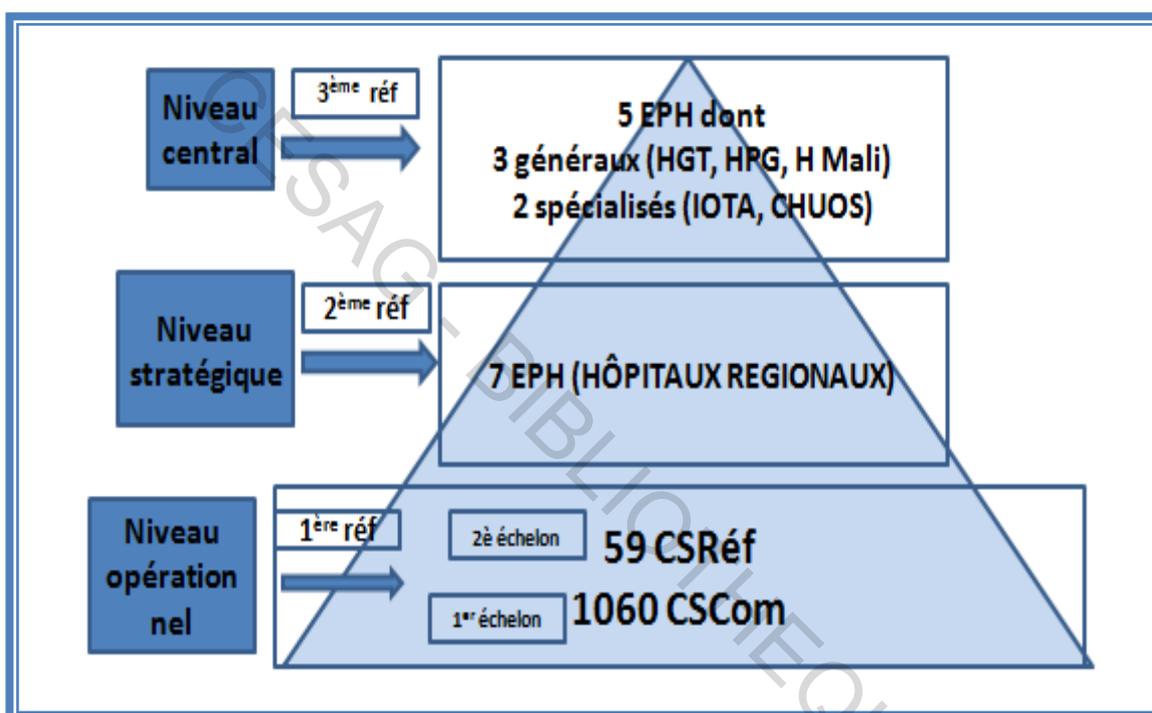


Figure 2 : Pyramide sanitaire du Mali

La loi d'orientation de la santé du 22 juillet 2002 indique que l'extension de la couverture sanitaire est un objectif essentiel du PDDSS. A cet effet, elle institue une carte sanitaire adoptée par décret pris en conseil de ministre et révisé tous les 5 ans, qui repose sur le découpage du territoire national en district sanitaire et en aire de santé. Ce dispositif est complété par les secteurs privés, les services de santé de l'armée et les structures de santé confessionnelles :

Le secteur sanitaire privé :

Les établissements du secteur privé, à but lucratif et non lucratif, autorisés depuis 1985 sont de plusieurs catégories, notamment médical, paramédical, pharmaceutique et traditionnel. Le nombre d'établissement de soins privés a fortement augmenté au cours des 2 dernières décennies. Malgré son développement, surtout dans les grandes villes, le secteur privé suit une évolution plus ou moins parallèle et ses données restent dans leurs globalités insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire.

Les services de santé de l'armée :

Ils se composent de postes médicaux, d'infirmierie, de maternité de garnison et d'infirmierie-hôpitaux : Infirmierie Hôpital de Kati (IHK) et Infirmierie Hôpital de Bamako (IHB). Ces établissements évoluent de façon parallèle et leurs données sont insuffisamment intégrées aux systèmes d'information sanitaire.

Les services confessionnels de santé :

Les structures de prestation de services des organisations religieuses complètent partout l'offre de service de soins de santé sur l'ensemble du territoire national.

A côté du système moderne de santé, il existe au Mali une médecine traditionnelle riche et variée, qui est présente dans tous les quartiers de ville et dans tous les villages et qui constitue le 1^{er} recours aux soins pour la majorité de la population.

1.1.1.4. Situation des fistules obstétricales au Mali [16]

La situation de la fistule obstétricale est peu documentée d'une manière générale dans les pays en développement et le Mali n'échappe pas à cette règle.

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 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 est très faible au Mali, seulement 7,8% d'accouchement assisté dans les structures SONU.

Partant des taux d'incidence (3 à 4 pour 1000 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. 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.

1.1.1.4.1. Profil des femmes victimes de fistules

Selon l'étude menée en 2003 :

- 15% des femmes victimes de fistule 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 était 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 150 cm.

1.1.1.4.2. Utilisation des services de santé reproductive par les femmes victimes de fistule

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 fistule 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 fistule iatrogène.

Il ressort des études, les renseignements suivants :

- l'enfant causal de la fistule a une issue dramatique (94,1% de mort né) ;
- la fistule survient le plus souvent au 1^{er} accouchement (48%) ;
- Plus de la moitié des femmes ne voyaient plus leur règle 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 diminuée et davantage isolée dans sa commune ;
- les femmes passent trop de temps avec les fistules avant de se rendre dans un centre de santé (plus de 12 mois dans 39% des cas). Comme hypothèse 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 abandonnées par leur mari et la faible accessibilité géographique pour pouvoir rejoindre les centres spécialisés.

1.1.1.4.3. Les causes des fistules obstétricales :

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

1.1.1.4.4. Facteurs favorisant des fistules obstétricales :

Ils se situent à 2 niveaux : les facteurs socio culturels et les facteurs institutionnels et techniques.

➤ Facteurs socio culturels :

- la pauvreté ;
- la malnutrition (à l'origine des retards de croissance et de déformations osseuses) ;
- le faible niveau de scolarisation,
- le poids des croyances traditionnelles (causes du 1^{er} retard : prise de décision tardives, les tabous divers autour de l'accouchement,...),
- les mariages et les grossesses précoces ;
- les mutilations génitales féminines ;
- les grossesses multiples ;
- les accouchements à domicile.

➤ Facteurs institutionnels et techniques (liés aux déficiences des systèmes 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 les références ;
- la faible fréquentation des services de santé de la reproduction (CPN, CPON, PF).

1.1.1.4.5. Dimensions sociales des fistules :

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

- Selon un 1^{er} groupe de soignants, la fistule se définit comme un indicateur de sous développement ; quand au 2^{ème} 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, enfin le 3^{ème} 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 une 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 d'urines et/ou de selles.

Malgré les efforts louables que mènent IAMANEH-Suisse, Médecins du Monde (Mdm), Aide de l'église Norvégienne, le consortium des 6 ONG Européennes du Nord, Delta survie, GREFFA, Médecins Sans Frontière (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 dû à la limitation des rapports sociaux ;
- le traumatisme psychologique causé par l'espoir et/ou l'obsession de guérir.

1.1.1.4.6. Réponses du système national de santé 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.

➤ **Etablissements des soins obstétricaux d'urgence**

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 urgence obstétricale sont de 7,7%.

Le retard dans le recours aux soins par les femmes, l'insuffisance de la surveillance et des moyens de survie 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.

➤ **Etablissements hospitaliers structures de prise en charge médico chirurgicale des fistules obstétricales et leur capacité**

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, Inner Wheel, 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 Malthilde de Belgique, corps de la paix ;
- Hôpital de Tombouctou avec l'appui du consortium des 6 ONG (2003-2007), MSF-Luxembourg (2008-2010), Alliance de Tombouctou ;
- Hôpital de Ségou avec l'appui de IAMANEH-Suisse et de l'UNFPA ;
- Hôpital de GAO avec l'appui de Intra Health, GREFFA [6].
- Hôpitaux de Sikasso et Kayes avec l'appui de Intra Health et IAMANEH Mali [6].

1.2. Environnement interne

SMARA (Santé Mali Rhône – Alpes) est une association engagée dans le développement sanitaire de la région de Tombouctou au Mali ; son siège est à Lyon (France).

1.2.1. Statut juridique, historique

1.2.1.1. Statut juridique

- Association loi 1901, déclarée à but non lucratif
- Pouvoir : Assemblée générale, Conseil d'administration et un Bureau exécutif présidé par le Dr. Bruno MOULINIER.
- Responsabilité financière : le président du bureau et le trésorier.
- Financement : subventions, cotisations et dons.
- Activités : Santé

1.2.1.2. Historique, les événements marquant l'évolution de SMARA:

Depuis 1985 des médecins lyonnais (France) sont présents au sein du projet de coopération décentralisée de la Région Rhône-Alpes avec la 6^{ème} région du Mali (Tombouctou). Leur tâche initiale est d'étudier l'incidence de la remise en eau des lacs Tanda et Kabara (dans le Haoussa de Niafunké) sur la santé de la population. Une association est créée, le CPL (Comité pour Léré) qui regroupe des volontaires de toutes disciplines, le souci principal étant la réhabilitation des puits.

Les médecins présents dans cette organisation se rendent rapidement compte que les problèmes de santé sur la zone sont bien spécifiques et justifient une action particulière ; **ainsi naît Santé Mali Rhône-Alpes (SMARA).**

La première action fut la construction d'un poste de santé dans cette zone des lacs à Dianké et l'installation d'un médecin première du genre au Nord.

La rébellion Touareg des années 1990-1993 dans le Nord Mali interrompt toute possibilité d'action.

L'association reprendra les activités autour du poste de santé (1994) par l'appui technique du médecin et la sensibilisation des populations.

De 1997 à 2000 l'engagement de l'Association dans la politique de santé en vigueur a permis la construction d'un CSCoM sur l'aire de santé de Dianké en lieu et place du poste de santé (fin des travaux 1998) à la demande des autorités sanitaires maliennes. Ce centre de santé de premier niveau est le premier au Nord Mali à être dirigé par un médecin, garant d'une médecine de qualité. Il a été le point de départ d'un projet global de formation, de vaccination, d'éducation sanitaire et d'information des familles.

Ces actions ont fait l'objet d'une évaluation réalisée en juillet 2000 par deux experts extérieurs à l'association. Leurs recommandations passent par trois axes, à savoir : faire aboutir ce qui est commencé ; se rapprocher davantage des équipes socio sanitaires de Cercle ; et élargir la zone d'intervention. Ces recommandations seront prises en compte dans un programme triennal beaucoup plus global de 2002 à 2004 s'inclinant en 5 axes. (La formation, la médecine préventive, la sensibilisation et l'information des populations, l'appui à l'opérationnalité des centres de santé et la concertation et le partenariat).

De 2004 à 2007, SMARA fera parti d'un consortium avec 5 autres ONG européennes travaillant dans cette partie du Mali pour la mise en œuvre d'un programme triennal de Santé maternelle au profit des trois régions du Nord Mali.

Un autre programme triennal pour la période 2009 – 2011 a vu la consolidation des acquis et le développement de nouvelles activités conformément aux engagements avec les autorités maliennes.

