

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
DU SAHEL



Burkina Faso
Unité-Progress-Justice

**EVALUATION A MI-PARCOURS DU PROJET « APPUI AU
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES FISTULES
OBSTETRIQUES (PFO) DANS LA REGION DU SAHEL
POUR LA REDUCTION DE LA MORBIDITE ET DE LA
MORTALITE MATERNELLE »**

Rapport Définitif

Août 2010

Equipe chargée de l'évaluation : Gisèle KABORE, Soungalo TRAORE, ZIO Simplicie Batibié,
Aïcha TAMBOURA



SOMMAIRE

<i>LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES</i>	4
Liste des tableaux	4
Liste des graphiques	4
<i>REMERCIEMENTS</i>	5
<i>LISTE DES SIGLES/ABREVIATIONS</i>	6
<i>RESUME</i>	8
<i>INTRODUCTION GENERALE</i>	11
1. Contexte et justification de l'évaluation	11
2. Objectifs et résultats attendus de l'étude	12
<i>PARTIE I : RESULTATS DE L'EVALUATION A MI-PAROURS DU PFO</i>	13
<i>I. DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE L'EVALUATION</i>	14
1.1. Approche méthodologique	14
1.2. Déroulement de la collecte des données	15
1.3. L'exploitation des données	15
1.4. Comité de suivi	15
1.5. Difficultés rencontrées dans le cadre de l'étude	15
<i>II. PRESENTATION DU PROJET DE LUTTE CONTRE LES FISTULES OBSTETRIQUES ET DU CONTEXTE GENERAL DE SA MISE EN ŒUVRE</i>	16
2.1. Présentation du PFO	16
2.2. Présentation de la zone d'intervention du PFO	17
<i>III. ANALYSE DE LA PERTINENCE DES PRODUITS</i>	19
3.1. Analyse du but et des produits du PFO	19
3.2. Analyse du dispositif du PFO	23
<i>IV. ANALYSE DE L'EXECUTION DU PFO</i>	25
4.1. Analyse de la réalisation des principales activités du PFO	25
4.2. Etat d'exécution du cadre logique	30
<i>V. ANALYSE DU SYSTEME DE SUIVI EVALUATION</i>	39
5.1. Les cadres de concertation	39
5.2. Les rapports d'activités techniques et financiers	39
5.3. Le suivi/supervision des activités	39
5.4. Les évaluations	40
<i>VI. ANALYSE DES RESSOURCES FINANCIERES</i>	41
6.1. Analyse de la répartition des ressources du projet	41

6.2.	Etat de l'exécution financière.....	42
VII.	<i>ACQUIS/FORCES, CONTRAINTES/ DIFFICULTES</i>	43
7.1.	Les acquis /forces.....	43
7.2.	Contraintes/ difficultés	43
	<i>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS</i>	45
	Conclusion	45
	Recommandations	46
	<i>PROPOSITION DE PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS</i>	48
	<i>PARTIE 2 : RESULTATS DU VOLET SOCIO ANTHROPOLOGIQUE</i>	49
I.	<i>METHODOLOGIE</i>	50
1.1.	Population cible et sites d'enquête	50
1.2.	Les ressources humaines.....	51
1.3.	Collecte, saisie et exploitation des données	51
1.4.	Difficultés de l'étude	52
II.	<i>REPRESENTATIONS SOCIALES EN MATIERE DE FISTULES OBSTETRIQUES</i> ...	53
2.1.	Au niveau communautaire	53
2.2.	Au niveau des agents de santé	54
III.	<i>VECU DE LA MALADIE CHEZ LES FEMMES VICTIMES DE FISTULES</i>	55
3.1.	Circonstances de la survenue de la fistule	55
3.2.	Perception de la maladie chez les femmes victimes de fistules et mode de vie actuelle.	57
3.3.	Attitudes et comportements de la communauté à l'endroit des femmes victimes de fistules	60
IV.	<i>PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE FISTULES DANS LA REGION DU SAHEL : CAPACITES, PRATIQUES ET DIFFICULTES</i>	62
4.1.	Itinéraire thérapeutique des femmes victimes de fistules et résultats obtenus	62
4.2.	Difficultés rencontrées dans la prise en charge des femmes victimes de fistules	63
V.	<i>SUGGESTIONS POUR UNE MOBILISATION AUTOUR DE LA LUTTE CONTRE LES FISTULES DANS LA ZONE DU PROJET</i>	65
	<i>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</i>	67
	Conclusion	67
	Recommandations	67
	<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	68
	<i>ANNEXES</i>	69
	Annexe1 : Termes de références pour l'évaluation à mi parcours.	69
	I. Contexte et justification	69
	Annexe 2 :	73

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Liste des tableaux

<i>Tableau 1: répartition des formations sanitaires enquêtées par district sanitaire</i>	14
<i>Tableau 2: Synthèse des réalisations physiques du PFO pour la période 2ème trimestre 2008 –juin 2010</i>	25
<i>Tableau 3: Situation des formations réalisées</i>	27
<i>Tableau 4: Etat de réalisation des activités par FCI et la DHPES pour la période 2009</i>	29
<i>Tableau 5: Indicateurs de produit 1</i>	30
<i>Tableau 6: Nombre de femmes ayant bénéficié d'AGR</i>	32
<i>Tableau 7: tableau des indicateurs du produit 2</i>	32
<i>Tableau 8: Evolution du taux d'utilisation des méthodes contraceptives par district de 2007 à 2009 (%)</i>	33
<i>Tableau 9: tableau des indicateurs de SONU</i>	34
<i>Tableau 10: Situation des cas de fistules parmi les consultants des services de chirurgie et de gynéco-obstétrique dans la région sanitaire du Sahel</i>	38
<i>Tableau 11: Etat de répartition du budget en CFA</i>	41
<i>Tableau 12: Situation des allocations budgétaires et des dépenses réalisées par acteur de 2008 à T1 2010</i>	42
<i>Tableau 13 : sites de collecte des données</i>	50
<i>Tableau 14: Répartition des entretiens individuels approfondis et récits de vie par groupe cible et par site</i>	51
<i>Tableau 15: répartition des focus groups réalisés</i>	51
<i>Tableau 16: Les indicateurs du cadre logique</i>	73
<i>Tableau 17: Situation des différentes méthodes contraceptives utilisées par district de 2007 à 2009</i>	74
<i>Tableau 18: Evolution des taux de couverture en consultation prénatale par district sanitaire de 2007 à 2009 (%)</i>	74
<i>Tableau 19: situation des complications obstétricales dans la région du Sahel</i>	74

Liste des graphiques

<i>Figure 1: répartition des cas de FO réparées par an au CHR de Dori</i>	31
<i>Figure 2: Evolution des cas de FO identifiées par les associations par an</i>	31
<i>Figure 3: Evolution de la couverture en CPN2 par district sanitaire de 2007 à 2009 (%)</i>	34
<i>Figure 4: Evolution de la couverture en accouchements assistés de 2007 à 2009 (%)</i>	36
<i>Figure 5: Evolution de la couverture en césariennes par district sanitaire de 2007 à 2009 ..</i>	37
<i>Figure 6: Evolution des taux de décès maternels en milieu de soins par district sanitaire de 2007 à 2009 (pour 100.000 parturientes)</i>	37

REMERCIEMENTS

Au terme de cette évaluation, le Population Council tient à remercier toutes les personnes qui ont contribué à sa réalisation. En premier lieu, les responsables de la Direction de la Santé de la Famille, de la Direction Régionale de la Santé du Sahel, et plus particulièrement ceux du projet « *Appui au programme de lutte contre les fistules obstétricales dans la région du Sahel pour la réduction des morbidités et de la mortalité maternelle* », pour leur appui technique et administratif tout au long du processus de l'évaluation.

L'équipe apprécie également à sa juste valeur la bonne collaboration de toutes les structures décentralisées du Ministère de la Santé, les autorités administratives et les associations de la région sanitaire du Sahel dont l'implication a facilité la collecte des données.

Nous ne saurions oublier les populations des sites visités dont l'hospitalité, la confiance et la collaboration nous ont aidés pendant le séjour sur le terrain.

LISTE DES SIGLES/ABREVIATIONS

AGR	Activité Génératrice de Revenus
AMIU	Aspiration manuelle intra utérine
ARC	Agents Relais Communautaires
CAP	Connaissances, Attitudes, Pratiques
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CGUO	Cellules de Gestion des Urgences Obstétricales
CHR	Centre Hospitalier Régional
CISSE	Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance épidémiologique
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CPAP	Plan d'Action du Programme Pays
CPN	Consultation pré-natale
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSLS	Cadre Stratégique de Lutte contre le Sida et les IST
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DGCOOP	Direction Générale de la Coopération
DGS	Direction Générale de la Santé
DHPES	Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé
DIU	Dispositif Intra-utérin
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
DSF	Direction de la Santé de la Famille
DTP	Direction Technique du Projet
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FCI	Family Care International
FO	Fistule Obstétricale
FS	Formation Sanitaire
FVF	Femme victime de fistule obstétricale
ICP	Infirmier Chef de poste
IEC	Information, Education, Communication
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
ISSP	Institut Supérieur des Sciences de la Population
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MMR	Maternité à Moindre Risque
OBC	Organisation à Base Communautaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSPTA	Outil de Suivi des Plans de Travail Annuel
PEC	Prise en Charge
PF	Planification Familiale
PFO	Projet de lutte contre les fistules obstétricales
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNP	Politique Nationale de Population

PTA	Plan de travail annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
QUIBB	Questionnaire individuel pour le Bien-être des Burkinabè
RGPH	Recensement Générale de la Population et de l’Habitat
SMI	Santé maternelle et infantile
SNIS	Système National d’Information Sanitaire
SNU	Système des Nations Unies
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence de Base
SOUC	Soins Obstétricaux d’Urgence Complets
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
UNDAF	United Nations Development Action Framework
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
VIH/SIDA	Virus d’Immunodéficience Humaine/Syndrome d’Immunodéficience Acquise

RESUME

La situation sanitaire du Burkina Faso, particulièrement le domaine de la santé maternelle reste précaire malgré les efforts consentis. Parmi les morbidités maternelles, l'une des incapacités majeures la plus fréquente est la fistule obstétricale. Plusieurs initiatives ont été entreprises par le gouvernement dont la mise en œuvre du projet « *Appui au programme de lutte contre les fistules obstétricales dans la région du Sahel pour la réduction des morbidités et de la mortalité maternelle* ». Financé par l'UNFPA pour une durée de 3 ans, ce projet a pour but de contribuer à améliorer la sécurité humaine et le bien être de la population, les droits en matière de santé de la reproduction et de réduire la mortalité maternelle et néonatale dans cette région sanitaire.

En vue d'apprécier objectivement l'état de la mise en œuvre du projet et de ses produits, le niveau d'atteinte des indicateurs dans le domaine de la santé de la reproduction, il a été commandité une évaluation à mi-parcours.

Cette évaluation à mi parcours a utilisé deux approches complémentaires : quantitative et qualitative et a pris en compte un volet socio-anthropologique. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'acteurs impliqués à différents niveaux de la conception et de la mise en œuvre du projet et aussi auprès des bénéficiaires directs et indirects du projet. Des données ont été collectées dans toutes les formations sanitaires privées et publiques de la région pour rendre compte de l'état d'exécution de certaines activités.

Que retenir ?

Quel système de représentation autour des fistules et des femmes qui en sont victimes ?

Les circonstances de la survenue des fistules restent encore tributaires du contexte socioculturel de la région, où on note la persistance des mariages et des grossesses précoces.

L'étude montre que la construction sociale de la fistule obstétricale fait l'objet en général d'une interprétation mystique chez les enquêtés, justifiant ainsi des attitudes de discrimination envers les femmes victimes de fistules. Toutefois, les actions du projet ont apporté une amélioration de la perception de la fistule de manière sensible.

Pour l'évaluation proprement dite

La pertinence des produits s'établit autour de la « Prévention, la cure et la prise en charge communautaire des fistules obstétricales (formation sanitaire et communauté) pour la promotion de la

santé maternelle et l'amélioration de la sécurité humaine et du bien-être de la population ».

Au regard des faibles indicateurs sanitaires et vu le contexte socioculturel de la zone marqué par les pratiques non favorables, les stratégies utilisées intègrent une approche participative de l'ensemble des acteurs grâce au système de contractualisation. En outre, ces stratégies prennent en compte les activités préventives et curatives, intègrent un aspect important d'amélioration des conditions de vie des FVF à travers l'appui pour des activités génératrices de revenus.

Un dispositif cohérent de suivi évaluation a été mis en place pour le suivi du niveau d'avancement du projet et des indicateurs de progrès. On constate que le niveau de base de certains indicateurs à renseigner n'est pas précisé au niveau du cadre logique, ce qui ne permet pas d'apprécier

leur progrès. Aussi, la plupart des activités a connu une réalisation effective notamment le suivi des activités au niveau régional. Les sorties conjointes de l'ensemble des acteurs sont aussi des mécanismes de contrôle et de supervision du projet. Mais une sortie de suivi sur les deux prévues a été effectuée.

Niveau de réalisation des principales activités du PFO

L'analyse montre qu'à six (06) mois de la fin du projet (31 décembre 21010) 53,65% des activités prévues ont été réalisées durant la période du 2^{ème} trimestre 2008 jusqu'en juin 2010.

La stratégie 1.1 « *Renforcement des capacités de l'hôpital de Dori pour le traitement des fistules obstétricales* » a enregistré le niveau de réalisation le plus élevé (70%). Le taux de réalisation des activités de la stratégie 3.3 « *Renforcement des capacités des collectivités locales à la prise en compte des questions de santé de la reproduction dans les plans de développement communal* » est de 12%.

