

**MINISTERE DE LA SANTE**

-----  
**SECRETARIAT GENERAL**  
-----

**REPUBLIQUE DU MALI**  
*Un Peuple – Un But – Une foi*  
-----

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

-----  
***« Zéro cas de fistules obstétricales »***

**Bamako – Janvier 2009**

## SOMMAIRE

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

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

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

## LISTE DES ABREVIATIONS

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

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

## INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

<sup>(2)</sup> Stratégie régionale africaine de prévention des fistules obstétricales

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

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

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

## **I. ANALYSE DE LA SITUATION**

### **1. GENERALITES SUR LE MALI**

#### **1.1. Données géographiques, administratives et démographiques**

Le Mali est un pays continental de 1 241 238 km<sup>2</sup> situé dans la bande soudano-sahélienne de l'Afrique de l'Ouest. Le pays partage 7 200 km de frontières avec sept états.

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

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

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

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

---

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

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

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

## **1.2. Situation sanitaire**

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

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

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

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

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

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

### **1.3.1. Politique de santé du Mali**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **1.3.2. Situation de la couverture sanitaire**

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

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

### **1.3.3. Offre des soins obstétricaux**

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

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

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

#### **1.3.4. Situation du personnel**

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

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

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

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

#### **1.3.5. Principaux indicateurs en matière de santé de la reproduction**

La couverture vaccinale en 2006 (EDSM IV) :

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

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

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

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

## **2. SITUATION DES .FISTULES OBSTÉTRICALES AU MALI**

### **2.1. Situation épidémiologique des fistules obstétricales au Mali**

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

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

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

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

#### **2.2.1. Profil des femmes victimes de fistules**

Selon l'étude menée en 2003 :

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

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

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

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

Selon l'étude de 2003 :

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

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

Il ressort des études, les enseignements suivants :

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

### **2.2.3. Répartition géographique des fistules obstétricales**

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

## **2.3. Causes et facteurs favorisant des fistules obstétricales**

### **2.3.1. Cause des fistules obstétricales**

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

### **2.3.2. Facteurs favorisant des fistules obstétricales**

Ils se situent à deux niveaux<sup>1</sup>: les facteurs socioculturels et les facteurs institutionnels et techniques.

#### **2.3.2.1. Facteurs socioculturels**

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

---

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

- Les accouchements à domicile.

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

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

### **2.4. Dimensions sociales des fistules**

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

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

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

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

### **3. RÉPONSES DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE DU MALI**

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

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

#### **3.1. Etablissements des soins obstétricaux d'urgences**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.2.3. Hôpital de Tombouctou :**

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

### **3.2.4. Hôpital de Gao :**

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

### **3.2.5. Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou**

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

## **3.3. Résultats techniques**

### **3.3.1. Quelques résultats techniques dans la région africaine**

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

- Sur 119 cas pris en charge au Centre hospitalier régional de Man (Côte d'Ivoire), le taux de succès a été 74,68% alors que la majorité des fistules avait 10 ans d'existence<sup>1</sup> ;
- A Zinder au Niger, sur 120 cas opérés, le taux de succès a été de 90% avec médecins du Monde,
- En Ethiopie l'hôpital de référence réservé aux femmes victimes de fistules s'occupe de près de 1.200 cas par an.

### **3.3.2 Au service d'urologie du CHU du Point G**

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

---

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

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

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

Selon le rapport de la mission d'évaluation pour la création d'un Centre Sous-Régional de Référence et de Formation Francophone à la Prise en Charge des Fistules Obstétricales<sup>2</sup>, le service d'Urologie du CHU du Point G a pris en charge 108 femmes victimes de fistule en 2003. Les tableaux 7 et 8 en annexes donnent quelques caractéristiques de ces cas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.3.5. Résultats techniques à l'hôpital de Tombouctou**

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

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

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

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

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

### **3.3.6. Résultats techniques à Ségou**

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

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

## Résultats techniques de 1993 – 2007

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

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

### **3.3.7. Autres résultats techniques au Mali**

Une étude<sup>1</sup> rétrospective ayant concerné 34 dossiers de fistules vesico-vaginales colligés à l'Hôpital National de Kati de juillet 1998 à avril 1999 soit une période de 10 mois a donné les résultats suivants : une fréquente survenue de la FVV (plus de deux hospitalisées par mois),

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **3.4.2. A l'hôpital Sominé DOLO de Mopti**

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

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

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

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

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

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

### 3.4.3. A l'hôpital de Gao

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

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

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

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

### 3.4.4. A l'hôpital de Tombouctou

Dans le cadre du Projet Santé Maternelle Nord Mali, il ressort du rapport des sessions de prise en charge<sup>1</sup>, un coût moyen de 67 500 F CFA réparti comme suit :

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

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

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

### 3.4.5. A l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou :

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

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

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

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

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

Source : Directeur EPH Ségou.

### **3.4.6. Partenaires techniques et financiers**

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

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

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

#### **b) Médecins du Monde (MDM)**

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

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

#### **c) Delta Survie**

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

#### **d) MSF-Luxembourg à Tombouctou**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Elle assure la prise en charge totale des frais :

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

#### **f) IAMANEH-Suisse**

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

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

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

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

**. g) USAID**

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

**h) Coopération Canadienne**

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

## **j) Coopération suisse**

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

## **l) OMS et UNICEF**

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

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

### **3.4.7. Formation et Coopération**

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

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

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

## **4. LEÇONS APPRISES, CONTRAINTES ET OPPORTUNITÉS**

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

### **4.1. Leçons apprises**

La prise en charge des FO était tributaire des partenaires.

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

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

## **4.2. Opportunités**

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

## **4.3. Contraintes**

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

## **4.4. Défis majeurs à relever**

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

## **II. JUSTIFICATION ET FONDEMENTS POLITIQUES**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **4- NOTION D'EGALITE ET STATUT DE LA FEMME**

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

### **III. VISION ET OBJECTIFS DE LA STRATEGIE**

#### **1- VISION DU MALI**

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

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

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

#### **2- BUT ET OBJECTIFS DE LA STRATEGIE NATIONALE**

##### **2.1. But**

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

##### **2.2. Objectif général**

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

##### **2.3. Objectifs spécifiques**

D'ici 2015,

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

#### **IV- PRINCIPES DIRECTEURS**

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

##### **1- APPROCHE DES SYSTEMES DE SANTE**

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

##### **2- COMPLEMENTARITE**

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

##### **3- PARTENARIAT**

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

##### **4- DEFINITION CLAIRE DES ROLES ET DES RESPONSABILITES**

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

##### **5- EQUITE ET ACCESSIBILITE**

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