Depuis le déclenchement du conflit armé en Janvier 2012 qui a eu comme conséquence sur le plan sanitaire, le retrait de la majeure partie du personnel soignant qualifié des structures sanitaires du nord vers le sud du pays où régnait une accalmie. Ainsi, SMARA, une ONG de développement, s'est transformée en urgentiste afin de venir au secours de toute cette population restée sur place sans assistance médicale, par la mise en place dans les CSCoM de la zone de personnel médical avec la gratuité des soins. Cette action continue jusqu'en fin 2013 puisque le personnel qualifié de l'Etat n'est pas totalement revenu.

SMARA prépare un nouveau consortium triennal 2014-2016 avec 4 autres ONG sur la santé maternelle et infantile sur toute la région de Tombouctou. Ce programme aidera à la relance des activités sanitaires post crise de la région.

1.2.2. Les grandes activités de SMARA

1.2.2.1. Formations

➤ Les formations initiales

Ces formations permettent de réduire le déficit en ressources humaines par la sélection des personnes originaires du milieu, identifiées par les collectivités et les médecins chefs de cercle. Les formations d'infirmier, de sage femme, d'aide soignant, de matrone, de gérant sont concernées par ce volet.

➤ Les formations continues

Elles durent de 6 semaines à 3 mois dans un centre hospitalier, généralement à Bamako. Elles sont demandées par les médecins chefs de cercle pour renforcer les compétences du personnel : formation de médecin en échographie, de technicien de laboratoire, d'équipe de bloc (médecin en SOU, sage femme en périnatalité, anesthésiste et instrumentiste), de technicien en odontostomatologie, de manipulateur radio, etc.

➤ Les compagnonnages :

Les compagnonnages en médecine de spécialités permettent aux populations de bénéficier de consultations de spécialistes, dans des domaines où les besoins, importants, ne sont pas couverts : ORL, ophtalmologie, dermatologie...

Ces compagnonnages constituent par ailleurs un cadre de formation théorique et pratique des chefs de poste des CSCom et du personnel des CSRéf de la zone d'intervention, leur permettant d'améliorer leurs capacités de diagnostic et de traitement des pathologies les plus courantes de la spécialité. Ce sont des formations in situ, pratiques et organisées autour des consultations.

Ces missions de compagnonnage sont organisées par des médecins de SMARA de Lyon, accompagnés par des médecins spécialistes maliens sur demande des médecins chefs et des collectivités. La relève a été prise par les médecins spécialistes accompagnés par des étudiants boursiers de SMARA qui vont faire des consultations spécialisées en dermatologie et en ophtalmologie sur le terrain.

Un manuel de dermatologie est édité et distribué à partir des pathologies recensées lors de ces compagnonnages ; un autre manuel, cette fois ci en ophtalmologie est édité et est en voie de distribution sur toute l'étendue du territoire malien.

1.2.2.2. Médecine scolaire

La médecine scolaire présente l'intérêt de se situer au carrefour de trois activités primordiales dans le domaine de la santé, l'activité de médecine préventive, de médecine curative et d'IEC, en particulier dans le domaine de l'hygiène, par l'information transmise aux enfants, aux enseignants et aux familles.

Depuis 2000, elle a été initiée par SMARA, au début dans 18 écoles dans le cercle de Niafunké, plus précisément sur les aires de santé de Léré, Dianké, Attara, Dofana et Soumpi.

En 2010, la médecine scolaire a touché 5 788 élèves, dans 40 écoles de 7 aires de santé dont 4 écoles de Lerneb à Goundam.

A partir de ces expériences, SMARA a édité un manuel de médecine scolaire à l'intention des chefs de postes, afin de planifier leurs tâches, de leur donner un outil de référence dans leur travail, de sensibiliser les enseignants et de les inciter à mettre en pratique l'hygiène de l'école et des écoliers.

1.2.2.3. Projet étudiants en médecine

Dans le cadre de ses activités de développement sanitaire au nord du Mali, en 6^{ème} région, SMARA, appuie durant leurs études des étudiants de la faculté de médecine. Le projet de partenariat entre SMARA et ces étudiants maliens a débuté depuis maintenant 10 ans.

Il s'articule autour d'un appui pédagogique par l'ouverture à la base SMARA Bamako d'une bibliothèque de documents médicaux, d'un poste informatique, d'un appui financier, de l'offre de stage en zone d'intervention de SMARA afin d'inciter les futurs médecins à s'habituer aux conditions de travail dans cette zone particulièrement difficile.

Durant la crise du Nord, ces étudiants ont accompagné des médecins envoyés par SMARA dans Centres de santé communautaires du cercle de Niafunké qui n'avaient plus de personnel soignant qualifié.

Un protocole entre le Doyen de la FMPOS, le Professeur Tounkara et SMARA a été signé. SMARA soutient ces étudiants pour leur thèse : choix du sujet, méthodologie. Plusieurs thèses ont été soutenues avec succès sur des activités que SMARA appuie au Nord comme les pathologies ORL au Nord ; les références/évacuation du cercle de Niafunké ; la médecine scolaire. Ce projet concerne actuellement 20 étudiants en médecine.

Deux anciens boursiers ont bénéficié d'une formation en spécialité à Lyon : l'un en gastro-entérologie et l'autre en hématologie-oncologie. Ce dernier est actuellement un des responsables du Centre de drépanocytose du Point G, il est assistant à la faculté de médecine et de Pharmacie du Mali.

1.2.2.4. Programme sante maternelle (PSM)

Ce projet est la suite du Programme Santé Maternelle réalisé en consortium par 6 ONG européennes dont SMARA dans les trois régions du Nord de février 2004 à janvier 2007.

Les actions visent à pérenniser les acquis et à étendre l'intervention au niveau village.

➤ Renforcement des compétences du personnel de santé

Renforcer les compétences du personnel de santé impliqué dans la santé maternelle par des formations initiales, des formations continues et des missions de compagnonnages qui assurent le suivi/évaluation.

✓ Au niveau du CSRéf :

Le programme vise le maintien de deux équipes de bloc au CSRéf pour assurer la prise en charge des urgences gynéco obstétricales.

L'insuffisance de ressources humaines demeure toujours l'obstacle pour la mise en place des deux équipes de bloc.

Parallèlement faire le suivi du personnel formé au cours de la 1^{ère} phase.

✓ **Au niveau des CSCOM :**

Il vise à assurer le suivi des matrones formées durant la 1^{ère} phase et former de nouvelles matrones en fonction des besoins.

✓ **Au niveau des villages et des fractions:**

Compte tenu des facteurs socio culturels qui font que les accoucheuses traditionnelles ont une influence notable dans la communauté, il est indispensable de les faire coopérer au projet, car vouloir les ignorer, c'est laisser continuer les accouchements à domicile. Dans ce contexte, SMARA a identifié et formé ces accoucheuses traditionnelles qui sont intégrées dans une cellule villageoise et ont pour principale rôle d'identifier les femmes enceintes dans leur village, afin de les sensibiliser pour les CPN et surtout à accoucher au CSCom. En dehors des avantages que les ATR pourront tirer de cette formation, un lien se crée entre elles et les matrones des CSCom.

1.2.2.5. Projet pilote

Ce projet est assuré par le médecin du CSCom pilote de Dianké (cercle de Niafunké) formé en SOU et en échographie Obstétricale. De part sa compétence obstétricale, il vient en appui aux CSCom distants du CSRéf avec des voies d'accès très difficiles qui sont tenus par le personnel infirmier. Le médecin se déplace en moto avec un échographe portable. Il examine, au plan clinique et éventuellement échographique, les femmes enceintes venues pour une CPN au CSCom et qui ont posé un problème à la matrone. Il assure une formation continue des matrones au cours de sa visite au CSCom.

Ce programme permet de réduire les accouchements à risque, de définir un lieu d'accouchement approprié (CSCom ou CSRéf) et surtout de référer les femmes qui auront besoin d'une césarienne, plusieurs jours avant la date présumée de l'accouchement.

1.2.2.6. Communication pour le Changement des Comportements (CCC)

Cette stratégie CCC est initiée afin d'amener la population à une meilleure fréquentation des centres de santé surtout les femmes pour améliorer la santé maternelle. Des cellules villageoises de 6 membres existent dans 36 villages pour le cercle de Niafunké et Goundam.

Les animateurs assurent des séances d'information sur des thèmes très précis concernant les principaux signes d'alarme de la grossesse et de l'accouchement : grossesses difficiles, accouchements difficiles, paludisme et grossesse, fistules vésico-vaginales. Ils forment les cellules qui assurent le relais.

1.2.2.7. Ophtalmologie

Mission de consultation et d'opération de la cataracte. Elle est en cours depuis 2005. Voir résultats sur fiche.

Les CSRéf de Goundam et de Niafunké sont dotés chacun d'un microscope opératoire de très bonne qualité pour la chirurgie de la cataracte.

A partir de 2010, les actions en ophtalmologie de SMARA s'inscrivent dans la mise en œuvre du Plan Régional de Lutte contre la Cécité de la DRS de Tombouctou, en partenariat avec la Croix Rouge Suisse et tous les autres partenaires intervenant dans le domaine.

Les acquis de l'expérience ont permis d'éditer un manuel pédagogique d'ophtalmologie à l'intention des étudiants en formation en ophtalmologie, les chefs de postes médicaux ayant reçu une formation en Soins Oculaires Primaires.

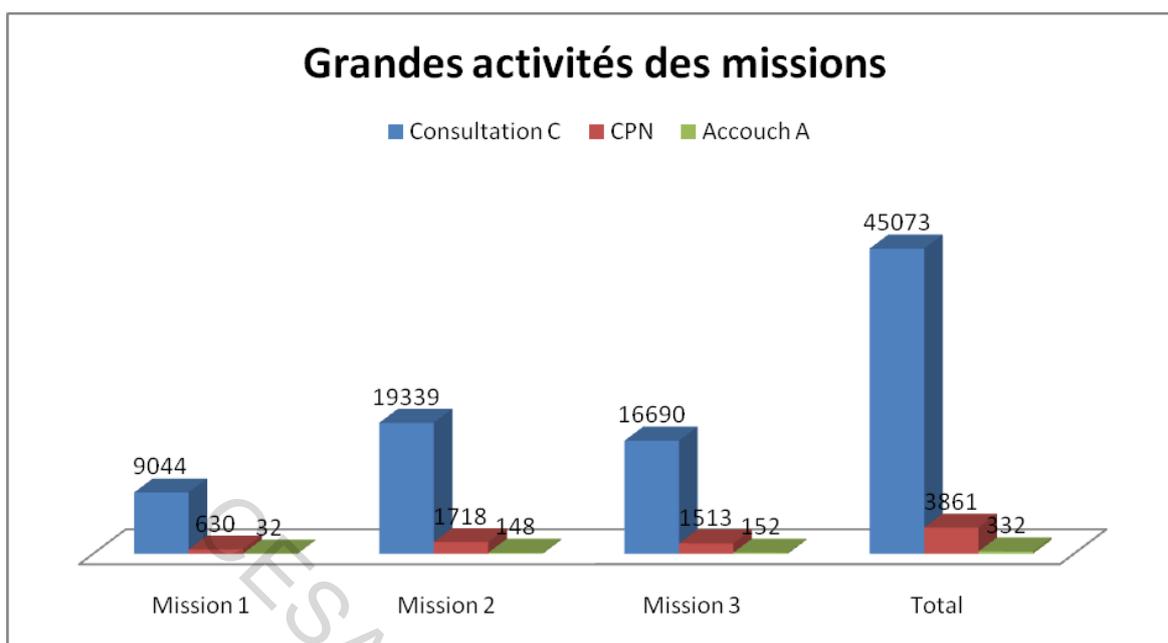
1.2.2.8 Actions de SMARA durant la crise depuis Janvier 2012

SMARA étant une ONG de développement présente depuis près de 30 ans dans cette région du Nord du Mali, fait partie des ONG dont les structures (base de Léré) ont été totalement saccagées et pillées par la rébellion armée déclenchée en Janvier 2012. Ceci a entraîné le retrait forcé de l'ONG comme les autres ONG de développement.