L'état d'exécution du cadre logique

L'état d'exécution du cadre logique analysé par produit montre une amélioration de l'ensemble des indicateurs. En effet, au niveau du produit 1 (*l'offre de service de prise en charge (traitement et réinsertion sociale) des femmes victimes de fistule est accrue dans la région du Sahel*), l'ensemble des prestations fournies aux femmes souffrant d'une fistule obstétricale dans les structures sanitaires publiques sont subventionnées à 100%. Les résultats de l'évaluation indiquent que seulement 55 femmes ont bénéficié d'AGR, soit environ 31,8% des femmes ayant déjà bénéficié d'une cure et 13,75% de la cible du projet (estimé à 400 femmes). Ce faible taux s'explique par le manque de compétence des femmes en matière de gestion d'activités génératrices de revenus, ce qui prolonge les délais de déblocage des fonds pour les associations.

Les résultats de l'évaluation montrent que le niveau d'atteinte des indicateurs visés du produit 2 (*Offre de service de planification familiale, soins obstétricaux essentiels et d'urgence des populations démunies est accrue dans la région du Sahel*) est atteint. Par rapport à la moyenne régionale, on note que les indicateurs de santé au niveau du district sanitaire de Gorom-Gorom sont faibles (persistance de la faible fréquentation des services de santé).

Au niveau du produit 3, l'évaluation d'impact prévue à l'évaluation finale du projet permettra de renseigner le niveau d'atteinte des indicateurs.

Etat de l'exécution financière

Le projet est mis en œuvre avec un budget estimatif de 1 965 028 250 FCFA. L'évaluation montre un taux d'exécution financière global d'environ 30%.

Les atouts

L'évaluation a relevé les acquis et les forces notamment le renforcement des capacités au niveau des structures sanitaires, la disponibilité des compétences endogènes.

Les difficultés

Certaines contraintes ont beaucoup limité le niveau de performance des progrès d'ensemble (la faible appropriation du projet par la direction technique du projet (DTP ; la faible capacité d'accueil du CHR pour les cures de fistules en dépit du renforcement des capacités déjà entrepris par le projet ; l'absence de centralisation des rapports techniques d'activités et financiers des différentes parties prenantes ; l'insuffisance de compétences au niveau des associations dans la gestion occasionnant souvent des retards de décaissement; les difficultés de déplacement pour le suivi des activités au niveau communautaire par les associations).

Recommandations générales

- Pour permettre le déblocage des ressources financières à temps, les parties prenantes devraient travailler à respecter les délais d'envoi des rapports et des pièces justificatives ;
- Toutes les parties prenantes devraient maîtriser leurs rôles et responsabilités et respecter les termes des conventions d'avec le projet pour la bonne marche des activités ;
- Toutes les parties prenantes devraient travailler à améliorer le mécanisme de circulation de l'information et de communication ;
- Toutes les parties devraient transmettre régulièrement des copies de leur PTA, rapports techniques et financiers au niveau de la DTP afin de faciliter la documentation du projet ;
- Harmoniser la production des outils de sensibilisation au niveau communautaire ;
- Le projet doit étudier la possibilité de prendre en charge les cas de prolapsus.

Recommandations adressées à l'UNFPA

- Au regard du nombre important d'activités qui restent à réaliser, il est nécessaire de prolonger la durée du projet jusqu'en 2012 ;
- L'UNFPA devrait appuyer le gouvernement en matière de recherche de financement afin que le projet puisse se poursuivre au delà de 2010.

Recommandations adressées à la DRS du Sahel

- Accélérer les procédures d'aménagement du centre d'accueil des femmes victimes de PFO afin d'améliorer leurs conditions de séjour pendant les périodes pré et post hospitalisation ;
- Améliorer le mécanisme de communication entre les différents acteurs pour une meilleure capitalisation des acquis du projet ;
- Accélérer la réhabilitation du bloc opératoire du CHR de Dori ;

- Suivre de manière rapprochée la clinique médico-chirurgicale de Djibo pour la cure de la fistule obstétricale ;
- Envisager l'étude d'impact au cours de l'évaluation finale.
- Au regard de l'ampleur élevée des prolapsus utérins au niveau de la région (123 cas entre janvier 2007 et mars 2010), il est souhaitable que sa prise en charge soit également subventionnée par le PFO. Cela permettra d'améliorer l'identification des femmes souffrant de cette pathologie à l'instar des FO.

Recommandations adressées à FCI

- Accélérer le processus de mise en œuvre des activités de plaidoyer afin qu'elle puisse avoir un impact sur la durabilité des acquis du projet.
- Renforcer les cadres de concertation entre FCI et les associations partenaires qui peuvent servir de tremplin pour les partages d'expériences.
- Renforcer les capacités des associations en matériel de travail (Kits, moyens de déplacement, matériel audio) pour leur permettre de jouer efficacement leur rôle sur le terrain.
- Renforcer sa présence effective au niveau de la région pour un meilleur suivi des activités de terrain (équipe de coordination locale).
- Accélérer le processus de mise en place des comités de sages ;
- Finaliser la formation des ARC, des GCUO, des comités de sages et leur doter de kits pour leur permettre de mener à bien leurs activités.

INTRODUCTION GENERALE

1. Contexte et justification de l'évaluation

La situation sanitaire du Burkina Faso reste précaire malgré les efforts consentis. En effet, le taux de mortalité maternelle est l'un des plus élevés au monde, soit 307 décès pour 100 000 naissances vivantes¹. Les hémorragies et les infections sont à l'origine de plus de 70% des décès maternels. Selon l'enquête QUIBB², le taux d'accouchements assistés est estimé à 57,8% en 2007. Parmi les morbidités maternelles, l'une des incapacités majeures la plus fréquente est la fistule obstétricale. La prévalence contraceptive reste faible (13,80 selon l'EDS 2003).

En réponse à la précarité de la situation sanitaire du pays, plusieurs initiatives ont été entreprises par le gouvernement. Il s'agit entre autres de l'élaboration et de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2001-2010. Plusieurs programmes dont le Cadre stratégique de lutte Contre le Sida (CSLS) (2006-2010) et le plan stratégique nationale pour une maternité à moindre risques 2004-2008 ont été conçus en vue d'opérationnaliser le PNDS.

Le plan stratégique national pour une maternité à moindre risques 2004-2008 vise la réduction de la mortalité maternelle et néonatale de 30% dans l'optique de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Dans ce contexte, le Burkina Faso à l'instar des autres pays, a adopté un programme national d'éradication des fistules obstétricales (FO)

La région du Sahel, du fait de la prévalence élevée des fistules obstétricales, abrite le projet « **Appui au programme de lutte contre les fistules obstétricales dans la région du Sahel pour la réduction des morbidités et de la mortalité maternelle** ». D'une durée de trois (3) ans (2008-2010) il est mis en œuvre dans les quatre (4) districts sanitaires de la région du sahel (Djibo, Dori, Gorom-Gorom et Sebba).

Cette aire géographique est caractérisée par des pratiques sociales et culturelles tels les mariages précoces des filles et aux mutilations génitales féminines (MGF) qui les exposent aux fistules obstétricales.

Sur le plan sanitaire, la région connaît entre autres, une faible couverture en infrastructures sanitaires, une insuffisance en ressources humaines qualifiées, en matériel et produits de Santé de la Reproduction (SR) à laquelle s'ajoute une sous-utilisation des services de santé du fait de pratiques/considérations sociales rétrogrades.

Dans la perspective d'apprécier objectivement l'état de la mise en œuvre du projet et de ses produits, le niveau d'atteinte des indicateurs dans le domaine de la santé de la reproduction (les fistules obstétricales, la planification familiale, les soins obstétricaux et d'urgence) dans la région du Sahel, il a été commandité une évaluation à mi-parcours.

Le présent document fait la synthèse de cette évaluation. Il porte sur le processus d'implantation du projet, l'efficacité, la pertinence, l'effet sur les bénéficiaires. En outre, il

¹ RGPH 2006

² Questionnaire Individuel sur le Bien-être des Burkinabé

permet d'apprécier la mise en œuvre du projet en relation avec son cadre logique et de renforcer les connaissances sur le contexte socio anthropologique dans lequel il est exécuté afin d'améliorer son impact. Il fait une analyse fine et contextuelle des différents goulots à quelques niveaux qu'ils soient en vue de concevoir un plan détaillé de mise en œuvre des recommandations pour l'atteinte des objectifs du projet d'ici fin 2010.

2. Objectifs et résultats attendus de l'étude

➤ Objectif général

L'objectif général est d'apprécier à mi parcours la mise en œuvre du projet en relation avec son cadre logique et de renforcer les connaissances sur le contexte socio anthropologique dans lequel il est exécuté afin d'améliorer son efficacité.

➤ Objectifs spécifiques

De façon spécifique, il s'est agit de :

1. analyser la pertinence des produits du projet au regard du contexte, des priorités du moment et des questions émergentes ;
2. analyser la pertinence des stratégies et le degré de leur mise en œuvre ;
3. collecter les données de base pour le suivi des indicateurs de progrès du projet en prenant en compte les données dans le système de santé en matière de SR/Santé maternelle ;
4. analyser les progrès réalisés (dans quelle mesure les produits du projet ont été obtenus ou sont en cours de réalisation, quels sont les mécanismes et les contextes qui expliquent les résultats observés ;
5. analyser le système de suivi évaluation, son degré de mise en œuvre et son efficacité à restituer la performance du projet ;
6. analyser les difficultés, les contraintes et les opportunités dans l'exécution du projet (questions opérationnelles de gestion et de coordination) et proposer des recommandations pour renforcer la mise en œuvre du projet.
7. analyser le contexte socioculturel favorable et défavorable à l'atteinte des objectifs du projet ;
8. établir les stratégies et approche de leurs mises à contribution effective.
9. formuler des recommandations pour l'amélioration de la mise en œuvre du projet
10. proposer un plan détaillé de mise en œuvre des recommandations ;

➤ Résultats attendus

Un rapport analytique en deux parties portant d'une part sur l'état de réalisation des produits et la performance du projet en prenant en compte les résultats de la collecte des données de base, et d'autre part sur le contexte socio anthropologique, avec des recommandations pour l'amélioration de la mise en œuvre du projet et un plan de mise en œuvre de ces recommandations est disponible.

PARTIE I : RESULTATS DE L'EVALUATION A MI-PAROURS DU PFO

I. DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE L'EVALUATION

Cette étude a utilisé deux approches complémentaires : quantitative et qualitative selon une démarche participative qui a requis la participation effective des différents acteurs chargés de la mise en œuvre du projet, des populations (hommes et femmes en âge de procréer), des leaders d'opinions, des bénéficiaires notamment les femmes victimes de fistules, leurs maris, la communauté, etc. Ces deux approches ont été couplées d'une revue documentaire.

1.1. Approche méthodologique

➤ L'analyse documentaire

Les documents suivants ont été analysés : le Plan d'Action du Programme Pays entre le Gouvernement du Burkina Faso et l'UNFPA 2006-2010, les documents de projet (stratégies de mise en œuvre, acteurs de mise en œuvre, programmation, la requête financement du projet), les contrats ou sous-contrats pour ce qui concerne les associations, les différents rapports trimestriels ou d'étapes déjà produits décrivant les résultats atteints et les contraintes d'exécution, les plans d'action des différentes structures, les rapports des réunions tenues dans le cadre du projet, des rapports d'études relatifs au contexte socioculturel dans la région sanitaire du sahel en relation avec la problématique, etc.

➤ L'approche quantitative

Le volet quantitatif a porté sur l'analyse des ressources et des indicateurs sanitaires de la région du Sahel. Elle a concerné toutes les formations sanitaires de la région (publiques et privées) réparties comme suit :

Tableau 1: répartition des formations sanitaires enquêtées par district sanitaire

Districts sanitaires	CHR	CMA	CSPS	Dispensaires isolés	Clinique médico-chirurgicale	Total FS
Dori	1	0	18	3	0	22
Djibo	0	1	23	12	1	37
Gorom-Gorom	0	1	15	1	0	17
Sebba	0	1	11	0	0	12
Région	1	3	67	16	1	88

➤ L'approche qualitative

Des entretiens ont été effectués auprès des différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PFO et de quelques bénéficiaires. Ce sont :

- les informateurs clés/ décideurs au niveau de la coordination du PFO ;
- les partenaires techniques et financiers ;
- les responsables de la mise en œuvre des différents volets du PFO et des structures associatives partenaires ;
- les prestataires de santé ;
- les autorités communales ;
- les femmes victimes de fistule et leurs conjoints.

1.2. Déroulement de la collecte des données

La collecte des données s'est déroulée du 24 mai au 17 juillet 2010 au niveau central et dans les quatre districts sanitaires sites du PFO.

La collecte des données quantitatives au niveau des formations sanitaires et des associations a été faite par six agents des centres d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique (CISSE) de la région.

Les données qualitatives ont été collectées par une équipe des consultants et des enquêteurs.

1.3. L'exploitation des données

Les données qualitatives ont fait l'objet de traitement manuel selon l'analyse croisée par contenu. Quant aux données quantitatives, elles ont été saisies avec le logiciel Epi-data, puis transférées sur SPSS version 11.5 pour le traitement statistique et la production des différents tableaux d'analyse.

1.4. Comité de suivi

Pour l'exécution de l'évaluation à mi-parcours du PFO, un comité de suivi a été mis en place. Il était composé des représentants des institutions suivantes : la DRS de Sahel, la DSF, la FCI, la DHPES, l'UNFPA, le CHR de Dori, la DGCoop et du PFO. Il avait pour responsabilités de :

- Briefer le prestataire (Population Council) sur le travail à faire ;
- Valider la méthodologie et les outils de collecte des données ;
- Orienter de manière continue le prestataire vers les résultats attendus ;
- Apporter l'appui nécessaire au prestataire pour permettre l'accès aux informations utiles à même d'assurer la réussite de la mission (introduction auprès de partenaires, mise à disposition de documents) ;
- Assurer le suivi régulier du travail jusqu'à la soumission du rapport final.