Soucieuse de la santé des habitants de cette zone d'intervention dont le personnel sanitaire qualifié a abandonné les structures de santé à cause de l'insécurité, SMARA s'est engagée dans l'urgence en envoyant des médecins accompagnés par des étudiants de la faculté de médecine dans 9 CSCom du cercle de Niafunké. Ces actions ont permis de combler le vide et de sauver ainsi des vies humaines par l'organisation de plusieurs missions depuis Octobre 2012. Elles ont permis d'enregistrer les résultats suivants : Consultations Curatives : 45 073 ; Consultations Pré Natales : 3 861 ; Accouchements Assistés : 332

Ces résultats sont récapitulés dans le tableau ci-après

Graphique 1 : Récapitulatif des grandes lignes des missions passées



Un temps d'évaluation à la fin de la première mission a été nécessaire pour la poursuite des activités vue la demande pressante de la population, des élus locaux et des autorités sanitaires. Cela a permis de passer de 5 CSCoM de la première mission, à 9 CSCoM, pour les autres missions ; ce qui explique les chiffres.

Il faut noter que la première mission a duré 4 mois et les autres missions ont duré 3 mois. La 4^{ème} mission est en cours jusqu'à la fin de l'année 2013.

1.2.3. Forces, faiblesses, opportunités et les menaces

1.2.3.1. Forces/Points forts de SMARA

- La présence continue de près de 30 ans de l'ONG auprès des populations de la 6^{ème} région notamment sur les cercles de Niafunké et de Goundam ;
- L'accompagnement des structures sanitaires par le compagnonnage, les formations initiales et continues en 6^{ème} région ;
- L'édition de plusieurs manuels pédagogiques grâce aux différentes missions effectuées sur le terrain en médecine scolaire, en dermatologie et en ophtalmologie;

1.2.3.2. Faiblesses/ points faibles de SMARA

- L'insuffisance du personnel en nombre ;
- L'insuffisance de communication sur les activités de l'ONG au Mali;

1.2.3.3. Opportunités

- le retour progressif de la paix au Nord du Mali et l'engagement des bailleurs de fonds à accompagner les acteurs sur le terrain ;
- la sollicitation des autorités sanitaires, administratives, des élus locaux et de la population.
- la collaboration avec la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS), et l'APROSSA.
- le partenariat avec d'autres ONG internationales de la localité ;
- la connaissance des autorités administratives et politiques de la région ;

1.2.3.4. Menaces :

- l'insécurité dans la zone, se manifestant par des attaques sporadiques des bandits ;
- la prolifération d'ONG dans le Nord intervenant dans le domaine de la santé ;

1.2.4. Les ressources de SMARA

1.2.4.1. Ressources humaines SMARA

SMARA compte 50 bénévoles et 1 salarié en Rhône Alpes et 15 salariés au Mali.

Le tableau suivant nous donne le récapitulatif du personnel au Mali.

Tableau I : Récapitulatif du personnel SMARA Mali

Qualificatif	Nombre à Bamako	Nombre sur le terrain	Total
Directeur	1	-	1
Médecin Coordinateur	-	1	1
Gestionnaire comptable	1	-	1
Gestionnaire terrain	-	1	1
Superviseur régional volet communautaire	-	1	1
Superviseur local	-	1	1
Animateur	-	2	2
Chauffeur	1	1	2
Femme de ménage	1	1	2
Gardien	1	2	3
Total	5	10	15

1.2.4.2 Ressources matérielles

Il est composé essentiellement de :

2 véhicules 4x4 land cruiser, 3 motos DT125, 1 moto Star 125, 2 ordinateurs portables, 3 ordinateurs fixes, une photocopieuse, un scanner...

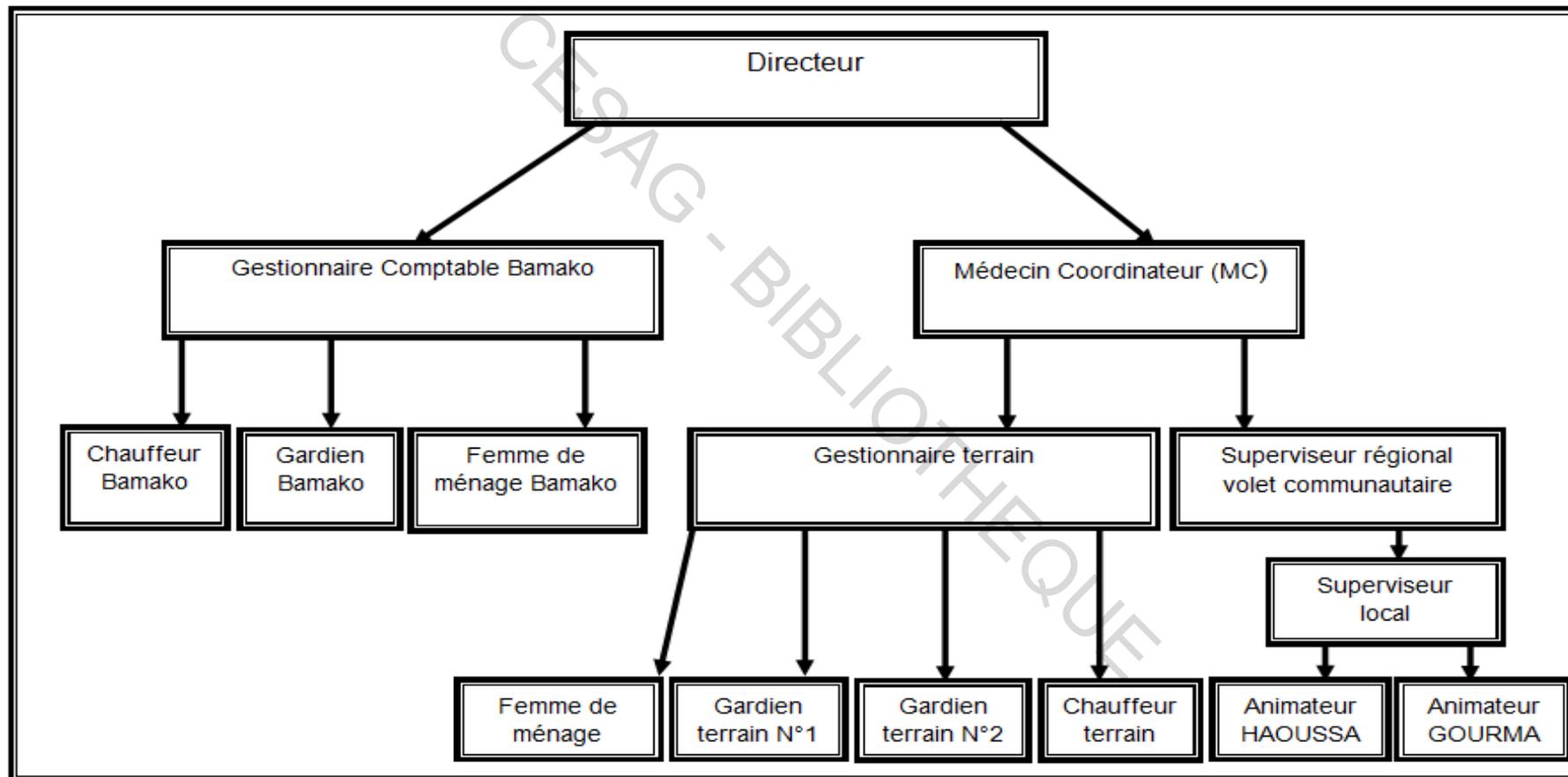
1.2.4.3 Ressources financières

Proviennent essentiellement de :

- La subvention de la région Rhône Alpes (France)
- Des donateurs privés
- Fonds propres
- Aides des partenaires financiers.

ORGANIGRAMME SMARA MALI

Figure 3 : Organigramme



1.2.5. Vision de SMARA

- Faire en sorte d'apporter les soins de santé au plus près de la population du Nord du Mali.

1.2.6. Missions de SMARA :

- Former les médecins, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants, matrones et gérants de DV à la prise en charge médico-chirurgicale des pathologies, surtout de la SR (les urgences obstétricales ; un bon suivi de la grossesse et de l'accouchement...).
- Sensibiliser les communautés du Nord à une meilleure compréhension des pathologies afin qu'elles puissent fréquenter les structures sanitaires.
- Renforcer les compétences des futurs médecins et les initier à la connaissance pratique des conditions de travail du terrain.

1.2.7. Identification et priorisation des problèmes

1.2.7.1. Identification des problèmes

Des problèmes ont été notés bien avant la crise par les membres de l'ONG. Ainsi nous avons noté comme problèmes :

- manque de coordination efficace du projet étudiant ;
- insuffisance du personnel ;
- difficultés de prise en charge adéquate de la F O dans une structure

1.2.7.2. Priorisation des problèmes

La prise en charge de la F.O fait partie du programme triennal 2011/2013 du projet intégré en santé maternelle de l'ONG, mais qui n'a pu se réaliser pour plusieurs motifs.

Donc de façon unanime la PEC des F.O a été retenue. C'est pour dire que nous n'avons pas procédé à la pondération pour retenir le problème prioritaire, car il était de loin le problème qui était une priorité avant la crise et dont la crise a renforcé sa priorisation.

Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE

2.1. Problématique

2.1.1. Contexte et justification

La mortalité maternelle et néonatale constitue une préoccupation essentielle dans les pays en développement. Dans ces pays, plus de 300 millions de femmes souffrent de pathologies aiguës ou chroniques imputables à la grossesse et à l'accouchement ; 529 000 en meurent chaque année [20].

De toutes les infirmités liées à la grossesse, les fistules obstétricales sont celles qui causent le plus de séquelles. Quasiment disparues des pays développés, les fistules obstétricales continuent d'affecter les femmes défavorisées des pays en développement malgré l'existence de mesures préventives et curatives.

La région de Tombouctou (6^{ème} région administrative), est de loin, la plus vaste des régions en termes de superficie qui est de 497 926 km², soit 40% de la superficie du Mali. Elle fait partie des 3 régions Nord du Mali où le problème sanitaire est encore plus complexe avec l'insuffisance de la couverture sanitaire, l'insuffisance et la mobilité du personnel qualifié, la faible utilisation des services de santé, le poids des coutumes dans le milieu et l'enclavement de la zone. Ce qui a pour conséquence le taux de mortalité maternelle et infantile élevé [3;21].

A cette demande cruelle en matière de santé en général et de santé de la reproduction en particulier, est venu s'ajouter le conflit armé qui a divisé pendant près d'un an le Mali (De janvier 2012 à janvier 2013).

Les attaques perpétrées par des groupes armés ont considérablement détérioré la situation du système de santé et l'accès aux services de santé avec comme conséquence le retrait d'une bonne partie du personnel sanitaire qualifié de l'état dans toutes les régions du nord; le pillage et le saccage des structures sanitaires : le parc auto et motos de toutes les structures ayant été enlevé (ambulances, véhicules de liaison, véhicules de mission, moto taxi et moto Yamaha DT 125) [10 ; 13].

Durant toute cette période peu de femmes enceintes ont reçu de soins et la majorité, des femmes de la localité ont été abandonnées à leur propre sort, sans assistance médicale, donc accouchant à domicile avec des conséquences qu'on n'ignore plus.

Même en temps normal, les fistules obstétricales ne sont pas négligeables dans cette zone désertique où la pauvreté, l'ignorance, les croyances sociales, les routes difficilement praticables sont les quotidiens de cette population. Si en plus de ces difficultés, la population a été privée durant plusieurs mois, de soins de santé, mener une enquête sur le thème « Analyse situationnelle pour l'identification d'un site de PEC chirurgicale la fistule obstétricale des femmes de la région de Tombouctou après la période de conflit armé » paraît tout à fait justifié dans cette localité.

2.1.2. Intérêt de l'étude

Si le secret ultime d'éliminer les fistules obstétricales (FO) est de les empêcher de se former, il est tout à fait indispensable de traiter les femmes qui en sont déjà atteintes afin de faire renaitre leurs espoirs et leurs rêves.

Au Mali, la PEC chirurgicale de la FO se fait dans certains hôpitaux régionaux et dans les CHU de Bamako. Notre étude veut identifier la structure la mieux appropriée en terme de distance, de coût, de capacité technique, de confort pour la patiente (hébergement) afin de faciliter la PEC chirurgicale de ces patientes. Cette étude permettra :

➤ Pour l'ONG SMARA

D'avoir une idée précise en ce moment sur la structure la mieux appropriée afin de réunir les moyens pour la PEC chirurgicale de ces femmes qui est une priorité de l'ONG.

➤ Pour le CESAG

- De contribuer à la résolution des problèmes de l'ONG SMARA ;
- De confirmer son leadership comme pool d'excellence dans la formation des managers de santé en Afrique francophone ;
- D'apporter un plus dans l'enrichissement de la bibliothèque du CESAG.

➤ **Pour le stagiaire :**

D'appliquer les connaissances acquises durant la formation théorique, notamment les modules d'Identification et Analyse des Problèmes de Santé; la méthode de résolution des problèmes (MRP) gage du renforcement des compétences professionnelles.

2.1.3. Objectifs de l'étude

➤ **Objectif général :**

Contribuer à la réduction de la morbidité maternelle dans la région de Tombouctou par la prise en charge chirurgicale de la fistule obstétricale.

➤ **Objectif spécifique :**

- connaître les démarches des ONG intervenant dans la PEC chirurgicale des FO au Mali ;
- déterminer les forces et les faiblesses des hôpitaux régionaux de Ségou, Mopti et Tombouctou pour la PEC chirurgicale de la FO.
- évaluer les centres d'accueil et d'hébergement des femmes porteuses de fistule de Ségou et Mopti et Tombouctou ;
- identifier l'hôpital le mieux approprié pour la PEC chirurgicale des femmes porteuses de FO de la région de Tombouctou.

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE – RESULTATS DE
L'ENQUETE

Chapitre 3 : METHODOLOGIE

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude évaluative transversale à visée qualitative et quantitative avec approche méthode de résolution d'un problème. Il s'agissait pour nous d'identifier le problème qui entrave la prise en charge chirurgicale des femmes porteuses de fistules obstétricales de la région de Tombouctou et d'analyser de manière pertinente les causes et de proposer des solutions réalistes à partir des résultats de l'enquête.

3.2. Population de l'étude

➤ Composition de la population

- ✓ Responsables des ONG intervenant dans la PEC chirurgicale de la FO au Mali ;
- ✓ Directeurs des hôpitaux régionaux de Ségou, Mopti et Tombouctou ;
- ✓ Chirurgiens/urologues/gynécologues des dits hôpitaux

➤ L'enquête auprès des acteurs

Il s'agissait d'une enquête utilisant la méthode qualitative et quantitative permettant d'interviewer les ONG et les hospitaliers qui sont chargés de la PEC chirurgicale.

3.3. Méthode et technique de collecte :

Nous avons utilisé différentes méthodes :

- **La revue de la littérature** : elle nous a permis de connaître la situation actuelle des infrastructures, logistiques et personnels de la région de Tombouctou durant la crise ; la situation de la FO dans le monde en général et au Mali en particulier.
- **Interview** : elle s'est passée au sein des structures des ONG et des hôpitaux par l'administration structurée du guide d'entretien aux responsables des dites structures à la suite d'un RDV.
- **Observation** : au cours de notre séjour dans les différents hôpitaux, nous avons effectué des visites des différentes structures afin de nous assurer de la présence ou pas des équipements ainsi que de leur état et aussi de la situation des centres d'accueil et d'hébergement.

3.4. Déroulement de l'étude

Notre étude qui devrait commencer en Juillet, s'est finalement déroulée du mois d'Août en Octobre 2013 à cause du rallongement de l'année académique (retards dans certains modules).

Cette étude s'est déroulée :

- au sein de la structure d'accueil Santé Mali Rhône-Alpes (SMARA),
- dans les ONG intervenant dans la prise en charge de la FO au Mali ;
- dans les hôpitaux régionaux de Ségou, Mopti et Tombouctou.

Aussitôt arrivé dans la structure, nous avons échangé avec le Directeur de l'ONG sur le plan d'action pour validation.

Tableau II : Chronogramme du déroulement des activités du stage

activités	Période															
	Août				Septembre				Octobre				Novembre			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Revue de la littérature	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Collecte des données			■	■	■											
Analyse des données						■	■	■								
Restitution et résolution de problèmes									■							
Rédaction du mémoire									■	■	■					
Finalisation du mémoire												■	■			
Dépôt du mémoire													■	■		
soutenance														■	■	■
Apport correction jury														■	■	■

3.5. Dépouillement et traitement des données

Les données collectées à travers le guide ont été compilées, traitées et analysées à partir des logiciels Microsoft office Word et Excel.

3.6. Difficultés et limites de l'étude

Les travaux de réalisation de ce mémoire de fin de cycle se sont déroulés de façon satisfaisante. Cependant quelques difficultés et limites sont à noter :

- le temps imparti pour la réalisation de ce travail reste largement insuffisant ;
- les structures enquêtées (hôpitaux régionaux de Ségou, Mopti et Tombouctou) sont à des distances très éloignées de la structure d'accueil SMARA à Bamako, soit respectivement 250 km ; 650 km et 1 200 km.
- La disponibilité de certains agents enquêtés.

Chapitre 4 : PRESENTATION DES RESULTATS

4.1. Résultats de la revue documentaire

En 2003, selon une étude du Ministère de la Santé sur la situation des fistules obstétricales au Mali, le coût des interventions chirurgicales à l'hôpital National du Point G (Bamako) était de 150 000 FCFA ; ce coût prenait en compte le bilan préopératoire (BPO), les médicaments, l'acte chirurgical et les frais d'hospitalisation. Ce coût ne prend pas en compte ni la restauration de la patiente, ni son transport.

En 2011, selon une étude menée par KAMISSOKO (2010) à l'hôpital régional Sominé Dolo de Mopti, le coût de la prise en charge médicochirurgicale d'une femme porteuse de FO revient à 201 478 FCFA en dehors de toute subvention de l'état ; c'est-à-dire que cette étude, en plus des frais de médicaments et actes liés à l'intervention, prend en compte la main d'œuvre directe, les amortissements, les charges de pharmacie, du laboratoire...

Ces différentes études ont été réalisées dans un contexte de chirurgie de routine, c'est-à-dire, les femmes porteuses de FO qui arrivent à la structure, sont prises en charge dans un programme ordinaire des activités du service. Le contexte peut être différent lorsqu'il s'agit d'une session opératoire qui mobilisera ainsi plus de ressources humaines. L'objectif étant d'évacuer un nombre important de patientes qui sont regroupées et permettre ainsi aux chirurgiens moins expérimentés dans la PEC chirurgicale de la FO, d'apprendre auprès des seniors de la fistule.

4.2. 4.2 Résultats et analyse de l'enquête

4.2.1. ONG intervenant dans la PEC de la fistule obstétricale

Nous avons rencontré 4 ONG intervenant dans la PEC des FO ; il s'agit de l'ONG Intra health Mali ; l'ONG IAMANEH Mali ; l'ONG Médecin du Monde, et l'ONG Delta survie.

Tableau III : ONG ayant des représentants sur le terrain pour la sensibilisation, l'identification et l'orientation des femmes

Représentation sur le terrain	Effectif	Pourcentage
Oui	4	100%
Non	0	0
Total	4	100%

Toutes les ONG ont des représentants sur le terrain ; soit une représentation locale, ou en collaboration avec une ONG locale pour la sensibilisation et la référence des femmes porteuses de FO aux structures de PEC.

Tableau IV : Transport des femmes identifiées des villages pour l'hôpital

Transport des femmes des villages vers l'hôpital	Effectif	Pourcentage
Regroupées à un niveau et transportées aux frais de l'ONG	1	25%
Viennent d'elles même à l'hôpital et les frais de transport sont remboursés par l'ONG	3	75%
Total	4	100%

Sur les 4 ONG intervenant dans la PEC de la FO, 3 préfèrent que les femmes porteuses de FO préfinancent elles même le transport pour rejoindre la structure pour ensuite se faire rembourser.

Tableau V : Transport des femmes après opération, de l'hôpital vers les villages

Transport des femmes de l'hôpital vers les villages	Effectif	Pourcentage
Transportées en groupe aux frais de l'ONG	1	25%
Les frais de transport retour remis à chaque femme	3	75
Total	4	100%

Parmi les 4 ONG, 3 préfèrent remettre le transport retour à chaque femme opérée.

Tableau VI : La restauration des patientes à l'hôpital et au centre d'hébergement

La restauration des patientes	Effectif	Pourcentage
Frais alimentaires offerts à chaque femme	4	100%
Cuisine offerte à chaque patiente	0	0%
Total	4	100%

Toutes les ONG préfèrent remettre les frais de restauration aux patientes que de faire la cuisine à leur profit.

Tableau VII : Motivation financière pour l'équipe chirurgicale

Motivation financière pour l'équipe chirurgicale	Effectif	Pourcentage
Oui	1	25%
Non	3	75%
Total	4	100%

Parmi les ONG, 3 des 4 ONG ne motivent pas financièrement l'équipe chirurgicale

Tableau VIII : Préférence pour les interventions de routine ou de session

Interventions de routine ou de session	Effectif	Pourcentage
Intervention de routine	2	50%
Sessions opératoires	2	50%
Total	4	100%

Tableau IX : Suivi post opératoire

Suivi post opératoire	Effectif	Pourcentage
Oui	4	100%
Non	0	0%
Total	4	100%

Toutes les ONG font un suivi post opératoire des patientes après le séjour hospitalier.

4.2.2. Hôpitaux régionaux pour la PEC chirurgicale de la FO

Le groupe des hospitaliers où a lieu les interventions chirurgicales : au nombre de 2 personnes par hôpital, il s'agit du Directeur Général et du chirurgien des hôpitaux régionaux de Ségou, Mopti et Tombouctou pour un total de 6 personnes.