Le comité de suivi a tenu trois (03) rencontres durant le processus :

- Une rencontre tenue le 06 avril 2010 pour présenter la méthodologie, les outils de collecte des données et amender le chronogramme de l'évaluation à mi-parcours. Au cours de cette rencontre, le comité de suivi a recommandé de soumettre le protocole de l'évaluation à mi-parcours à l'approbation du Comité d'éthique pour la recherche en santé. Le prestataire a reçu l'avis favorable du Comité d'éthique en mai 2010.
- Une rencontre pendant la collecte des données sur le terrain pour faire le débriefing du déroulement de l'activité (24 juin 2010);
- Une rencontre de présentation et de validation du rapport provisoire de l'évaluation tenue le 06 août 2010.

1.5. Difficultés rencontrées dans le cadre de l'étude

Des difficultés rencontrées lors de la collecte des données portent principalement sur les aspects suivants :

- l'absence de rapports de synthèse des activités du programme au niveau de la structure de coordination du projet n'a pas souvent facilité l'analyse de l'évolution d'ensemble de l'exécution de celui-ci ;
- l'enclavement de certaines formations sanitaires dans le district de Sebba avec la survenue des premières pluies au cours de la période de la collecte.

Malgré ces difficultés, les objectifs visés ont été atteints.

II. PRESENTATION DU PROJET DE LUTTE CONTRE LES FISTULES OBSTETRIQUES ET DU CONTEXTE GENERAL DE SA MISE EN ŒUVRE

2.1. Présentation du PFO

Elaboré avec collaboration de plusieurs acteurs et lancé officiellement le 22 juillet 2008, le projet de lutte contre les fistules obstétricales dans la région sanitaire du Sahel (PFO) est considéré comme une opérationnalisation du plan national d'éradication des fistules obstétricales et les objectifs de la deuxième phase du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS). Il s'inscrit aussi dans le cadre de l'opérationnalisation de l'United Nations Development Action Framework (UNDAF) 2006-2010. Il vient en appui à la composante Santé de la Reproduction (SR) du sixième Programme de coopération 2006 – 2010 entre le Gouvernement du Burkina Faso et l'UNFPA et de façon spécifique les objectifs quatre (4), cinq (5) et six (6).

Le PFO a pour but de contribuer à renforcer la sécurité, les droits en matière de santé de la reproduction et de réduire la mortalité maternelle et néonatale dans la région sanitaire du Sahel.

Plus spécifiquement, il vise à contribuer à la prévention de la survenue des fistules obstétricales par :

- l'augmentation de l'âge des jeunes filles au mariage et à la première grossesse ;
- le renforcement de l'accès des femmes à la contraception pour la prévention des grossesses précoces et/ou non désirées et l'espacement des naissances ;
- l'augmentation du taux d'accouchement assisté et de prise en charge des complications obstétricales;
- l'augmentation de l'utilisation des services de prévention des fistules obstétricales (la planification familiale, la consultation prénatale, l'accouchement assisté, les soins obstétricaux essentiels et d'urgence) ;
- le renforcement des capacités communautaires et le traitement des cas de fistules existants par l'amélioration de l'accès à la prise en charge et la réinsertion des femmes victimes de fistules.

Le PFO concourt à la réalisation des trois (03) produits suivants :

Produit-1 : L'offre de service de prise en charge (traitement et réinsertion sociale) des femmes victimes de fistule est accrue dans la région du Sahel.

Produit-2 : L'offre de service de planification familiale, soins obstétricaux essentiels et d'urgence des populations démunies est accrue dans la région du Sahel.

Produit 3 : Les femmes, les adolescentes, les jeunes, et les hommes de la région du Sahel ont une plus grande capacité à satisfaire à leurs besoins en SR et une attitude plus positive sur l'accouchement assisté, la prise en charge des fistules et l'abandon du mariage précoce.

Les stratégies de mise en œuvre du PFO sont les suivantes :

- Le renforcement des capacités de l'hôpital de Dori pour le traitement des fistules ;
- L'appui à une ONG/Association de lutte contre les fistules pour le dépistage, l'organisation de l'accès aux soins et la réinsertion sociale des femmes victimes de fistules obstétricales,

- Le renforcement de l'offre de services de PF, soins obstétricaux essentiels et d'urgence, au niveau communautaire dans les quatre districts la région du Sahel ;
- Le renforcement de l'accessibilité financière des prestations de services soins obstétricaux essentiels et d'urgence, et prise en charge des fistules ;
- Le renforcement des compétences du personnel de santé pour améliorer la disponibilité des services de PF, soins obstétricaux essentiels et d'urgence de qualité ;
- Le renforcement de l'équipement des CSPS, CMA et CHR ;
- Le renforcement du système de référence/contre référence ;
- La communication pour le changement de comportement (CCC) sur les droits et la santé de la reproduction en particulier la santé maternelle et néonatale ;
- Le plaidoyer à l'endroit des leaders (autorités administratives, coutumières et religieuses) pour la promotion de l'accouchement assisté et l'abandon du mariage précoce ;
- Le renforcement des capacités des collectivités locales à la prise en compte des questions de santé de la reproduction dans les plans de développement communal.

Les bénéficiaires du PFO sont : les femmes victimes de fistules, les femmes en âge de procréer et les hommes de la zone d'intervention, le personnel des structures impliquées.

Le projet est exécuté avec une forte implication des ONG, associations et des élus locaux. Son budget est estimé à 3.000.000 Euros.

2.2. Présentation de la zone d'intervention du PFO

Le PFO intervient dans la région du Sahel qui fait partie de la zone de convergence du Système des Nations Unies. La région du Sahel est située à l'extrême Nord du Burkina Faso. Elle comprend quatre (4) provinces (l'Oudalan, le Séno, le Soum et le Yagha) qui correspondent aux quatre (4) districts sanitaires (Djibo, Dori, Gorom-Gorom et Sebba), vingt six (26) départements, quatre (4) communes urbaines, vingt deux (22) communes rurales et 556 villages. Elle s'étend sur 36 166 km² (13,2% du territoire national) pour une population réactualisée en 2010 de 1 086 250 habitants³. Elle est caractérisée par une prévalence élevée des fistules obstétricales. En effet, l'étude sur les besoins en matière de prise en charge des fistules obstétricales révèle que la région du Sahel enregistre un nombre important de cas de fistules obstétricales⁴.

Le réseau routier se caractérise par une prédominance des routes secondaires à praticabilité intermittente et posant de réelles difficultés de circulation, notamment en saison hivernale.

Les principales ethnies sont : les Peulhs, subdivisés en castes (Gaobés, Mallébés, Guelgoobés, Rimaïbés, Fulbés), les Bellas, les Touaregs, les Sonraïs, les Gourmatchés, les Fulcés ou Kurumbas et les Mossis. Il existe deux types de peuplement : les sédentaires (qui sont agropasteurs), les nomades et les transhumants.

³ Source: Plan d'action 2010 de la DRS Sahel du Sahel ; Décembre 2009

⁴UNFPA : requête de financement pour appui au programme de lutte contre les fistules obstétricales dans la région du sahel pour la réduction des morbidités et de la mortalité maternelle

La région présente l'un des faibles taux de scolarisation du pays. Le taux brut de scolarisation au primaire se situe à 44,9% au niveau de la région du Sahel contre une moyenne nationale de 59,4%⁵.

L'économie s'articule autour de l'agriculture et de l'élevage. Des sites aurifères existent dans la région et drainent des populations hétérogènes qui y pratiquent un orpillage artisanal.

⁵ Annuaire statistique, MEBA ; Mars 2008.

III. ANALYSE DE LA PERTINENCE DES PRODUITS

Le but du PFO est de contribuer à la lutte contre les fistules obstétricales dans la région du Sahel en vue de l'amélioration de la sécurité humaine et du bien-être de la population. Sa formulation est basée sur le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP), la Stratégie Nationale de Maternité à Moindre Risques et les objectifs de la deuxième phase du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS).

Outre ces éléments qui ont prévalu à la conception du PFO, il convient de souligner également que l'écriture de ce projet a été soutenue par les résultats de l'analyse en termes d'indicateurs de la situation sanitaire par région du pays.

Ces résultats indiquent qu'au Sahel, la plupart des indicateurs des prestations destinées à prévenir la fistule obstétricale et à sauver la vie des femmes sont à des niveaux nettement bas par rapport à la moyenne nationale⁶.

A titre d'exemples, la prévalence contraceptive était de 9%, le taux d'accouchement assisté 14%, le taux de fréquentation des services de santé 16% contre respectivement 23%, 38% et 34% en moyenne nationale⁷.

En plus, le choix de la zone s'explique par le fait que les facteurs socioculturels favorables à la survenue des fistules obstétricales se posent avec acuité dans la région, notamment les mariages et grossesses précoces (l'âge au 1^{er} mariage est de 10 ans et celui de la 1^{ère} grossesse est de 14 ans), les accouchements à domicile considérés comme des actes de bravoure⁸.

La requête de financement du PFO a été élaborée conjointement entre le gouvernement et l'UNFPA. Il s'intègre dans le 6^{ème} programme de coopération car le sujet de la fistule regroupe les principales composantes de la SR (santé maternelle, planification familiale, santé des jeunes).

Le projet a fait l'objet d'interactions au niveau central entre le Ministère de la Santé, la Coopération Luxembourgeoise, l'OMS, l'UNICEF et Family Care international (FCI). Par la suite, un atelier de trois (03) jours a permis de réunir tous les acteurs pour : revisiter les activités, identifier les problèmes et les besoins des groupes cibles, finaliser le choix des sites, identifier les différents acteurs de mise en œuvre, prioriser les actions, définir les axes stratégiques d'intervention et élaborer le cadre logique. Les plans d'action ont été finalisés par la partie nationale.

Produit-1 : L'offre de service de prise en charge (traitement et réinsertion sociale) des femmes victimes de fistule est accrue dans la région du Sahel.

Produit-2 : L'offre de service de planification familiale, soins obstétricaux essentiels et d'urgence des populations démunies est accrue dans la région du Sahel.

Produit 3 : Les femmes, les adolescentes, les jeunes, et les hommes de la région du Sahel ont une plus grande capacité à satisfaire à leurs besoins en SR et une attitude plus positive sur l'accouchement assisté, la prise en charge des fistules et l'abandon du mariage précoce.

3.1. Analyse du but et des produits du PFO

Dans le cadre de la présente évaluation, l'analyse de la pertinence du projet se fera essentiellement entre le but et les produits.

3.1.1. Pertinence du But /Produits

En rappel, le but du PFO est de « contribuer à la lutte contre les fistules obstétricales dans la région du Sahel en vue de l'amélioration de la sécurité humaine et du bien-être de la

⁶ DEP/Santé : Annuaire statistique, 2005

⁷ Sources : UNFPA : Document de requête de financement, Ouagadougou ; 2007

⁸ DSF/Population Council : Etude socio-anthropologique sur la fistule obstétricale dans les régions de l'Est, Centre-Est, et du Sahel au Burkina Faso, 2004

population». Il est formulé de façon réaliste. Sa pertinence se justifie par le fait qu'il s'intéresse à une problématique de santé publique qui dénie aux femmes le droit de jouir pleinement de leur santé reproductive et sexuelle.

Au regard des produits, l'ossature du projet est basée sur un éveil de conscience collective et d'un engagement des populations du Sahel par l'adoption de comportements favorables à la prévention des fistules obstétricales et la réduction des mortalités maternelle et néo natale. Elle est bâtie sur deux axes essentiels :

- le renforcement de l'offre de services de qualité selon les normes et protocoles existants pour faire la prévention et la cure des fistules. Aussi, la plupart des activités sont orientées vers les formations sanitaires et vers les associations (en termes de renforcement de compétences et de capacités), et vers les populations (en termes de sensibilisation). De plus, la prise en charge communautaire des femmes victimes de fistules vient soutenir et renforcer l'offre de services des formations sanitaires.
- la création d'un environnement social favorable à la promotion des droits en matière de SR par le développement des actions de plaidoyer.

La pertinence des produits s'explique par le fait que leurs indicateurs sont mesurables et réalistes car tirés des indicateurs de processus. Cependant, certains d'entre eux tels que ceux relatifs au produit 3 nécessite un temps assez important pour produire des effets car ils font appel à des changements fondamentaux de comportements qui s'inscrivent dans une logique temporelle.

En résumé, on retient que la pertinence des produits s'établit autour de la « *Prévention, la cure et la prise en charge communautaire des fistules obstétricales (formation sanitaire et communauté) pour la promotion de la santé maternelle et l'amélioration de la sécurité humaine et du bien-être de la population* ».

3.1.2. Pertinence des stratégies du projet

Les stratégies développées dans le cadre du présent projet sont en adéquation avec celles mises en œuvre par le CSLP (axe stratégique1) et par le PNDS 2001-2010 qui découle de la Politique Nationale Sanitaire du Burkina.

Produit 1: L'offre de service de prise en charge (traitement et réinsertion sociale) des femmes victimes de fistule est accrue dans la région du Sahel.

➤ Le renforcement des capacités du CHR de Dori pour le traitement des fistules.

Dans le dispositif de mise en œuvre du PFO, le CHR de Dori est un partenaire technique d'exécution. A ce titre, il assure en tant que structure de référence, la prise en charge des évacuations et la cure des fistules.

Avant la mise en place du projet, l'hôpital était confronté à une insuffisance de capacités (personnel et plateau technique) en tant que structure de référence pour la cure des fistules. Le CHR dispose d'un seul bloc opératoire pour la prise en charge des cas de fistules et des autres pathologies chirurgicales. En effet, la prise en charge des fistules se faisait à travers des campagnes périodiques de cure.