Tableau X : Situation de l'équipe chirurgicale des 3 hôpitaux

Equipe chirurgicale	SEGOU	MOPTI	TOMBOUCTOU
Urologue	1	1	0
Gynécologue	2	2	1
Chirurgien généraliste	2	2	1
Médecin anesthésiste	1	1	0
Assistant médical anesthésiste	2	2	2

L'équipe chirurgicale des hôpitaux de Ségou et de Mopti est mieux fournie en personnel

Tableau XI : Situation des infrastructures pour la PEC chirurgicale de FO des 3 hôpitaux

Infrastructures pour PEC chirurgicale FO	SEGOU	MOPTI	TOMBOUCTOU
Bloc opératoire disponible	Oui	Oui	Oui
Salles d'hospitalisation suffisantes	Suffisant	Suffisant	Suffisant
Toilettes pour les FO	Disponible	Disponible	Non disponible

Tableau XII : Situation de l'équipement chirurgical pour FO des 3 hôpitaux

Equipement chirurgical pour FO	SEGOU	MOPTI	TOMBOUCTOU
Boite de chirurgie	Suffisante	Suffisante	insuffisante
Lit d'hospitalisation	Suffisant	Suffisant	Suffisant
Equipement labo	Suffisant	Suffisant	Suffisant

Tableau XIII : Centre d'accueil et d'hébergement

Centre d'accueil et d'hébergement	SEGOU	MOPTI	TOMBOUCTOU
Existence	Oui	Oui	Non
A l'intérieur de l'hôpital	Oui	Non	N'existe pas

L'hôpital de Ségou bénéficie d'un centre d'accueil et d'hébergement dans l'enceinte de la structure ; par contre, l'hôpital de Mopti est à 10 km du centre d'accueil. L'hôpital Tombouctou n'a plus de centre d'accueil et d'hébergement,

Tableau XIV : Présence de partenaires financiers pour les sessions opératoires

Partenaires financiers pour session opératoire	SEGOU	MOPTI	TOMBOUCTOU
Existence	Non	Oui	Non

Seul l'hôpital de Mopti a un partenaire qui finance régulièrement les programmes fistules.

Tableau XV : Frais de PEC comprenant les médicaments, les actes, hospitalisation, l'alimentation et l'hébergement d'une femme porteuse de FO dans les 3 hôpitaux

Frais de PEC d'une femme à l'hôpital	SEGOU	MOPTI	Tombouctou
Total	110 000	140 000	137 000

Tableau XVI : Frais de motivation de l'équipe chirurgicale durant une session d'une semaine

	SEGOU	MOPTI	TOMBOUCTOU
Motivation du personnel	300 000	1 140 000	500 000
Pause café	300 000	600 000	300 000

L'hôpital de Ségou s'est fixé un forfait de 300 000 F pour son personnel ; par contre l'hôpital de Mopti a fixé une motivation par jour par personne variant entre 3000f et 15 000f en fonction du grade de l'agent (15000 f/j pour médecin et 3000 f/j pour manœuvre).

4.3. Analyse et commentaire des résultats :

Nous avons réussi à avoir les opinions des ONG intervenant dans la PEC des FO, ainsi que les hôpitaux régionaux qui font la PEC chirurgicale des FO à savoir les hôpitaux de Tombouctou, Mopti et de Ségou. Le constat est le suivant :

➤ Les ONG

Toutes les ONG intervenant dans la PEC de la FO présentes à Bamako, ont des représentants sur le terrain (représentation locale ou un partenariat avec une ONG locale). Cela facilite les campagnes de sensibilisation, l'identification et l'orientation des FO.

La majorité des ONG soit 3 des 4, préfèrent que les femmes pré financent leur transport du village jusqu'à la structure hospitalière et qui seront par la suite remboursées. Un des 4 ONG préfère aller chercher les femmes dans les différents villages. L'explication est que les ONG n'ont pas les mêmes stratégies d'intervention. Celles qui préfèrent que les patientes pré financent les transports, sont celles qui sont engagées dans la chirurgie de la routine, c'est-à-dire, quand les patientes arrivent à l'hôpital, elles suivent un programme opératoire établi par l'hôpital qui est une liste des FO. Le constat est que ces patientes peuvent faire plusieurs jours à l'attente sans être opérées au cas où plusieurs FO se retrouvent à la même période.

Par contre, lorsqu'une session opératoire est organisée, l'équipe chirurgicale prend des dispositions pour évacuer toutes les FO regroupées durant la période. Pendant cette période, seules les urgences chirurgicales en dehors de la FO sont prises en charge dans un second bloc.

L'avantage de la chirurgie de session, est que tous les chirurgiens sont mobilisés autour d'un consultant urologue spécialiste de la fistule, formateur en fistule ; également le temps d'attente et de séjour des FO est raccourci.

➤ Les hôpitaux :

L'hôpital de Tombouctou a moins de personnel qualifié que les 2 autres ; en plus une partie de ce personnel a rejoint les hôpitaux du sud durant la crise armée. Le retour se fait, mais timidement (ni le chirurgien, ni le gynécologue n'étaient sur place au moment de l'enquête). Au-delà du personnel, l'hôpital de Tombouctou manque de matériel pour la PEC de la FO. Le lieu d'accueil et d'hébergement qui avait été conçu par le partenaire Médecins Sans Frontières- Luxembourg (MSF) pour les sessions opératoires de 2008 à 2010, n'existe plus (hall qui n'a pas résisté aux intempéries). Le partenaire ayant arrêté ces activités en 2010, le hall a fini par disparaître.

L'hôpital de Mopti est mieux fourni en personnel et en équipement de PEC de la FO. Il bénéficie de l'accompagnement du partenaire financier Médecins du Monde (MdM) depuis plusieurs années et donc, a une expérience dans la PEC de la FO. A Mopti, l'hôpital était contigu au centre d'accueil et d'hébergement « **Delta survie** », les deux structures étaient reliées par une petite porte qui facilitait l'accès du centre au personnel de santé et vis versa. La délocalisation de l'hôpital à Sevaré, à une dizaine de km, n'a pas été suivie de la délocalisation du centre d'accueil et d'hébergement. Donc après l'intervention et le séjour post opératoire précoce (J7 post opératoire), les patientes sont transférées au centre d'hébergement Delta survie à Mopti ; rendant un peu difficile le suivi des patientes par l'équipe chirurgicale. Il faut noter que le centre Delta survie cherche des financements pour la construction de son nouveau centre qui sera contigu au nouvel hôpital à Sevaré. Ce projet avait été arrêté avec la crise.

Lors des sessions opératoires, une motivation de l'équipe chirurgicale est fixée par l'hôpital ; cette motivation varie selon la catégorie du personnel. Elle est de 15 000 F CFA/j pour les médecins, 10 000 F CFA/j pour les infirmiers et 3 000 F CFA/j pour les manœuvres. Ce qui revient à 1 140 000 F CFA pour une session de 6 jours.

L'hôpital de Ségou : aussi bien fourni en personnel ainsi qu'en équipement de PEC chirurgicale de la FO, il a l'expérience dans la PEC de la FO.

L'hôpital a bénéficié d'un appui du partenaire Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) en 2008 par un équipement et par la construction à l'intérieur de l'hôpital d'un village de fistule qui sert d'accueil et d'hébergement pour ces patientes. La présence de ce village dans l'enceinte de l'hôpital, facilite le contact du chirurgien chargé du suivi des patientes qui est quotidien. Pour la session opératoire, l'hôpital s'est fixé un forfait pour la motivation de l'équipe chirurgicale qui est de 300 000 F CFA/session.

TROISIEME PARTIE :
DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET
LEUR PRIORISATION- IDENTIFICATION ET
PRIORISATION DES SOLUTIONS- PLAN DE
MISE EN ŒUVRE

Chapitre 5 : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION

La phase du processus de résolution de problèmes vise principalement à cibler les solutions les plus appropriées pour réduire ou enrayer le problème priorisé par le groupe de travail. Pour y arriver, les membres du groupe de travail doivent d'abord identifier et analyser les principales causes de ce problème à l'aide d'outils divers.

5.1. Présentation des outils

Les outils utilisés selon chacune des étapes du processus de résolution de problèmes sont présentés dans le tableau suivant

Tableau XVII : Outils du processus de résolution de problème utilisés au cours de notre étude

outils	Analyse préliminaire des causes	Cause des problèmes	Analyse des causes	Pondération	Identification des solutions
Matrice multicritères	*				
Brainstorming	*	*	*	*	*
Diagramme cause effet			*		

5.2. Détermination et analyse des causes

Les causes de notre étude:

- le retrait du partenaire financier pour la PEC chirurgicale de la FO
- le manque de financement pour la PEC de la FO
- le manque de ressources humaines compétentes
- l'insuffisance du plateau technique
- la non-maitrise des coûts de PEC chirurgicale au sein des structures de santé

- la non-maitrise de la capacité technique de prise en charge des structures hospitalières ;
- le manque de motivation de l'équipe chirurgicale.

Ces différentes causes ont été présentées au groupe de travail pour leur priorisation. La principale cause c'est-à-dire celle qui, lorsqu'elle est réglée, agit sur la plupart des autres : le manque de financement pour les sessions opératoires de FO a été retenu.

La représentation graphique en arrête de poisson ou de cause à effet (diagramme d'ISHIKAWA) a été choisi pour mieux illustrer les relations entre les différentes causes

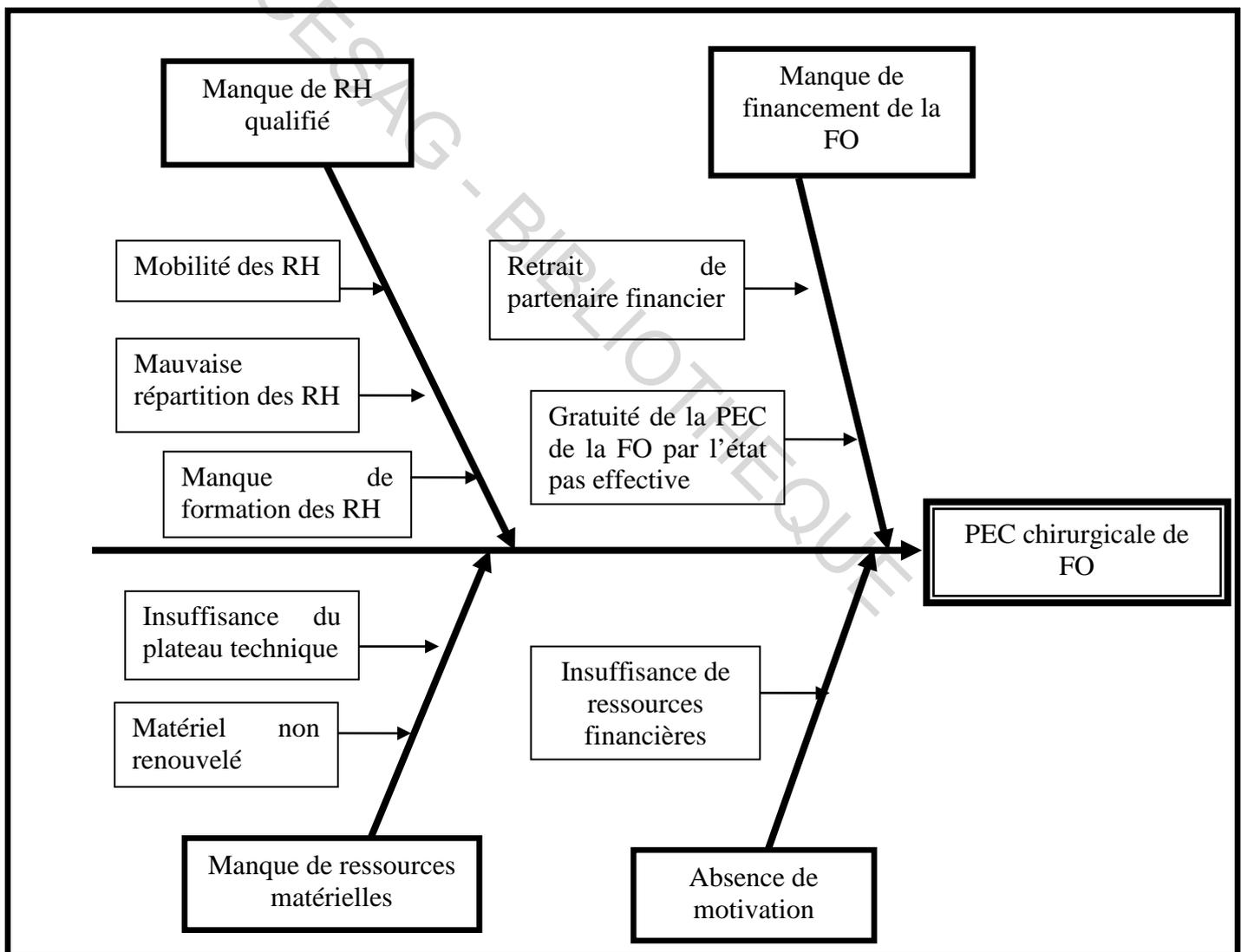


Figure 4 : Diagramme de cause à effet d'ISHIKAWA

Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

6.1. Identification des solutions possibles :

Au vu des causes identifiées des problèmes relatifs à la PEC chirurgicale des FO, les solutions suivantes sont proposées :

- effectuer la PEC à l'hôpital régional de Tombouctou ;
- effectuer la PEC à l'hôpital régional de Mopti ;
- effectuer la PEC à l'hôpital régional de Segou.

6.2. 6.2. Priorisation de la solution retenue :

Les solutions potentielles ayant été dégagées, nous avons procédé par une méthode de cotation pour en retenir celle qui paraît la mieux adaptée pour résoudre les problèmes

Les critères de choix et leur pondération sont les suivants :

Disponibilité équipement :	Suffisante = 5 ; moyenne= 3 ;	insuffisante=2
Compétences techniques en RH	Bonne=5 ; moyenne=3 ;	insuffisante=2
Accessibilité géographique	Très proche=5 ; un peu loin =4 ;	plus loin=3
Acceptabilité (environnement)	Très propice=5 ; propice =4 ;	Acceptable=3
Centre d'accueil d'hébergement	A l'intérieur=5 ; A l'extérieur=3 ;	N'existe pas=0
Frais d'une session hospitalière	Très élevés=2 ; Elevés=3 ;	Moins élevés=5

Tableau XVIII : Critères de priorisation de la solution

Solutions	Disponibilité équipement	Compétences techniques en RH	Accessibilité géographique	Acceptabilité (environnement)	Centre d'accueil d'hébergement	Frais d'une session hospitalière	Score	Rang
Hôpital de Ségou	5	5	3	3	5	5	26	1 ^{er}
Hôpital de Mopti	5	5	4	4	3	3	24	2 ^{ème}
Hôpital de Tombouctou	2	2	5	5	0	3	17	3 ^{ème}

L'hôpital régional de Ségou a été la solution prioritaire pour la PEC chirurgicale des FO.

Chapitre 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

7.1. Justification du choix de la solution retenue :

Le choix de l'hôpital régional de Ségou répond à plusieurs préoccupations de l'ONG SMARA, notamment :

- l'équipement suffisant de l'hôpital avec une équipe chirurgicale expérimentée.
- le coût d'une session opératoire dans une structure hospitalière ; cette baisse du coût de la session étant due au fait que le Directeur Général de l'hôpital a opté pour un forfait pour motiver l'ensemble de l'équipe chirurgicale, au lieu d'une somme fixée par catégorie d'agent qui reviendrait plus élevée ;
- la présence d'un village des fistuleuses qui héberge les patientes avant et après l'intervention chirurgicale dans l'enceinte de l'hôpital. Cela a comme avantage principal de transférer simplement les femmes en post opératoire précoce (7 jours après l'intervention) des salles d'hospitalisation, au village des fistuleuses situé dans l'enceinte de l'hôpital ;
- La présence continue auprès des patientes opérées, du chirurgien chargé du suivi des patientes jusqu'à leur exeat, du fait de la proximité du village ; cela permettant au médecin d'intervenir rapidement en cas de problème lié à l'intervention.

7.2. Objectif du projet :

Assurer la prise en charge chirurgicale des femmes porteuses de fistule obstétricale de la région de Tombouctou.

7.3. Cadre logique :

La logique de la planification opérationnelle dans le cadre de la résolution de problème exige :

- l'identification d'un problème précis ;
- la détermination des causes du problème et des solutions envisageables ;
- le choix d'une solution réaliste et réalisable dans un temps précis ;
- la disponibilité des moyens de résolution.

Il nous revient donc après le choix de la solution consensuelle, d'élaborer un cadre logique et un plan d'action avec le chronogramme des activités nécessaires à sa mise en application. Ce cadre logique permettra de déterminer la logique d'intervention du projet selon deux étapes :

7.3.1 Logique verticale :

- Objectif général de l'intervention ;
- Objectifs spécifiques ;
- Extrants ou résultats ;
- Intrants ou activités ;

7.3.2 Logique horizontale :

- indicateurs objectivement vérifiables (IOV) ;
- moyens de vérification ;
- conditions critiques (CC) ou facteurs externes que l'on ne maîtrise pas et qui conditionnent la réalisation du projet ou programme hormis les phénomènes naturels (guerres, catastrophes, inondations).

Le tableau ci-après nous renseigne sur les différentes étapes du cadre logique.

Tableau XIX : Le cadre logique

Résumé narratif	Indicateurs objectivement vérifiable (IOV)	Sources de vérification	Conditions Critiques (CC)
Objectif global : Contribuer à la réduction de la morbidité maternelle dans la région de Tombouctou d'ici fin 2014			
Objectif du projet : Assurer la prise en charge chirurgicale de 20 femmes porteuses de FO de la région de Tombouctou à l'HNFS d'ici fin 2014	Nombre de femmes porteuses de FO de la région de Tombouctou opérées à l'HNFS	-Rapport de la session opératoire; -Registre de compte rendu opératoire du bloc de chirurgie de l'HNFS	- Adhésion des familles et des FO ; - Disponibilité de l'équipe chirurgicale.
Résultat attendu : 20 femmes porteuses de FO sont prises en charges chirurgicalement à l'HNFS d'ici fin 2014	Nombre de femmes porteuses de FO de la région de Tombouctou opérées à l'HNFS	Rapport de la session opératoire; -Registre de compte rendu opératoire du bloc de chirurgie de l'HNFS	Adhésion des familles et des FO
Activités : A1- Communiqués radiophoniques pour sensibilisation des familles et des FO A2- Recherche active des femmes porteuses de FO dans les villages ; A3- Regroupement des femmes au niveau du CSRéf du district pour confirmation A4- Transport des patientes pour l'HNFS ;	Nombre de communiqués diffusés par jour pendant 1 mois. Nombre de villages sillonnés par les animateurs ; nombre de femmes porteuses de FO recensé Nombre de femmes regroupées et confirmées au CSRéf Nombre de véhicules transportant les femmes et leur accompagnant pour l'HNFS ;	Rapports de diffusion des radios de proximité Rapport d'activité des animateurs. Rapport d'activité du CSRéf Contrat de location véhicules.	Condition préalable : Situations sécuritaires acceptables

<p>A5- Acheminement du consultant urologue, formateur en fistule, de Bamako à Ségou</p>	<p>Signature de contrat avec le consultant urologue</p>	<p>Contrat de consultation ; ordre de mission</p>	
<p>A6- Bilan préopératoire des 20 patientes</p>	<p>Nombre de FO pour BPO</p>	<p>Registre du laboratoire</p>	
<p>A7- Prise en charge chirurgicale des 20 patientes</p>	<p>Les 20 patientes sont opérées</p>	<p>Rapport de la session opératoire; Registre de compte rendu opératoire du bloc de chirurgie de l'HNFS.</p>	
<p>A8- Hébergement en post opératoire au village des fistuleuses.</p>	<p>Les 20 patientes sont hébergées au village des fistuleuses.</p>	<p>Registre d'hébergement au village des fistuleuses.</p>	
<p>A9- Suivi de la session opératoire du Directeur SMARA</p>	<p>Une mission effectuée à l'hôpital par le Directeur SMARA</p>	<p>Ordre de mission du Directeur</p>	
<p>A12- Retour des femmes opérées dans leur village respectif.</p>	<p>Les 20 patientes et leur accompagnant sont transportés dans leur village</p>	<p>Les chefs de village et chefs de familles des patientes</p>	
<p>A12-Appui financier aux femmes pour des activités génératrices de revenu.</p>	<p>Somme remise à chaque femme.</p>	<p>Les femmes opérées de FO</p>	
<p>A13- Suivi des femmes opérées</p>	<p>Nombre de visite des animateurs dans les villages.</p>	<p>Rapport d'activité des animateurs</p>	
<p>A14- Evaluation des femmes opérées par le médecin coordinateur</p>	<p>Nombre de rencontres des femmes dans les villages</p>	<p>Rapport d'activité du médecin coordinateur</p>	

7.4. Plan opérationnel

« Échouer la planification équivaut à planifier l'échec »

Tableau XX : Plan opérationnel

Activités	Période	Budget	Responsable
A1- Communiqué radiophonique pour sensibilisation des familles ayant des femmes porteuses de FO	Janvier 2014	400 000	SMARA superviseur
A2- Identification des femmes porteuses de FO dans les villages.	Février 2014	300 000	SMARA animateurs
A3- Transport et regroupement des femmes porteuses de FO au niveau du CSRéf du district	Mars 2014	100 000	Animateurs, superviseurs et Médecin Coordinateur
A4- Location de véhicules de transport pour acheminement des patientes	Mars 2014	150 000	Gestionnaire comptable
A5- Transport des patientes du lieu de regroupement, à l'HNFS	Mars 2014	-	SMARA Superviseur
A6- Signature de contrat entre SMARA et l'HNFS	Mars 2014	-	Directeur SMARA
A7- Accueil et hébergement des patientes et leur accompagnant	Mars 2014	-	DG l'HNFS
A8- Bilan préopératoire et prise en charge chirurgicale des patientes	Mars 2014	1 620 000	DG l'HNFS
A9- Restauration des patientes et leur accompagnant	Mars 2014	600 000	DG l'HNFS
A10- Véhicules pour transport retour des patientes au niveau village	Avril 2014	250 000	Médecin Coordinateur