Le renforcement des capacités du CHR de Dori en tant que stratégie retenue par le projet trouve ainsi son importance car il offre à cette structure la capacité de jouer son rôle de structure de référence au niveau régional dans le cadre de la prise en charge des fistules obstétricales. Cette stratégie devrait être opérationnalisée par le recrutement d'un chirurgien spécialisé en cure de fistules et le renforcement du plateau technique et des capacités du

personnel de la chirurgie, qui sont autant d'éléments importants pour l'efficacité et l'atteinte du produit 1.

- *L'appui à une ONG/Association de lutte contre les fistules pour le dépistage, l'organisation de l'accès aux soins et la réinsertion sociale des femmes victimes de fistules obstétricales*

Au regard de la sensibilité et de la complexité du sujet, le PFO a choisi de travailler au développement des services à base communautaire qui, pour être plus efficaces doivent se réaliser en partenariat avec les ONGs, Associations, et les communautés bénéficiaires dans les localités. Cette stratégie ainsi que les activités associées devraient contribuer à atteindre les produits 1 et 3.

L'appui à une ONG/Association est une démarche qui obéit à la logique de contractualisation des activités de santé communautaire, du fait de leur proximité avec les populations à la base. Cette contractualisation permet d'offrir sur place un certain nombre de services de proximité en matière de communication, de plaidoyer, d'identification des femmes victimes de fistules, leur transfert au CHR de Dori et leur réinsertion socio-économique.

Produit 2 : L'offre de service de planification familiale, soins obstétricaux essentiels et d'urgence des populations démunies est accrue dans la région du Sahel.

- *Le renforcement de l'offre de services de PF, soins obstétricaux essentiels et d'urgence, au niveau communautaire dans les quatre districts de la région du Sahel*

Cette stratégie a l'avantage de valoriser les ressources locales (Agent de Relais Communautaire, Cellules de gestion des urgences obstétricales, comités de sages), en raison de leur proximité vis-à-vis des communautés pour susciter la demande en matière d'offres de services. Elle entre dans le cadre général du PNDS, dans les Stratégies nationales de SR et de Maternité à Moindre Risques. En effet, cette stratégie reste pertinente pour l'amélioration de la fréquentation des services de santé de la reproduction, qui est une problématique dans la région du Sahel, à cause des pesanteurs socioculturelles. Pour opérer un changement de comportement favorable, la mobilisation et l'engagement de la communauté à résoudre leurs problèmes de santé est primordiale pour assurer l'efficacité et la durabilité de cette action.

- *Le renforcement des capacités des collectivités locales à la prise en compte des questions de santé de la reproduction dans les plans de développement communal*

En 2006, le Burkina Faso a réussi le pari de la communalisation intégrale avec la mise en place des communes rurales. La décentralisation dans le système de santé qui a précédé ce processus devra être arrimé à la décentralisation administrative. Cela va nécessiter une plus grande implication des collectivités locales dans la planification et l'exécution des activités de santé. Le renforcement des capacités des élus locaux devrait faciliter les initiatives locales pour la conception et l'exécution de programmes locaux de développement prenant en compte la santé en général et la SR en particulier. Ce renforcement doit permettre d'améliorer le niveau de connaissance des élus locaux sur les FO.

- *Renforcement de l'accessibilité financière des populations aux soins obstétricaux essentiels et d'urgence et la prise en charge des fistules*

Depuis 2006, le Burkina Faso a adopté la politique de subvention des SONU pour l'amélioration de la couverture en accouchement assisté et la réduction de la mortalité maternelle. Cette stratégie vise à briser la barrière financière qui limite l'utilisation des services de santé. Dans le cadre du PFO, l'accessibilité financière s'est traduite par la prise en charge totale des femmes victimes de fistules à travers les soins curatifs et les médicaments.

La gratuité de ces soins est importante dans le cadre des fistules car la cible atteinte de la maladie a un statut socio-économique précaire et souvent abandonnée par la famille. N'eut été la subvention totale du traitement des FO, les patientes devraient déboursier en moyenne 80.000 CFA (consultation, bilan, cure, médicaments, hospitalisation) pour la prise en charge chirurgicale de leur pathologie. Ce montant pourrait atteindre 125.000 FCFA pour les cas compliqués. A cause de la subvention, le projet prend en charge l'ensemble des coûts.

- *Renforcement des compétences du personnel de santé pour améliorer la disponibilité des services de PF, soins obstétricaux essentiels et d'urgence de qualité, le renforcement de l'équipement des CSPS, CMA et CHR, et du renforcement du système de référence/contre référence*

Cette stratégie vise à renforcer les compétences des formations sanitaires en matière de prise en charge des utilisateurs des services de SR. Elle a permis de renforcer le niveau de connaissance des agents de santé (diagnostic et cure des fistules). Elle vise également à améliorer les prestations en matière de prise en charge de FO par le renforcement de capacités de ces structures.

Produit 3: Les femmes, les adolescentes, les jeunes, et les hommes de la région du Sahel ont une plus grande capacité à satisfaire à leurs besoins en SR et une attitude plus positive sur l'accouchement assisté, la prise en charge des fistules et l'abandon du mariage précoce

- *la communication pour le changement de comportement (CCC) sur les droits, la SR en particulier la santé maternelle et néonatale*

La pertinence de cette stratégie repose sur le fait qu'elle utilise les canaux de communication interpersonnelle et de masse visant à améliorer l'adhésion des populations aux services de SR.

- *Le plaidoyer à l'endroit des leaders (autorités administratives, coutumières et religieuses) pour la promotion de l'accouchement assisté et l'abandon du mariage précoce, l'implication et de l'engagement des hommes en faveur de la santé maternelle, la planification familiale et la SR en général*

L'implication des leaders permet d'améliorer l'environnement de la mise en œuvre du projet. Ces groupes cibles disposent d'un pouvoir de décision à mesure d'influer positivement sur les changements en matière de SR et sur la prise en charge communautaire (PEC) en particulier.

3.1.3. Pertinence des activités

Le PFO est exécuté à travers trois produits sous la responsabilité de la DRS du Sahel, en partenariat avec, la DHPES, FCI, les associations et les collectivités territoriales.

Produits 1 et activités : L'offre de service de prise en charge (traitement et réinsertion sociale) des femmes victimes de fistule est accrue dans la région du Sahel

Les activités prévues dans le produit 1 visant l'offre de prise en charge au profit des femmes victimes de fistules et répondant aux besoins des groupes cibles, devraient permettre à terme l'offre de services de traitement de la fistule et de la réinsertion sociale.

Elles touchent à la disponibilité des services de prise en charge des FO, depuis le diagnostic, la cure jusqu'à la réinsertion sociale de la femme « réparée ».

Ces activités permettent d'atteindre ce produit.

Produits 2 et activités : L'offre de service de planification familiale, soins obstétricaux essentiels et d'urgence des populations démunies est accrue dans la région du Sahel.

La FO étant l'une des conséquences des complications liées à l'accouchement est centrale dans le cadre de ce projet. Pour maximiser l'impact des actions du produit 2, le projet met un accent sur la promotion de l'utilisation des méthodes contraceptives et de la couverture en accouchements assistés par du personnel qualifié à travers l'amélioration et l'accroissement des services PF et des soins obstétricaux d'urgence. Cela aura pour conséquence une réduction significative de la morbidité maternelle et de la mortalité maternelle et néo natale.

Produit 3 et activités : Les femmes, les adolescentes, les jeunes, et les hommes de la région du Sahel ont une plus grande capacité à satisfaire à leurs besoins en SR et une attitude plus positive sur l'accouchement assisté, la prise en charge des fistules et l'abandon du mariage précoce.

Pour réaliser ce produit, les activités suivantes ont été programmées : la communication pour le changement de comportement sur les droits, la SR et la santé maternelle et néonatale, le plaidoyer à l'endroit des leaders pour la promotion de l'accouchement assisté et l'abandon du mariage précoce, l'implication des hommes en faveur de la santé maternelle, la PF et la SR, le renforcement de capacités des collectivités locales à la prise en compte des questions de SR dans les plans de développement local.

Si ces activités sont bien mises en œuvre, elles devraient contribuer à améliorer de façon significative les indicateurs de SR dans la région.

3.2. Analyse du dispositif du PFO

Le projet est élaboré sur la base d'un dispositif de coordination, de mise en œuvre, de contrôle et de suivi évaluation et d'un ensemble d'activités dont la cohérence devrait permettre efficacement l'atteinte des indicateurs.

D'une manière générale, le projet est assez cohérent en termes de choix des groupes cibles et aussi en termes d'activités à mettre en œuvre pour atteindre le But et l'Effet définis.

3.2.1. La coordination du projet

La DRS du Sahel est la Direction Technique (DTP) du projet, assure la coordination et la mise en œuvre. Dans le cadre de l'opérationnalisation du PFO, une équipe a été recrutée pour appuyer la DRS. Ce sont : une Conseillère technique nationale en SR, un chirurgien expert en cure de fistule, un gestionnaire, une secrétaire et un chauffeur.

Des mécanismes de coordination ont été mis en place pour permettre une bonne mise en œuvre des activités. Ce sont:

- le comité de suivi regroupant la DRS du Sahel, la DHPES, l'UNFPA, la DSF, FCI et la DGCOOP ;
- les sorties conjointes de supervision sur le terrain ;
- le cadre de concertation régional des acteurs de mise en œuvre ;
- les réunions de coordination de la composante SR ;
- les revues annuelles du programme de coopération Burkina Faso/UNFPA.

Bien que les liens de coordination entre la DRS et les autres intervenants aient été clairement définis dans la requête de financement, des insuffisances ont été constatées lors de la mise en œuvre des activités: la faiblesse dans l'appropriation du projet par la DRS, la non disponibilité de rapports de synthèse, le non respect du mécanisme de centralisation des informations et données au niveau régional, l'irrégularité des réunions de concertation.

3.2.2. Les structures d'exécution : la DRS du Sahel, le CHR de Dori, les districts sanitaires du Sahel, la DHPES, FCI et ses associations partenaires

- La DRS du Sahel est chargée de : (i) assurer la planification et l'exécution des activités; (ii) coordonner, superviser et contrôler toutes les activités du projet ; (iii) assurer la gestion financière et comptable du projet ; (iv) assurer la gestion des ressources du projet.
- Les districts sanitaires de Dori, Gorom-Gorom, Seba, et Djibo assurent l'exécution des activités au niveau opérationnel. Ils sont chargés de : (i) la formation continue du personnel ; (ii) l'offre du PMA de SR de qualité dans leur aire de santé; (iii) la supervision dans les CSPS et structures privées sites des activités du projet ; (iv) la gestion des ressources qui leur sont confiées; (v) le suivi et l'évaluation des activités.
- Le CHR de Dori, structure de référence pour les districts sanitaires, assure la prise en charge chirurgicale des cas de fistules.
- La DHPES assure la mise en œuvre de l'ensemble des interventions du Produit 3 et apporte un appui technique pour le renforcement de compétences en communication de masse et la production de supports d'IEC/SR dans le cadre du PFO.
- L'ONG Family Care International est chargée de l'appui technique dans la mise en œuvre des stratégies « renforcement de l'offre de service au niveau communautaire », notamment la mise en place des relais communautaires et le plaidoyer à l'endroit des leaders (autorités administratives, coutumières et religieuses) avec la mise en place du groupe de soutien et le suivi de ses activités.
- Les associations sont placées sous la direction de FCI (Khoolesmen, Cellal Rewbe, Cural du Yagha et APN/Sahel). Elles sont chargées de : (i) la sensibilisation de proximité, (ii) la réalisation de séances d'informations des populations sur la subvention de l'accouchement assisté et de la césarienne par l'Etat, (iii) la mise en place de mécanismes efficaces de dépistage des femmes victimes de FO, de les transférer dans les centres de traitement et d'en assurer le suivi post traitement immédiat, (iv) la réinsertion sociale des femmes traitées et leur suivi dans leur communauté y compris l'appui à la réalisation d'AGR, (v) la collecte des données et l'élaboration de rapports d'activités et financiers, (vi) la participation aux cadres de concertation mis en place pour le suivi régulier de l'exécution du volet communautaire du projet.

IV. ANALYSE DE L'EXECUTION DU PFO

En se basant sur la démarche du PFO, l'analyse sera faite en fonction des résultats atteints par produits.

4.1. Analyse de la réalisation des principales activités du PFO

En référence au cadre logique du PFO, 10 stratégies déclinées en 80 activités devaient permettre d'atteindre les trois produits et participer à la réalisation de l'objet du projet. Le tableau ci-dessous donne l'état de mise en œuvre des activités par produit et apprécie leur taux de réalisation.

Tableau 2: Synthèse des réalisations physiques du PFO pour la période 2ème trimestre 2008 –juin 2010

Produits attendus	Nombre d'activités programmées	Nombre d'activités achevées	Activité en cours	Taux de réalisation en %
Produit 1	13	07	6	53,08
Stratégie 1.1	07	4	2	70
Stratégie 1.2	06	1	4	33,33
Produit 2	33	18	5	58,33
Stratégie 2.1	9	05	2	66,67
Stratégie 2.2	5	2	1	50%
Stratégie 2.3	9	5	1	58,33
Stratégie 2.4	7	4	1	64,29
Stratégie 2.5	3	1	0	33,33
Produit 3	34	13	6	49,26
Stratégie 3.1	18	8	3	54,17
Stratégie 3.2	12	5	2	54,17
Stratégie 3.3	4	0	1	12,5%
Total	80	38	17	53,65

L'analyse montre que 53,65% des activités prévues ont été réalisées durant la période du 2^{ème} trimestre 2008 jusqu'en juin 2010. A six (06) mois de la fin du projet, on constate qu'environ 46% des activités du projet restent à réaliser.