7.5. Budget

Tableau XXI : Budget détaillé des activités

Activité	Nombre de pers	Coût unitaire		Fréquence	Total
Communiqué radiophonique pour sensibilisation des familles ayant des femmes porteuses de FO	2	200 000	Forfait/mois	1	400 000
Carburant pour motos animateurs pour l'identification des femmes porteuses de FO dans les villages	2	150 000	Forfait	1	300 000
Transport des femmes et accompagnant des villages vers le CSRéf (1 patiente et 1 accompagnant)	40	5000	Forfait/ FO	1	100 000
Location de véhicules pour le transport des femmes du CSRéf pour l'HNFS	3	50 000		1	150 000
Carburant pour 3 véhicules (Niafunké-Léré-Niono-Ségou ; 500km x0,18L) = 100L	3	65 000		1	195 000
Sous total 1					1045 000
Prise en charge chirurgicale à l'HNFS (BPO, acte anesthésie, chirurgie, hospitalisation)	20	41 000	Forfait/FO	1	820 000
Médicament	20	40 000		1	800 000
Restauration des patientes	20	30 000		1	600 000
Motivation du personnel chirurgical	10	300 000	Forfait	1	300 000
Pause café et déjeuner	10	5 000		6	300 000
Sous total 2					2 820 000
Location de véhicules pour le transport des femmes de l'HNFS pour CSRéf	3	50 000		1	150 000
Carburant pour 3 véhicules (Niafunké-Léré-Niono-Ségou ; 500km x0,18L) = 100L	3	65 000		1	195 000
Transport des femmes et 1 accompagnant du CSRéf vers les villages respectifs	40	5 000	Forfait	1	100 000
Appui financier aux femmes pour les activités génératrices de revenus	20	25 000	Forfait	1	500 000
Sous total 3					945 000
Honoraires du consultant urologue formateur	1	100 000		6	600 000
Hébergement consultant	1	20 000		8	160 000
Frais de vie consultant	1	15 000		8	120 000
Hébergement médecin coordinateur	1	20 000		8	160 000
Frais de vie Médecin coordinateur	1	5 000		8	40 000
Hébergement chauffeur	1	10 000		8	80 000
Frais de vie chauffeur	1	3 000		8	24 000
Sous total 3					2 184 000
Total					6 994 000

7.6. Suivi et évaluation

7.6.1. Rappel sur les concepts de suivi & évaluation

Le suivi & l'évaluation produisent des informations qui peuvent être utilisées pour améliorer la gestion d'un programme et parvenir aux résultats escomptés à court et à long termes.

➤ Suivi :

C'est une fonction de gestion continue et un instrument pour suivre les intrants, activités, extrants et dans une moindre mesure - les effets directs afin de vérifier si la mise en œuvre du projet correspond au programme de travail et au projet dans son concept et sa formulation

➤ Evaluation :

C'est un examen périodique des interventions en cours et terminées qui permet d'étudier la pertinence, le bon fonctionnement, l'efficacité et la durabilité des interventions ainsi que leurs effets, attendus ou non, et si possible, leur impact à long terme

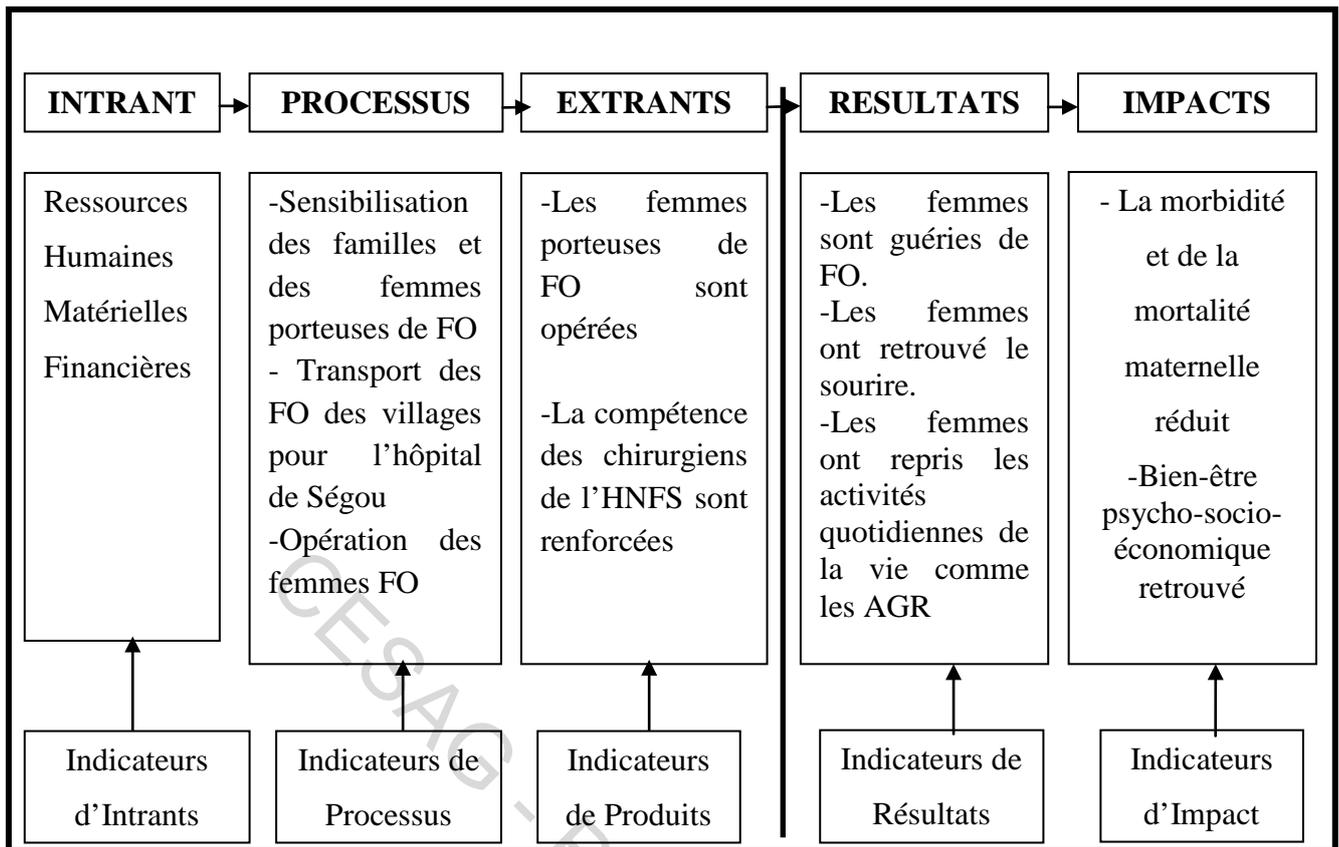


Figure 5 : Matrice du cadre logique de suivi/évaluation de la PEC chirurgicale des femmes porteuses de FO de la région de Tombouctou

Source: adapté du cadre logique de Suivi/Evaluation du PNL

7.6.2. Mécanisme de suivi

Suivi de la mise en œuvre

Notre projet de prise en charge chirurgicale des femmes porteuses de fistules obstétricale à l'HNFS sera suivi à plusieurs niveaux :

- **Avant et après l'intervention chirurgicale, au niveau des villages** : un registre sera ouvert au niveau des CSCom afin d'enregistrer les femmes porteuses de fistules en commun accord avec les chefs de villages. Cela permettra de retrouver facilement les femmes même en cas de changement de domicile. Ce suivi sera effectué par les animateurs communautaires ainsi que les chefs de poste médicaux en compagnie des chefs de villages.

- **A l'hôpital :** Un suivi du responsable chirurgical sera effectué durant toute la période de la session opératoire, en compagnie du médecin coordinateur de l'ONG.

Evaluation de la mise en œuvre : Elle se fera en 2 niveaux

- A l'hôpital, après la session opératoire, une évaluation des résultats de la chirurgie sera effectuée.
- Sur le terrain, trois mois après l'intervention chirurgicale, une évaluation sur le plan médical et socio-économique sera effectuée par le médecin coordinateur.

RECOMMANDATIONS

Au Ministère de la santé

- Accélérer le retour du personnel qualifié dans les structures sanitaires surtout de premier échelon du Nord ;
- Accélérer la reprise des activités des ambulances des structures sanitaires du nord ;
- Rendre effective la gratuité de la prise en charge chirurgicale de la fistule obstétricale au Mali ; décret 02-311/P-RM du 04 Juin 2002;
- Doter en infrastructures et équipements l'hôpital régional de Tombouctou ;
- Organiser des formations continues pour le personnel impliqué dans la prise en charge de la fistule obstétricale des hôpitaux régionaux.

Aux partenaires techniques et financiers impliqués dans la PEC de la FO

- Faire un plaidoyer au près des autorités pour l'application effective de la gratuité de la prise en charge de la FO ;
- Créer un cadre de concertation pour uniformiser les coûts de PEC ;
- Renforcer l'implication des structures hospitalières pour la pérennisation des actions.
- Renforcer les campagnes de sensibilisation auprès des populations afin de prévenir la survenue de la fistule obstétricale.

Aux communautés

- Fréquenter de façon précoce les structures de santé pour les activités de santé de la reproduction;
- Encourager la scolarisation des enfants et l'alphabétisation des filles et des femmes.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

Si le secret ultime d'éliminer les FO est de les empêcher de se former, il est tout à fait indispensable de traiter les femmes qui en sont déjà atteintes afin de faire renaitre leurs espoirs et leurs rêves.

La situation sanitaire au nord du Mali ayant été lourdement affectée par le conflit armé, avec le retrait d'une grande partie du personnel qualifié des structures de santé, la destruction des infrastructures sanitaires, ceux-ci ont eu comme conséquence, la dégradation de l'état de santé en général et de santé de la reproduction en particulier de la population restée sur place.

L'ONG Santé Mali Rhône-Alpes (SMARA) soucieuse de la santé de la population de la région de Tombouctou depuis près de 30 ans, est engagée dans un programme de santé maternelle avec un accent particulier sur la fistule obstétricale. Cette crise armée durant laquelle les femmes accouchaient sans assistance médicale, est venue réconfortée la position de l'ONG à venir en aide à ces femmes porteuses de fistules obstétricale.

C'est ainsi qu'il a paru nécessaire d'entreprendre une étude sur l'identification d'un site de prise en charge des femmes porteuses de fistules obstétricales de la région de Tombouctou. L'hôpital régional de Ségou a été la solution retenue pour le choix de site et cela pour plusieurs raisons, notamment l'équipement et les ressources humaines disponibles, le coût de prise en charge de la session opératoire et la présence dans l'enceinte de l'hôpital d'un village des fistuleuses.

L'organisation de session opératoire dans cet hôpital permettra ainsi de diminuer le nombre de femmes tout en leur donnant un espoir de retrouver leur dignité et de permettre à ces femmes de reprendre les activités quotidiennes de la vie.

Nous restons convaincus que plusieurs femmes porteuses de fistule obstétricale, restent cachées avec leur maladie dans les coins reculés, car n'ayant ni les moyens financiers, ni les informations nécessaires afin d'accéder aux structures de prise en charge. Seules des actions de ce genre pourraient leur donner une chance de retrouver un sourire perdu.

BIBLIOGRAPHIE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

1. BARRY D. (2012), *Contribution à l'opérationnalisation du système d'information des structures de santé communautaire. Cas de la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM) du Mali*, Mémoire CESAG, Dakar, 70 p.
2. COULIBALY (2008), *Les fistules vesico-vaginales à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou à propos de 35 cas*, thèse de médecine, Bamako, 70 p.
3. DEMBELE T (2009), *Etude de la qualité de la conservation des vaccins du programme élargi de vaccination dans le district sanitaire de Niafunké, d'Avril à Juillet 2009*, mémoire, 58 p.
4. Fistula Care/IntraHealth Mali (juin 2013), *Rapport de fin de projet fistula care*, 21 p
5. Fistula Care/IntraHealth Mali (Mai 2011), *Evaluation des services de traitement et de prévention de fistules au niveau de la structure : outil d'évaluation de la structure*.
6. Fistula Care/IntraHealth Mali (Octobre 2012), *Evaluation de base des sites de réparation chirurgicale des cas de fistule obstétricale : Sikasso et Kayes*, 37 p.
7. KAMISSOKO (2011), *Analyse par méthode ABC du coût de prise en charge médicochirurgicale de la fistule obstétricale à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti au Mali*, 77 p. Mémoire.
8. KONE A.D (2007) *Etude de la fistule vesico-vaginale obstétricale à l'hôpital de Sikasso*. Thèse de médecine. Bamako- Mali, 90 p.
9. Médecins du Monde (2010), *Rapport de prise en charge chirurgicale de 1000 femmes victimes de fistules obstétricales en région de Mopti de 1993 à 2010*, 64 p.
10. Ministère de la Santé (2009), *Stratégie nationale de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales au Mali*, Bamako-Janvier 2009.
11. MS (2011), *Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS)*. Mali.
12. MS (juillet 2013), *Rapport d'évaluation des besoins prioritaires des structures de santé dans la région de Tombouctou*.
13. MS DNS/UNFPA (Décembre 2003), *Situation des fistules obstétricales au Mali*.
14. MS/ CPS (Déc 2007), *Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM IV)*.
15. MS/ CPS (Juillet 2012), *Carte sanitaire du Mali mise à jour en 2011*.
16. MS/CPS (2011), *Comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS, région de Tombouctou 2011*.
17. MS/Secrétariat général (Février 2012), *Standards de qualité en prévention et prise en charge de la fistule obstétricale au Mali*, 94 p.

18. MS/Secrétariat général (Mai 2012), Plan National de réponse santé à la crise humanitaire du Mali.
19. OMS (2005), *Rapport sur la santé dans le monde 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.*
20. OMS (2009), *Fistule obstétricale : Principes Directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes/* éditeurs : Gwyneth Lewis, Luc de Bernis.
21. TRAORE B. (2012) *suivi médico-social de 74 femmes opérées de fistule vesico-vaginal d'origine obstétricale dans les cercles de Niafunké et Goundam de 2008 à 2010*, Thèse de médecine. Bamako- Mali, 79 p.
22. UNFPA (2004), *Rapport de la réunion régionale pour l'Afrique sur la fistule Acra (Ghana), 29 juin au 1^{er} Juillet 2004.*
23. www.endfistula.org/www.fistule.org Appel à l'action de Johannesburg pour rendre la maternité plus sûre, par l'élimination de la fistule obstétricale. Consulté le 15 Août 2013.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iii
LISTES DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES GRAPHIQUES	vi
SOMMAIRE.....	vii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DEL'ETUDE.....	4
Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	5
1.1. Environnement externe.....	5
1.1.1. Cadre général [15]	5
1.1.1.1. Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives.....	5
1.1.1.2. Situation économique et sociale	6
1.1.1.3. La politique nationale de santé et l'organisation du système de santé 7	7
1.1.1.4. Situation des fistules obstétricales au Mali [16].....	11
1.2. Environnement interne	17
1.2.1. Statut juridique, historique.....	17
1.2.1.1. Statut juridique	17
1.2.1.2. Historique, les événements marquant l'évolution de SMARA:.....	17
1.2.2. Les grandes activités de SMARA	19
1.2.2.1. Formations.....	19

1.2.2.2.	Médecine scolaire	20
1.2.2.3.	Projet étudiants en médecine	20
1.2.2.4.	Programme sante maternelle (PSM).....	21
1.2.2.5.	Projet pilote	22
1.2.2.6.	Communication pour le Changement des Comportements (CCC) 22	
1.2.2.7.	Ophtalmologie	23
1.2.3.	Forces, faiblesses, opportunités et les menaces	24
1.2.3.1.	Forces/Points forts de SMARA.....	24
1.2.3.2.	Faiblesses/ points faibles de SMARA	25
1.2.3.3.	Opportunités.....	25
1.2.3.4.	Menaces :	25
1.2.4.	Les ressources de SMARA	25
1.2.4.1.	Ressources humaines SMARA	25
1.2.4.2	Ressources matériel	26
1.2.4.3	Ressources financières	26
1.2.5.	Vision de SMARA	28
1.2.6.	Missions de SMARA :.....	28
1.2.7.	Identification et priorisation des problèmes.....	28
1.2.7.1.	Identification des problèmes	28
1.2.7.2.	Priorisation des problèmes.....	28
Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE.....		29
2.1.	Problématique.....	29
2.1.1.	Contexte et justification.....	29
2.1.2.	Intérêt de l'étude	30

2.1.3. Objectifs de l'étude	31
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE – RESULTATS DE L'ENQUETE	32
Chapitre 3 : METHODOLOGIE	33
3.1. Type d'étude	33
3.2. Population de l'étude	33
3.3. Méthode et technique de collecte :	33
3.4. Déroulement de l'étude	34
3.5. Dépouillement et traitement des données	35
3.6. Difficultés et limites de l'étude	35
Chapitre 4 : PRESENTATION DES RESULTATS	36
4.1. Résultats de la revue documentaire	36
4.2. 4.2 Résultats et analyse de l'enquête	36
4.2.1. ONG intervenant dans la PEC de la fistule obstétricale	36
4.2.2. Hôpitaux régionaux pour la PEC chirurgicale de la FO	39
4.3. Analyse et commentaire des résultats :	40
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION- IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS- PLAN DE MISE EN ŒUVRE	43
Chapitre 5 : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION	44
5.1. Présentation des outils	44
5.2. Détermination et analyse des causes	44
Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS	46
6.1. Identification des solutions possibles :	46
6.2. 6.2. Priorisation de la solution retenue :	46
Chapitre 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION	48

7.1. Justification du choix de la solution retenue :	48
7.2. Objectif du projet :	48
7.3. Cadre logique :	48
7.3.1 Logique verticale :	49
7.3.2 Logique horizontale :	49
7.4. Plan opérationnel	52
7.5. Budget	53
7.6. Suivi et évaluation	54
7.6.1. Rappel sur les concepts de suivi & évaluation	54
7.6.2. Mécanisme de suivi	55
RECOMMANDATIONS	56
CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE	60
TABLE DES MATIERES	63
ANNEXES	67

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 1 : Fiche d'enquête dans le cadre du mémoire CESAG

Questionnaire adressé aux ONG humanitaires

Nom de l'ONG :

1- Avez-vous une équipe sur le terrain pour la recherche des femmes porteuses de FO ?

Oui / / ; Non / /

2- Si non, comment faites-vous ?

1 Collaboration avec ONG locale / /

2 Les femmes viennent vous voir directement / /

3- Comment se fait le transport des femmes identifiées des villages pour l'hôpital ?

1- Elles sont regroupées à un niveau et transportées aux frais de l'ONG / /

2- Viennent à l'hôpital d'elles même et les frais de transport sont remboursés/ /

4- Comment se fait le transport retour des femmes de l'hôpital vers les villages après chirurgie?

1- Elles sont transportées en groupe aux frais de l'ONG / /

2- le transport retour est donné pour chaque femme qui rentre individuellement / /

3- Elles rentrent à leurs propres frais / /

5- Une fois à l'hôpital, comment se fait la restauration des patientes ?

1- Frais alimentaires offerts à chaque femme et son accompagnant / /

2- Une cuisine est offerte à chaque patiente et sont accompagnant / /

6- A combien revenait le forfait alimentaire offert à chaque femme et son accompagnant ?

1 entre 30 000 et 40 000 F CFA ; 2- entre 40 005 et 50 000f CFA ; 3-sup à 50 000f

7- A combien revenait les frais de prise en charge chirurgicale à l'hôpital d'une patiente porteuse de fistule (BPO, acte chirurgie, acte anesthésie, kit médicament et hospitalisation) ?

1- Entre 100 000 et 150 000f cfa ; 2- Entre 150005 et 180000f cfa ; 3- sup à 180000f cfa

8- Le personnel intervenant dans la PEC recevait une motivation financière ?

Oui / / ; Non / /

9- Si oui, quelles sont les conditions de la motivation ?
.....

10- Pour la PEC de la chirurgie de la fistule, préférez-vous :

1- La chirurgie de routine / /
2- La chirurgie par campagne / /

11- En cas de chirurgie par compagnonnage (campagne ou session), un consultant en urologie spécialiste de la fistule est-il nécessaire ?

1- Oui / / ; 2- Non / / ;

12- Un suivi de ces femmes est-il effectué ?

Oui / / ; Non / /

13- si oui à quel rythme ?

1- tous les 2 mois ; 2- tous les 3 mois ; 3- tous les 6 mois ; 4- de façon irrégulière.

Annexe 2 : Fiche d'enquête dans le cadre du mémoire CESAG

Questionnaire adressé l'équipe de l'hôpital

Localité.....

1. Dans le cadre de la FO, combien d'urologues chirurgiens interviennent au bloc opératoire ?
a= 0 / / ; b= 1 / / ; c=2 / / ; d=3 / /
2. Dans le cadre de la FO, combien de chirurgiens généralistes interviennent ?
a= 0 / / ; b= 1 / / ; c=2 / / ; d=3 / /
3. Dans le cadre de la FO, combien de gynécologues interviennent ?
a= 0 / / ; b= 1 / / ; c=2 / / ; d=3 / /
4. L'hôpital dispose de médecin anesthésiste ?
1- Oui / / ; 2- Non / /
5. L'hôpital dispose d'assistant/infirmier anesthésiste ?
1- Oui / / ; 2- Non / /
6. L'hôpital dispose d'infirmiers pour soin post opératoire de la fistule ?
1- Oui / / ; 2- Non / /
7. Le bloc opératoire dispose t-il de boîte de chirurgie pour la PEC chirurgicale de la FO ?
1- Quantité Suffisamment/ / ; 2- En quantité moyenne/ / ; 3- Quantité Insuffisante / /
8. Quelle est la capacité d'accueil en lits d'hospitalisation en cas de session opératoire ?
a- Inf à 20 / / ; b- Jusqu'à 30 / / ; c- jusqu'à 40 / /
9. Existe-t-il un centre d'accueil et d'hébergement pour les FO ?
1- Oui / / 2- Non / /
10. Si oui, quelle est sa situation géographique par rapport à l'hôpital ?
1- Dans la cours de l'hôpital / / ; 2- Contigu à l'hôpital / / ;
2- Distant de l'hôpital / /.
11. Le suivi des patientes au centre d'hébergement se fait à quel rythme par le personnel qualifié de l'hôpital après le séjour post opératoire immédiat ?
1- Quotidiennement / / 2- tous les 2 à 3 jours / /
3- Une fois par semaine / / 4- A la demande / /

12. Quelle est la durée moyenne du séjour hospitalier (hôpital et centre d'hébergement

a- Entre 15 et 21 jours / / b- entre 15 et 30 jours / / c- sup à 30 jours / /.

13. Quel est le résultat technique des expériences précédentes ?

a- Sup 80% de guéris / / b- 60 à 80% guéris / / c- inf à 60% guéris / /

13 Frais de PEC chirurgicale incluant BPO, kit et acte anesthésie, acte chirurgie médicament et hospitalisation par patiente :.....F CFA

14 Frais forfaitaires de restauration par patiente durant son séjour.....F CFA

15 Frais pour pause café/déjeuner du personnel chirurgical durant la session opératoire.....FCFA

16 Motivation du personnel chirurgical durant la session :.....FCFA