Les paragraphes ci-dessous présentent l'analyse détaillée de l'exécution des activités par produit à partir des différents rapports d'activités et des données des formations sanitaires.

Au niveau du produit 1 « L'offre de service de prise en charge (traitement et réinsertion sociale) des femmes victimes de fistule est accrue dans la région du Sahel »

L'appréciation de la réalisation de ce produit se fera essentiellement à travers les aspects suivants :

- Le renforcement des capacités de l'hôpital de Dori pour le traitement des fistules

- L'appui à une ONG/Association de lutte contre les fistules pour le dépistage, l'organisation de l'accès aux soins et la réinsertion sociale des femmes victimes de fistules obstétricales
- ✓ *Le renforcement des capacités de l'hôpital de Dori pour le traitement des fistules : des efforts ont été réalisés certes, mais il reste encore beaucoup d'autres activités à réaliser afin que l'indicateur du produit 1 soit atteint.*

En se basant sur les différents rapports d'activités produits dans le cadre du PFO et des différents entretiens réalisés, il ressort un taux de réalisation relativement satisfaisant. En effet, seule la réhabilitation des locaux pour un meilleur accueil des femmes victimes de fistules n'est pas effective en raison des divergences de points de vue notamment sur l'identification du site, ses attributions, la structure responsable du centre d'accueil.

Les autres activités ont été réalisées totalement (cas des formations) ou en partie avec dans des proportions cependant acceptables. A titre illustratif, 173 femmes sur les 400 femmes prévues pour toute la période du projet ont bénéficié de réparation au niveau du CHR de Dori.

- ✓ *L'appui à une ONG/Association de lutte contre les fistules pour le dépistage, l'organisation de l'accès aux soins et la réinsertion sociale des femmes victimes de fistules obstétricales*

La réalisation de ce sous produit est satisfaisant au regard des résultats obtenus au cours de la mise en œuvre du projet. Seule, l'équipement de l'ONG/Association en matériel IEC n'a pas pu être réalisé à ce jour. Certaines activités telles le « suivi de la réinsertion des femmes traitées pour FO dans leur communauté » ainsi que le soutien financier pour le développement d'activités génératrices de revenus (AGR) aux bénéficiaires ont été effectives. Cependant, les résultats des entretiens relèvent des insuffisances dans les procédures d'octroi des fonds aux bénéficiaires pour les AGR et la gestion des fonds octroyés aux associations (non conformité et retard dans la justification). On note également un retard dans la formation des ARC dans certains districts et une insuffisance des capacités dans le suivi post opératoire des femmes par les animateurs et les membres des associations chargées de ce volet. En effet, les moyens de déplacement font défaut et les informations données aux bénéficiaires ayant subi la cure sont parfois erronées.

Au niveau du produit 2 : L'offre de service de planification familiale, soins obstétricaux essentiels et d'urgence des populations démunies est accrue dans la région du Sahel.

La réalisation de ce produit vise à améliorer le taux d'accouchement assisté et le taux de prévalence contraceptive. Les activités ont connu des niveaux de réalisation divers :

- ☞ l'identification, la formation et l'équipement des acteurs communautaires

Au niveau communautaire, l'identification des ARC au niveau de l'ensemble de la zone est effective, mais les formations sont encore en cours.

L'équipement des acteurs communautaires notamment en kits IEC reste à réaliser. Les données issues des rapports d'activités indiquent :

- 606 ARC identifiés ;
- 600 cellules de gestion des urgences obstétricales (CGUO) mises en place ;
- 963 ARC et CGUO formées sur les thématiques de promotion de la santé maternelle et la lutte contre les fistules obstétricales.
- L'élaboration des outils de formation et de gestion intégrée pour la santé maternelle et communautaire ;

- La formation de 88 formateurs sur la promotion de la santé maternelle au niveau communautaire.

Au regard des résultats escomptés, le processus d'implication des agents locaux ainsi que le renforcement de capacités se sont révélés prometteurs pour atteindre efficacement les femmes sur les questions de SR. Toutefois, pour une pérennité de l'implication des communautés, il faudrait assurer un minimum de motivation de cette catégorie de personnel. FCI est en train de mener une réflexion sur la forme de motivation à adopter.

☞ Au niveau du renforcement des compétences du personnel de santé

L'appréciation des activités de renforcement des compétences du personnel de santé est assez difficile du fait des problèmes intervenus dans la gestion du projet et du manque d'informations. Le tableau ci-dessous donne la situation détaillée des formations réalisées par thématique.

Tableau 3: Situation des formations réalisées

Thème de la formation	Nombre bénéficiaires prévus	Nombre formés	Taux de réalisation (%)
PF clinique	185	185	100,00
CPN recentrée y compris le traitement intermittent du paludisme chez la femme enceinte	160	160	100,00
SONUB	160	160	100,00
SONUC	31	31	100,00
Prise en charge psychosociale des femmes victimes de fistules	145	145	100,00
Cure des fistules	17	17	100,00
AMIU	30	25	83,33
Supervision formative	15	15	100,00
Formation de membres d'associations d'animateurs radio sur les fistules et le mariage précoce	60	60	100,00
Counseling sur les fistules	130	25	19,23
*Gestion de la logistique contraceptive	100	20	20
*Formation des prestataires (accoucheuses auxiliaires (AA), les Sages Femmes d'Etat (SFE) et Accoucheuses breveté) en SRAJ et approche jeune ;	100	00	00
*Orientation des prestataires à l'utilisation des documents de Politique, Normes et Protocoles (PNP) de SR.	100	00	00

Source : DRS Sahel

Dans l'ensemble, on retient que des efforts ont été fournis pour assurer la mise à niveau des agents de santé pour offrir des soins de qualité. Les données récoltées au niveau des formations sanitaires montrent une disponibilité de personnel formé en SONUB, en CPN recentrée (100% de CSPS disposent de compétences) ainsi qu'en PF clinique. Toutefois, le recyclage demeure nécessaire en raison de la mobilité du personnel au niveau de la région. La formation en gestion de la logistique contraceptive est impérative pour les raisons suivantes⁹ :

⁹ Sources : Collecte des données par les CISSE des DS.

- 16,44% des CSPS avaient un stock de contraceptif inférieur au stock de sécurité pendant la période de la collecte de données ;
- 31,51% avaient un problème de tenue des outils de gestion ;
- 23,29% des CSPS ont connu une rupture de stock (pour au moins une méthode contraceptive) dans les douze (12) mois ayant précédé l'évaluation.

☞ Renforcement des capacités des CSPS, CMA et CHR et l'offre de service clinique.

Il était prévu dans le document du projet, plusieurs activités devant concourir au renforcement des capacités des formations sanitaires et des districts en particulier pour la fourniture des services de PF et des soins obstétricaux essentiels et d'urgence. Le bilan des activités montre l'effectivité de la réalisation de certaines tâches notamment :

- l'équipement de 30 CSPS en énergie solaire ;
- la dotation des formations sanitaires en matériel technique (boîtes d'accouchement, Kits DIU et norplant, matériel de stérilisation, etc.)
- la dotation du CHR en échographe ;
- la disponibilité des outils de gestion et les supports de collecte des données ;
- la disponibilité de fiches de référence et de contre référence dans l'ensemble des formations sanitaires ;
- la dotation des districts sanitaires et de la DRS en micro-ordinateurs et en vidéo projecteurs.

Certaines activités n'ont pas encore été réalisées, en l'occurrence la construction des cases d'attente pour les femmes, la dotation de radio autonome de communication (RAC).

Toutefois, toutes les formations sanitaires de premier échelon sont joignables en permanence soit par RAC ou par téléphone mobile.

Au niveau du produit 3 : Les femmes, les adolescentes, les jeunes et les hommes de la région du Sahel ont une plus grande capacité à satisfaire leurs besoins en SR et une attitude plus positive sur l'accouchement assisté, la prise en charge des fistules et l'abandon du mariage précoce.

Ce produit sera atteint à travers la mise en œuvre d'activités de sensibilisation, de formation et de plaidoyer pour renseigner les indicateurs suivants :

- ✓ Proportion de femmes, d'hommes et d'adolescents touchés par la campagne qui sont capables de citer au moins deux signes de recours immédiats aux soins chez la femme en grossesse et au cours du post-partum ;
- ✓ Proportion de leaders d'opinion, femmes, hommes et adolescents touchés par la campagne et qui sont favorables à l'accouchement assisté ;
- ✓ Proportion de leaders d'opinion, femmes, hommes et adolescents touchés par la campagne et qui sont défavorables au mariage précoce.

Les activités concourant à ce produit sont mises en œuvre principalement par la DHPES et l'ONG Family Care international (FCI) avec l'appui de la DRS. Pour l'année 2009, le bilan des activités est présenté dans le tableau ci-après.

Tableau 4: Etat de réalisation des activités par FCI et la DHPES pour la période 2009

Structures	Nbre Activités planifiées	Nbre Activités totale- ment réalisées	% Activités totale- ment réalisées	Nbre Activités partiellement réalisées	% d'activités partiellement réalisées	Activités non réalisées	Observations
FCI	81	29	35,8	11	13,6	46	N.B. Seuls les rapports d'activités de 2009 étaient disponibles
DHPES	07	05	71,42	01	14,29	01	

Sources : rapports d'activités de FCI et de la DHPES

Le tableau montre que 85,71% et 35,8% des activités ont été totalement réalisées respectivement au niveau de la DHPES et à FCI. Des contraintes ont émaillé la mise en œuvre des activités, notamment :

- ✓ l'insuffisance dans la planification due au manque de communication entre certains acteurs ;
- ✓ l'insuffisance de compétences en planification et gestion des ressources au niveau communautaire ;
- ✓ l'absence de motivation de certains acteurs tels que les CGUO ;
- ✓ l'absence de ressources de fonctionnement pour les associations.

De manière spécifique et dans le cadre des PTA mis en œuvre par la DHPES **au niveau de la stratégie «renforcement des activités de communication pour le changement de comportement (CCC) à l'endroit sur les droits, la SR en particulier la santé maternelle et néonatale»**, les activités ont consisté en :

- ✓ la production de 10.000 affiches, 10.000 dépliants, 400 boîtes à images, 2000 Tee-shirts, et 2000 brochures ;
- ✓ la conception de 3 spots radio et 3 spots télé en français, Mooré, Fulfuldé, Gulmatchéma sur le mariage précoce ;
- ✓ la réalisation d'un infomercial en cinq (5) langues : Français, Mooré, Dioula, Fulfuldé,
- ✓ la réalisation de 10 tranches de vie télé en Français, Mooré, Dioula, Fulfuldé et Gulmatchéma ;
- ✓ la réalisation de 2 articles/reportages documentaires de presse écrite sur les fistules obstétricales ;
- ✓ le prétest des spots radio et télé sur les fistules obstétricales et le mariage précoce ;
- ✓ la conception et le prétest d'une pièce théâtrale sur l'accouchement assisté et les fistules obstétricales (FO)
- ✓ la réalisation d'un Film et le montage d'une représentation théâtrale sur l'accouchement assisté et les FO ;
- ✓ la réalisation d'une émission santé MAG.

Le plaidoyer à l'endroit des leaders a été mis en œuvre à travers 12 activités. 50% de ces activités ont été entièrement réalisées. Les activités non ou partiellement réalisées sont les suivantes :

- ✓ la mise en place des groupes de leaders religieux, leaders coutumiers et personnes ressources de soutien à l'accouchement assisté et de pression contre le mariage précoce ;
- ✓ l'élaboration du document d'argumentaire de plaidoyer en faveur de l'accouchement assisté ;
- ✓ l'élaboration du document d'argumentaire de plaidoyer contre le mariage précoce ;
- ✓ l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action du groupe de soutien à la l'accouchement assisté et de pression contre le mariage précoce ;
- ✓ la documentation et la diffusion des actions de plaidoyer et de sensibilisation ;
- ✓ la réalisation d'un concours annuel inter communal sur la SR des hommes et l'implication des hommes dans la santé maternelle.

En outre, dans le domaine du renforcement des capacités des collectivités locales à la prise en compte des questions de santé de la reproduction dans les plans de développement communal », un certain nombre d'activités ont été prévues ; mais, à la date de l'évaluation, aucune d'entre elle n'avait encore été réalisée. Seule, la première activité (formation des élus locaux est en cours de préparation au niveau de la DRS.

4.2. Etat d'exécution du cadre logique

L'état d'exécution du cadre logique a été analysé par produit.

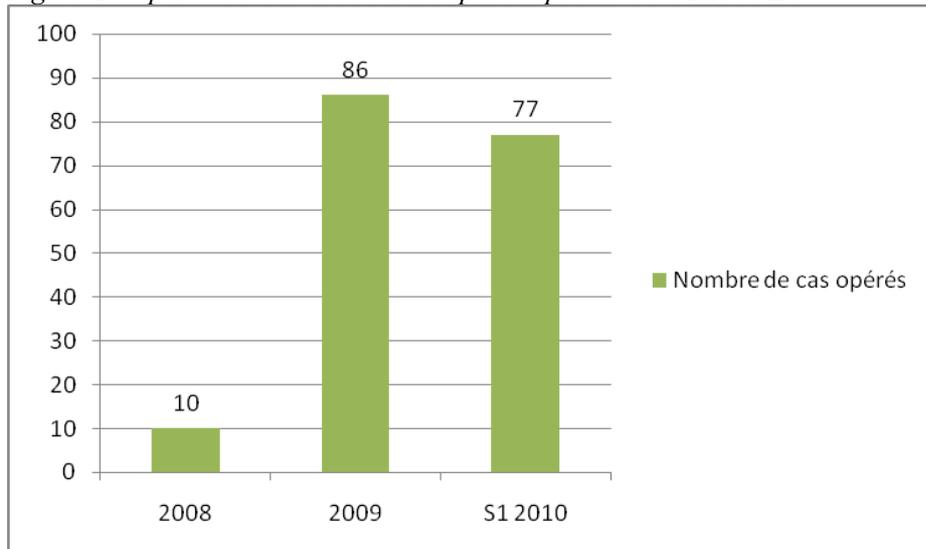
*4.2.1. **Produit-1** : L'offre de service de prise en charge (traitement et réinsertion sociale) des femmes victimes de fistule est accrue dans la région du Sahel.*

Tableau 5: Indicateurs de produit 1

Indicateurs de produit	Niveau actuel (%)	Source de données actuelle	Niveau de base de Données (%)	Date des données de base	Source	Cibles (%)	Date pour la cible
1. Proportion de femmes victimes de fistules opérées	43,25	Données des structures de PEC médicale			DSF	100	2010
2. Proportion de femmes victimes de fistules ayant bénéficié d'un appui à la réinsertion sociale (AGR)	13,75	Données des associations partenaires de FCI pour la PEC			DSF	100	2010

Sur les 173 cas de fistules obstétricales opérées, le graphique ci-dessous indique que 86 des interventions ont été réalisées en 2009, 77 au premier semestre de 2010, contre seulement 10 en 2008. En rappel, dans le cadre de la mise en œuvre du PFO, l'ensemble des prestations fournies aux femmes souffrant d'une fistule obstétricale dans les structures sanitaires publiques sont subventionnées à 100%.

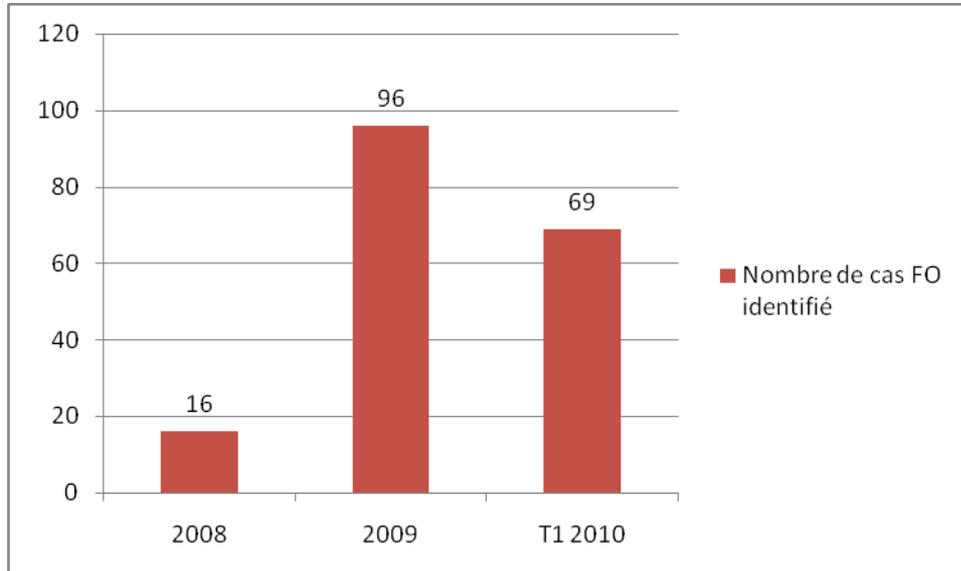
Figure 1: répartition des cas de FO réparées par an au CHR de Dori¹⁰



Source : CISSE CHR Dori

Au niveau des structures communautaires partenaires du projet, sur les 181 femmes victimes de fistules obstétricales identifiées entre 2008 et mars 2010, 96 l'ont été en 2009 contre seulement 16 en 2008. Au cours du premier trimestre 2010, au moins quatre fois plus de femmes victimes de fistules obstétricales ont été identifiées par les acteurs communautaires comparativement à l'année 2008.

Figure 2: Evolution des cas de FO identifiées par les associations par an



Source : Associations partenaires de FCI

D'une façon générale, le nombre de cas de FO identifiés et le nombre ayant bénéficié d'un traitement chirurgical laissent entrevoir une nette amélioration du dépistage et de la cure des fistules obstétricales dans le temps. Cette performance dans le dépistage et la prise en charge des cas de fistules obstétricales est à mettre à l'actif du projet.

¹⁰ S1 2010 = premier semestre de l'année 2010

Tableau 6: Nombre de femmes ayant bénéficié d'AGR

Année	Nombre de Femmes victime de FO opérées ayant bénéficié d'un appui en AGR
2009	55
T1 2010	0
Total	55

Dans le but d'améliorer le pouvoir économique des femmes victimes de fistules, un appui pour la mise en œuvre d'AGR est envisagé à l'endroit de celles ayant bénéficié d'une cure chirurgicale. Les résultats de l'évaluation indiquent que seulement 55 femmes ont bénéficié d'AGR, soit 31,79% des femmes ayant déjà bénéficié d'une cure. Cet effectif représente 13,75% de la cible prévue dans le cadre du projet. Le nombre de bénéficiaires demeure faible.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation :

- il ya le fait que certaines femmes opérées ne résident pas de la région sanitaire du Sahel. Par conséquent, elles ne peuvent pas être bénéficiaires.
- le manque de compétence des femmes en matière de gestion d'activités génératrices de revenus. Pour combler cette lacune, des sessions de formation sont prévue à leur intention ;
- la non disponibilité de fonds au niveau des associations.

4.2.2 Produit 2 : L'offre de service de planification familiale, soins obstétricaux essentiels et d'urgence des populations démunies est accrue dans la région du Sahel.

Tableau 7: tableau des indicateurs du produit 2

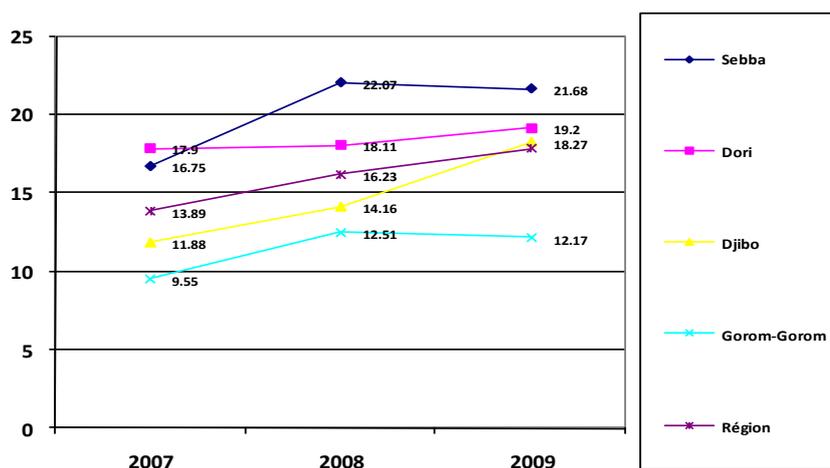
Indicateurs de produit	Niveau actuel (%)	Source de Données actuelle	Niveau de base de Données (%)	Date des données de base	Source	Cibles (%)	Date pour la cible
1. Proportion de formations sanitaires de premier échelon mettant en œuvre les SONUB	98	Données CISSE	11%	2006	DSF	80%	2010
2. Proportion de formations sanitaires de référence mettant en œuvre les SONUC	100	Données CISSE	40%	2006	DSF	100%	2010
3. taux de létalité des complications obstétricales	3,31	Données CISSE	-	-	DSF	1%	2010
4. Proportion de CSPS disposant des intrants essentiels pour des prestations de PF	100	Données CISSE			DSF	100%	2010
5. % de CSPS disposant des intrants essentiels pour l'accouchement assisté	100	Données CISSE			DSF	100%	2010
6. % de CMA/CHR disposant des intrants essentiels pour les SONUC	100	Données CISSE			DSF	100%	2010
7. Proportion des cas de consultation chirurgicale pour cas de fistule obstétricale	4,70	Données CISSE	7%	2004	DSF		2010
8. Proportion de nouvelle fistule obstétricale	26	Données CISSE			DSF	0%	2010

Source : CISSE des districts Sanitaires de la Région du Sahel

a) Appréciation des indicateurs liés à la PF :

Selon le cadre logique, 100% de CSPS devraient disposer « d'intrants essentiels pour les prestations de PF » en fin 2010. Les données montrent que cette cible était déjà atteinte en juin 2010.

Tableau 8: Evolution du taux d'utilisation des méthodes contraceptives par district de 2007 à 2009 (%)



Source : CISSE des districts Sanitaires de la Région du Sahel

Pour la prévalence contraceptive, la cible du projet devrait être de 15% en fin 2010. Le graphique ci-dessus indique que le niveau du taux d'utilisation des méthodes contraceptives parmi les femmes susceptibles d'être sous contraception est passé de 13,89% en 2007 à 17,87% en 2009 au niveau de l'ensemble de la région, ce qui est au dessus de la cible du projet.

L'analyse montre que seul le district sanitaire de Gorom-Gorom est actuellement en deçà de cette cible. On y observe une tendance à la baisse des performances en matière de couverture contraceptive. Dans ce district sanitaire, le taux d'utilisation est passé de 12,51% en 2008 à 12,17% en 2009.

Au niveau des trois autres districts sanitaires, la cible est atteinte. Cependant, en se rapportant à la cible du PNDS (27% pour 2010), elle sera difficilement atteinte au niveau du Sahel.

Des efforts importants doivent être entrepris par l'ensemble des districts sanitaires de la région pour améliorer de façon significative la prévalence contraceptive. On remarque que cette cible au plan national était déjà atteinte depuis 2008 (28,17%)¹¹.

¹¹ Ministère de la santé ; Evaluation finale du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010 ; Rapport final ; avril 2010

b) Appréciation des indicateurs liés aux soins obstétricaux d'urgence

Tableau 9: tableau des indicateurs de SONU

Indicateurs de produit	Niveau actuel (%)	Source de Données actuelle	Niveau de base de données (%)	Date des données de base	Source	Cibles (%)	Date pour la cible
9. Proportion de formations sanitaires de premier échelon mettant en œuvre les SONUB	98	Donnes CISSE	11	2006	DSF	80	2010
10. Proportion de formations sanitaires de référence mettant en œuvre les SONUC	100	Donnes CISSE	40	2006	DSF	100	2010
11. taux de létalité des complications obstétricales	3,31	Donnes CISSE	-	-	DSF	1	2010
12. % de CSPS disposant des intrants essentiels pour l'accouchement assisté	100	Donnes CISSE			DSF	100	2010
13. % de CMA/CHR disposant des intrants essentiels pour les SONUC	100	Donnes CISSE			DSF	100	2010

Source : CISSE des districts Sanitaires de la Région du Sahel

Les indicateurs de progrès du projet visant à apprécier le niveau d'évolution de la mise en œuvre des soins obstétricaux d'urgence s'articulent autour des aspects suivants :

- proportion de formations sanitaires de premier échelon mettant en œuvre les SONUB ;
- proportion de formations sanitaires de référence mettant en œuvre les SONUC ;
- taux de létalité des complications obstétricales ;
- pourcentage de CSPS disposant des intrants essentiels pour l'accouchement assisté ;
- pourcentage de CMA/CHR disposant des intrants essentiels pour les SONUC.

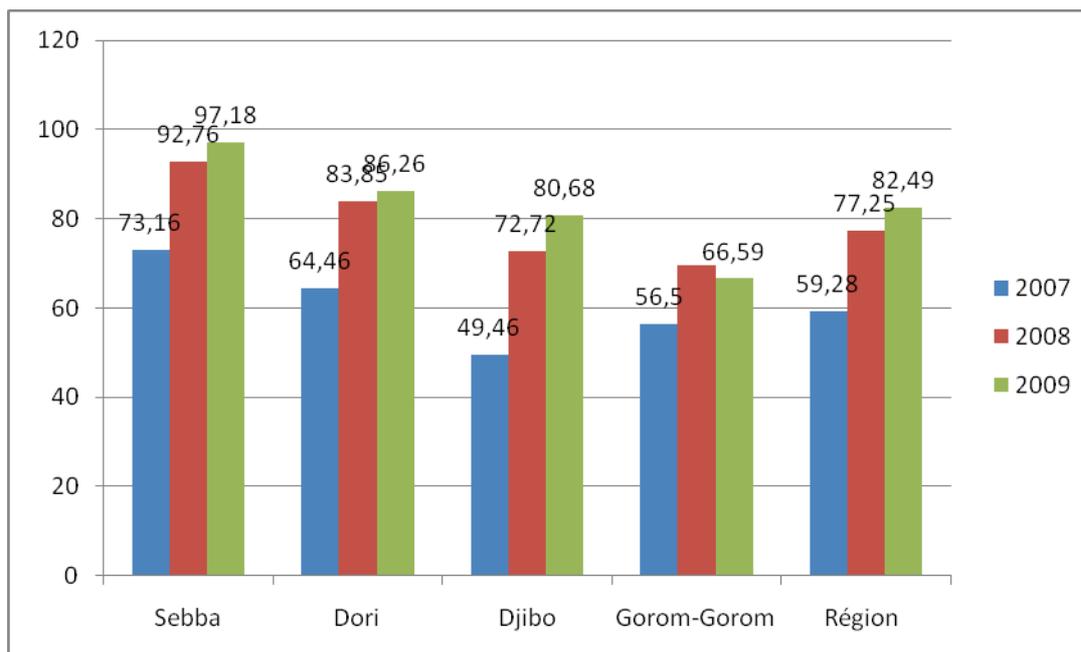
Les données collectées sur le terrain montrent que la plupart des cibles poursuivies ont été atteintes en juin 2010, à l'exception du taux de létalité des complications obstétricales (3,31% contre 1% attendu)¹².

Les données collectées montrent que les activités concourant à l'atteinte des cibles ci-dessus mentionnées ont eu un impact intéressant sur l'offre des services en matière de surveillance de la grossesse et de l'accouchement assisté.

Les données de la figure ci-dessous indiquent que la surveillance de la grossesse s'améliore au fil du temps mais évolue avec une grande disparité d'un district sanitaire à l'autre. D'énormes progrès sont enregistrés au niveau des districts sanitaires de Sebba et Dori où les taux de CPN2 dépassaient déjà 90% pour le district sanitaire de Sebba en 2009, et 86% celui de Dori. Des efforts considérables restent à fournir au niveau du district sanitaire de Gorom-Gorom où on note une tendance à la régression du taux de couverture en CPN2 qui est passé de 69,49% en 2008 à 66,59% en 2009.

Figure 3: Evolution de la couverture en CPN2 par district sanitaire de 2007 à 2009 (%)

¹² Source : CISSE des districts sanitaires de la région du Sahel



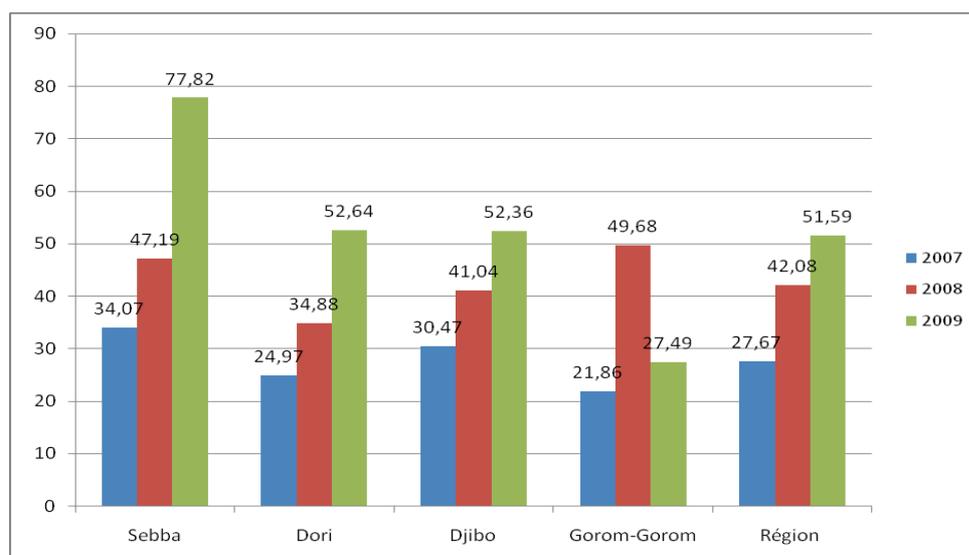
Source : CISSE des districts Sanitaires de la Région du Sahel

Pour ce qui concerne l'accouchement des femmes dans les formations sanitaires au plan régional, le taux d'accouchements assistés a évolué de façon régulière depuis 2007 où il est de 29,57% pour atteindre 52,91% en fin 2009. On note ainsi une augmentation annuelle moyenne de 11,67% de points. Si cette tendance est maintenue, le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié atteindrait 64,58% en fin 2010, ce qui reste largement inférieur au taux de 80 % (cible du projet en fin 2010) estimé pour influencer le niveau de mortalité maternelle.

De façon générale, on note une tendance à l'amélioration du taux d'accouchements assistés au niveau de chacun des quatre (4) districts sanitaires de la région avec tout de même une grande disparité entre les districts sanitaires. Les plus fortes performances en matière de couverture en accouchements assistés sont enregistrées au niveau des districts sanitaires de Sebba et Dori où les taux sont passés respectivement de 34,42% à 78,49% (soit 22,04 points par an), et 30,97% à 58,31% (13,67 points par an) entre 2007 et 2009. Comparativement à ces deux (2) districts sanitaires, celui de Djibo a enregistré une performance moyenne avec un taux d'accouchements assisté qui est passé de 30,47% à 52,36% sur la même période, soit une progression moyenne annuelle de 10,95 points.

Quant au district sanitaire de Gorom-Gorom, on y observe une timide amélioration du taux d'accouchements assistés entre 2007 et 2009. Celui-ci est passé de 21,98% en 2007 à 25,88% en fin 2009, soit une progression moyenne annuelle de 1,95 point.

Figure 4: Evolution de la couverture en accouchements assistés de 2007 à 2009 (%)



Source : CISSE des districts Sanitaires de la Région du Sahel

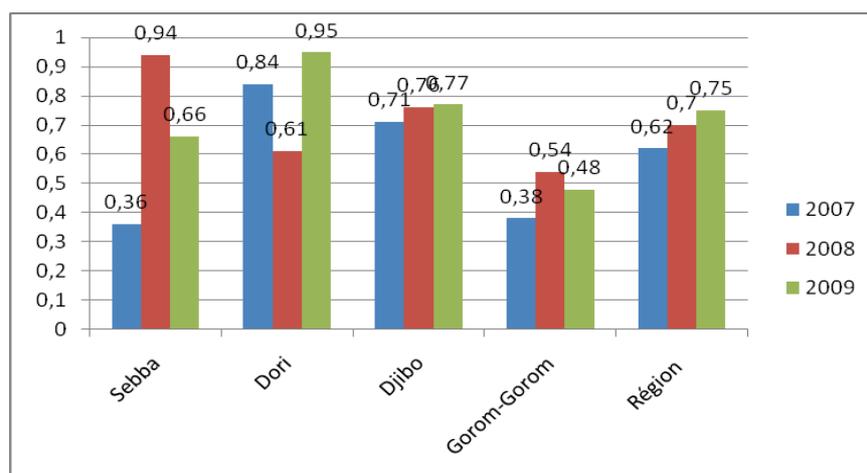
L'amélioration de l'utilisation des services de SMI et de maternité est en partie liée à l'adoption de certaines mesures telles que la gratuité des soins préventifs, la subvention des SONU, l'amélioration de la couverture sanitaire, une plus grande disponibilité du personnel de santé au niveau des CSPS, le renforcement des compétences du personnel en SONUB, le renforcement de la disponibilité en consommables médicaux essentiels au niveau des maternités.

La grande variabilité des niveaux de performance entre districts indique cependant qu'il existe d'autres facteurs qui jouent sur la réactivité des districts. Au niveau de ces facteurs, on peut mentionner l'assistance de l'ONG « Help » qui intervient depuis 2008 dans les districts sanitaires de Dori et de Sebba qui permet de lever de façon significative la barrière financière au profit des femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants de 0 à 5 ans.

Concernant le taux de couverture en césarienne, la région sanitaire du Sahel est passée de 0,62% en 2007 à 0,70% en 2008, puis à 0,75% en 2009, ce qui est encore largement au dessous de la cible du projet qui est de 5% en fin 2010. On note une tendance à l'augmentation de cet indicateur avec une disparité entre les quatre districts sanitaires. Le taux de réalisation des césariennes reste encore très faible, si l'on considère une norme allant de 5 à 15% susceptible d'influencer la mortalité maternelle de façon significative.

Le graphique ci-dessous montre le niveau d'évolution des indicateurs au niveau des districts.

Figure 5: Evolution de la couverture en césariennes par district sanitaire de 2007 à 2009



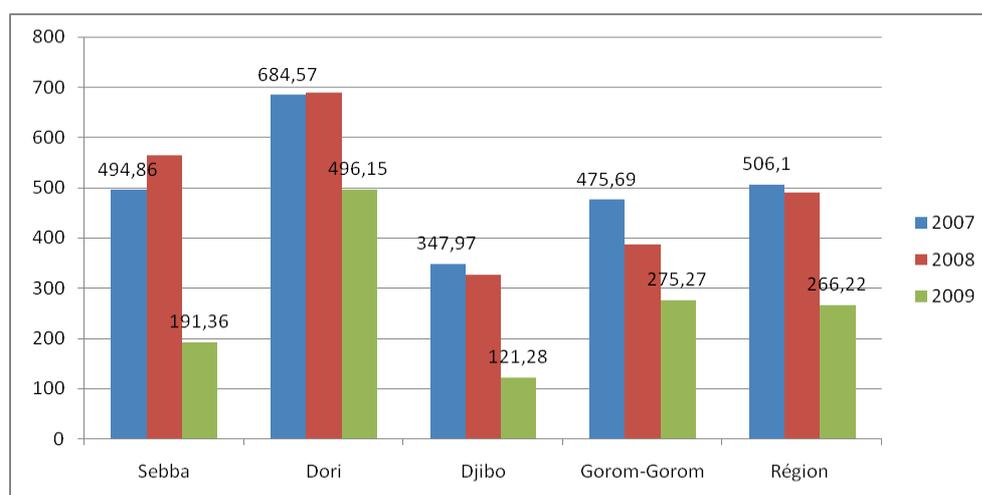
Source : CISSE des districts Sanitaires de la Région du Sahel

Pour ce qui est de la mortalité maternelle, on observe de façon générale, une baisse significative du taux de mortalité maternelle au niveau de chacun des quatre districts sanitaires de la région, sans doute dû à l'amélioration sensible de l'offre des services de santé maternelle et infantile, notamment les CPN et l'assistance de l'accouchement par du personnel qualifié.

Au niveau de l'ensemble de la région sanitaire du Sahel, le taux de mortalité maternelle est passé de 506,1 à 266,22 décès sur 100.000 parturientes entre 2007 et 2009. La cible du projet pour 2010 qui est de 290 décès pour 100.000 parturientes est atteinte depuis fin 2009 si on considère la moyenne régionale. La mortalité la plus élevée est observée au niveau du district sanitaire de Dori (496,15/100.000), sans doute à cause de la mortalité enregistrée au niveau de l'Hôpital régional qui constitue la structure de référence des autres districts sanitaires.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution du taux de décès maternels par district sanitaire.

Figure 6: Evolution des taux de décès maternels en milieu de soins par district sanitaire de 2007 à 2009 (pour 100.000 parturientes)



Source : CISSE des districts Sanitaires de la Région du Sahel

c) Appréciation des indicateurs liés aux fistules obstétricales

Tableau 10: Situation des cas de fistules parmi les consultants des services de chirurgie et de gynéco-obstétrique dans la région sanitaire du Sahel

Consultants en chirurgie, gynécologie en 2009	Nombre de cas de FO en 2009	Proportion des cas de consultation chirurgicale pour cas de FO en 2009	Nombre total de cas de FO en 2008 et 2009	Nouveau cas de FO en 2008 et 2009	Proportion de nouvelles FO entre 2008 et 2009
1828	86	4,70%	200	52	26%

Source : CISSE des districts Sanitaires de la Région du Sahel

L'appréciation de l'ampleur des fistules obstétricales au niveau de la région s'appuie sur les statistiques collectées au niveau des services de gynéco-obstétrique et de chirurgie du CHR de Dori.

Le tableau ci-dessus indique que la proportion des cas de consultation chirurgicale pour cause de fistule obstétricale était de 4,70% en 2009 au niveau de la région du Sahel. Cet indicateur était de 7% en 2004¹³. La Proportion de nouvelle fistule obstétricale sur la période allant de janvier 2008 à décembre 2009 est estimée à 1,5% sur l'ensemble des consultations enregistrées dans les services de chirurgie et de gynéco-obstétrique.

Les niveaux de base et la cible de ces indicateurs ne sont pas toujours précisés. Ce qui ne permet pas d'apprécier objectivement les progrès.

4.2.3 Produits 3 : *les femmes, les adolescentes, les jeunes, et les hommes de la région du sahel ont une plus grande capacité à satisfaire à leurs besoins en SR et une attitude plus positive sur l'accouchement assisté, la prise en charge des fistules et l'abandon du mariage précoce.*

Les indicateurs du produit 3 sont des indicateurs d'impact. La mesure de ces indicateurs n'a pas été prise en compte dans la présente évaluation. Il s'avère nécessaire d'envisager une étude d'impact au cours de l'évaluation finale.

¹³ UNFPA ; Requête de financement, décembre 2007

V. ANALYSE DU SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION

Pour assurer le suivi-évaluation du projet, plusieurs mécanismes ont été mis en place notamment les réunions trimestrielles de coordination au niveau régional, les réunions semestrielles de la composante SR au niveau central, les rapports d'activités techniques et financiers, les visites de terrain, les missions spécifiques et conjointes.

5.1. Les cadres de concertation

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet, des rencontres ont été instituées pour assurer le suivi de l'état d'avancement des activités, examiner les plans de travail, identifier les difficultés et proposer des solutions. Ce sont, entre autres :

- les réunions trimestrielles de suivi des plans de travail :
- les réunions semestrielles de coordination de la composante SR du programme,
- les réunions de coordination de la mise en œuvre du projet auxquelles participent les structures telles que l'UNFPA, la DGCoop, DSF, DRS, FCI, CHR, DHPES.

L'évaluation a constaté une irrégularité de la tenue des rencontres de concertation au niveau régional. En effet, si au niveau central, les mécanismes de suivi et de contrôle ont été effectifs et réguliers, cela n'a pas été le cas au niveau régional en raison de l'insuffisance d'appropriation du projet par la direction technique du projet qui est chargée du management général de l'intervention. Depuis le démarrage du projet, seulement trois réunions de coordination ont pu se tenir.

Vu l'importance de ces rencontres au cours desquelles d'importantes décisions sont prises, le respect de la régularité de ces cadres de concertation s'avèrent nécessaire.

En plus de ces rencontres, les activités du projet sont suivies à travers les réunions statutaires au niveau de la DRS (Conseil technique régionale de santé et les Conseils de santé de district).

5.2. Les rapports d'activités techniques et financiers

Pour capitaliser les actions du projet, des rapports techniques et financiers sont produits par tous les acteurs dont la périodicité dépend des niveaux d'intervention. On note qu'au niveau régional, il n'existe pas de système de rapportage qui centralise les informations des activités de l'ensemble des acteurs sur une période donnée (par exemple trimestriel ou annuel). Cela engendre des difficultés dans le suivi du niveau de réalisation des activités et des indicateurs.

Les rapports d'avancement du projet qui devraient servir de document de base pour les revues annuelles du projet n'ont pas été disponibles.

5.3. Le suivi/supervision des activités

Le suivi des activités au niveau des FS s'intègre dans le dispositif existant au niveau de la DRS et des districts sanitaires. Il s'agit des supervisions trimestrielles intégrées des districts vers les CSPS et les supervisions semestrielles de la DRS vers les districts sanitaires.

En outre dans le cadre du suivi de la gestion budgétaire, des sorties de supervision sont réalisées trimestriellement par la DGCoop ainsi que par le projet (sortie bimensuelle du gestionnaire).

Les sorties conjointes de l'ensemble des acteurs sont aussi des mécanismes de contrôle et de supervision du projet. Cependant, une sortie de suivi sur les deux prévues a été effectuée.

Au niveau communautaire, le suivi des activités se fait trimestriellement de FCI vers les associations.

5.4. Les évaluations

Pour rendre compte de l'état d'avancement du projet, la disponibilité des statistiques sont nécessaires. En effet, un certain nombre d'évaluation avait été prévu dans la requête de financement, notamment les enquêtes de base, l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale. L'enquête de base n'a pas été effectuée et la présente évaluation à mi-parcours a connu un retard dans la réalisation, car initialement planifiée en 2009. Aussi, dans le cadre logique, on constate que le niveau de base de certains indicateurs à renseigner n'est pas précisé, ce qui ne permet pas d'apprécier leur progrès. L'enquête d'impact devrait être envisagée au cours de l'évaluation finale du FPO.

VI. ANALYSE DES RESSOURCES FINANCIERES

En plus de l'analyse sur le plan technique, l'évaluation s'est aussi intéressée aux ressources financières en vue d'apprécier leur disponibilité et le taux d'absorption.

6.1. Analyse de la répartition des ressources du projet

Le PFO a été mis en œuvre grâce à la participation financière du Grand Duché de Luxembourg, des services techniques déconcentrés de l'Etat et des populations locales bénéficiaires.

Le budget du projet a été exécuté selon le canevas de décaissement ou d'avance de fonds de l'UNFPA qui contient les rubriques budgétaires retenues. La répartition des ressources budgétaires par activité sont consignées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11: Etat de répartition du budget en CFA

Produits	An 1	An 2	An 3	Total	%
Produit-1 : L'offre de service de prise en charge (traitement et réinsertion sociale) des femmes victimes de fistule est accrue dans la région du Sahel	223 500 000	79 000 000	74 000 000	376 500 000	19
Produit-2 : L'offre de service de planification familiale, soins obstétricaux essentiels et d'urgence des populations démunies est accrue dans la région du Sahel.	611 795 000	108 300 000	63 210 000	783 305 000	40
PRODUITS 3 : Les femmes, les adolescentes, les jeunes, et les hommes de la région du Sahel ont une plus grande capacité à satisfaire à leurs besoins en SR et une attitude plus positive sur l'accouchement assisté, la prise en charge des fistules et l'abandon du mariage précoce.	181 000 000	71 700 000	60 400 000	313 100 000	16
Gestion coordination suivi évaluation	166 240 000	99 890 000	104 440 000	363 570 000	19
Total	1 182 535 000	358 890 000	302 050 000	1 836 475 000	93
Assurer les frais administratifs	82 777 450	25 122 300	21 143 500	128 553 250	7
Grand total	1 265 312 450	384 012 300	323 193 500	1 965 028 250	100

Source : UNFPA ; Requête de financement

Dans l'ensemble, l'affectation des ressources financières répond bien aux objectifs et priorités du projet ainsi qu'à l'importance des activités : 19% du budget a été consacré au produit 1 contre 40% pour le produit 2 ; 16% pour le produit 3.

Les 40% consacrés au produit 2 se justifient par l'importance de la réalisation des activités identifiées dans le changement de comportement de la population en matière de SR et, réalisé devrait avoir un impact significatif sur la baisse du taux de fistules obstétricales dans la région.

19% du budget ont également été octroyés «à la gestion, à la coordination et au suivi» : Ce pourcentage est pertinent car ce volet est le nerf sensible de tout le processus. Son échec peut avoir des répercussions sur l'atteinte des résultats.

6.2. Etat de l'exécution financière

6.2.1. Mode de déblocage des fonds

Le projet dispose d'une requête de financement en date de décembre 2007, d'un plan de travail sur 3 ans (2008-2010) et d'un budget estimatif à 1 965 028 250FCFA, soit 3 000 043 Euros.

Ce plan triennal constitue la base à partir de laquelle les plans annuels sont tirés. Les plans trimestriels d'activités sont élaborés ensuite sur la base du plan annuel.

Le déblocage des fonds se fait trimestriellement et suivant deux principes :

- L'approbation du rapport d'activités et le rapport financier qui fait l'état de la mise en œuvre et la justification de l'utilisation des ressources à hauteur de 80% ;
- La validation du plan trimestriel de travail, objet de financement.

C'est le mode de financement direct qui a été appliqué dans le cadre de ce projet à travers le virement bancaire dans des comptes spécifiques PFO.

Dans les faits, ce mode permet d'assurer une gestion rigoureuse et efficace des ressources, mais des difficultés ont été notées surtout au niveau communautaire. Celles-ci portent sur la tenue des pièces justificatives.

6.2.2. Etat de l'exécution financière

Dans la mise en œuvre du PFO, chaque intervenant (DRS, FCI, DHPES, DSF) élabore son PTA et le soumet à l'UNFPA pour financement via la DGCOOP. Le tableau ci-dessous fait le point des ressources mises à la disposition des acteurs et des dépenses réalisées entre 2008 et le premier trimestre 2010.

Tableau 12: Situation des allocations budgétaires et des dépenses réalisées par acteur de 2008 à T1 2010

Acteur	Total des sommes reçues	Total dépensé jusqu'à T1 2010	Taux d'absorption en T1 2010
DRS Sahel	216 677 305	138 202 153	63,78%
FCI	177 353 536	97 117 674	54,76%
DSF	21 743 724	21 428 257	98,55%
DHPES	24 698 650	23 070 150	93,41%
Total	440 473 215	279 818 234	63,53%

Source : DG COOP

L'analyse montre que sur un montant total de 440 473 215 F FCA mis à la disposition des intervenants depuis le début du projet jusqu'au premier trimestre de l'année 2010, la somme de 279 818 234 FCFA a été dépensée. Le taux d'absorption global des sommes débloquées reste faible (63,53%). Les niveaux d'absorptions sont relevés au niveau de FCI (54,76%) et de la DRS du Sahel. Ces deux acteurs sont celles qui ont en charge le plus grand nombre des activités du PFO.

Il ressort des entretiens que le taux d'exécution financière global du PFO y compris les dépenses réalisées directement par l'UNFPA est d'environ 30%. Les documents mis à la disposition de l'équipe n'ont pas permis de vérifier ces informations.

VII. ACQUIS/FORCES, CONTRAINTES/ DIFFICULTES

L'efficience du projet se mesure à travers les acquis et les forces, mais aussi par la mise en exergue des contraintes et des difficultés en vue d'apporter des éléments de correction pour une meilleure performance.

7.1. Les acquis /forces

D'une façon générale, l'environnement politique international et national est favorable à la lutte contre les FO.

De façon spécifique, l'évaluation a relevé les acquis et les forces suivants :

7.1.1. Au niveau des structures sanitaires :

- Le renforcement effectif des capacités des structures de santé en matière de prise en charge des SONU ;
- L'effectivité de l'offre de service de SONU au niveau de la quasi-totalité des CSPS, des CMA et du CHR ;
- Le renforcement des capacités du CHR de Dori dans le domaine de la prise en charge des cas de fistules obstétricales (disponibilité d'un chirurgien spécialiste en cure, formation du Gynécologue et des attachées de santé, mise à disposition de l'équipement médico-technique)
- Le renforcement des capacités des CSPS dans le domaine de l'offre de PF (médical technique, formation en PF clinique, etc.)
- La prise en compte des activités de santé maternelle communautaire dans les plans d'action des districts sanitaires ;

7.1.2. Au niveau communautaire:

- L'effectivité de l'implication des collectivités locales dans la mise en œuvre des activités du projet ;
- L'existence d'un dispositif efficace de mobilisation sociale dans la mise en œuvre du projet susceptible de changer fondamentalement l'utilisation des services de santé ;
- L'adhésion des collectivités locales au système de partage des coûts dans le district sanitaire de Sebba;
- La disponibilité de compétences endogènes (ARC, CGUO, Associations) susceptibles d'assurer la durabilité des actions;
- L'intérêt et la mobilisation de la population à lutter contre la FO
- L'engagement des populations et des leaders d'opinions dans la mise en œuvre du projet.

7.2. Contraintes/ difficultés

Si des acquis majeurs ont été enregistrés dans la mise en œuvre du PFO, des contraintes susceptibles d'influer négativement l'atteinte des résultats de l'intervention ont été relevés. Au nombre de celles-ci, on peut citer :

- Le retard accusé dans le démarrage des activités du projet ;
- La faible appropriation du projet par la direction technique du projet (DTP) ;
- La faible capacité d'accueil du CHR pour les cures de fistules, en dépit du renforcement des capacités déjà entrepris par le projet ;

- L'absence de centralisation des rapports techniques d'activités et financiers des différentes parties prenantes ;
- L'insuffisance de compétences au niveau des associations dans la gestion occasionnant souvent des retards de décaissement au niveau de FCI;
- L'insuffisance de compétences au niveau des associations dans le suivi psychosocial des femmes réparées;
- Les difficultés de déplacement pour le suivi des activités au niveau communautaire par les associations;
- La lenteur de la mise en œuvre du processus au niveau communautaire.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Le PFO a été jugé dans l'ensemble pertinent par les acteurs et les bénéficiaires. Il a été élaboré dans un contexte de situation sanitaire précaire caractérisé par un taux élevé de mortalité et de morbidité maternelle, de nombreux cas de FO, etc.

Au terme de cette évaluation, l'analyse montre que le projet fait appel à plusieurs stratégies axées sur l'amélioration de l'offre de services de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales. Une place de choix est accordée aux activités d'éveil de conscience et de mobilisation sociale des populations du Sahel pour l'adoption de comportements favorables à la prévention des fistules obstétricales et la réduction des mortalités maternelles et néo natales. L'effectivité de l'implication des collectivités locales dans la mise en œuvre des activités du projet et l'existence d'un dispositif efficace de mobilisation sociale susceptible de changer fondamentalement l'utilisation des services de santé sont entre autres des dispositions visant à assurer la durabilité du projet.

Par ailleurs, l'évaluation a fait ressortir l'existence d'un dispositif performant de suivi évaluation qui a connu des difficultés caractérisées entre autres par la non régularité des cadres de concertation au niveau régional, l'absence d'une base de données.

Au niveau de la performance globale des indicateurs de progrès au niveau sanitaire, l'examen des indicateurs de suivi de la mise en œuvre du processus révèle une situation relativement satisfaisant. En effet, on note des acquis en termes d'amélioration des indicateurs de prévalence contraceptive, de surveillance de la grossesse, et de l'accouchement assisté. Mais, les efforts de couverture en CPN ne sont pas suivis par une amélioration sensible de la couverture en césariennes pouvant permettre de contribuer à une réduction de la mortalité maternelle.

Pour ce qui est de la mortalité maternelle, on observe de façon générale, une baisse significative du taux de mortalité maternelle au niveau de chacun des quatre districts sanitaires de la région, sans doute du fait de l'amélioration sensible de l'offre des services de santé maternelle et infantile, notamment les CPN et l'assistance à l'accouchement par du personnel qualifié. Dans l'ensemble de la région du Sahel, le taux de mortalité maternelle est passé de 506,1 à 266,22 décès sur 100.000 parturientes entre 2007 et 2009. La cible du projet pour 2010 qui est de 290 décès pour 100.000 parturientes est atteinte depuis fin 2009 si on considère la moyenne régionale.

Cependant pour l'ensemble de ces indicateurs, on note une grande disparité des niveaux de performance entre district sanitaire.

Le projet présente des acquis avec un niveau global de mise en œuvre à améliorer (45% des activités du projet restent à réaliser à 6 mois de la fin du projet ; avec un taux d'absorption financier d'environ 30%).

Bien que des résultats soient enregistrés dans la mise œuvre du projet, certaines contraintes ont beaucoup limité le niveau de performance des progrès d'ensemble. Parmi les plus importantes figurent :

- la faible appropriation du projet par la direction technique du projet (DTP) ;
- la faible capacité d'accueil du CHR pour les cures de fistules, en dépit du renforcement des capacités déjà entrepris par le projet ;
- l'absence de centralisation des rapports techniques d'activités et financiers des différentes parties prenantes ;
- l'insuffisance de compétences au niveau des associations dans la gestion occasionnant souvent des retards de décaissement;
- le manque de moyens de déplacement pour le suivi des activités au niveau communautaire par les associations;

Recommandations

A la lumière des résultats de cette évaluation et en vue d'optimiser l'impact des interventions du projet, les recommandations sont formulées en direction des différentes parties prenantes :

Recommandations générales

- ⇒ Pour permettre le déblocage des ressources financières à temps, les parties prenantes devraient travailler à respecter les délais d'envoi des rapports et des pièces justificatives ;
- ⇒ Toutes les parties prenantes devraient maîtriser leurs rôles et responsabilités et respecter les termes des conventions d'avec le projet pour la bonne marche des activités ;
- ⇒ Toutes les parties prenantes devraient travailler à améliorer le mécanisme de circulation de l'information et de communication ;
- ⇒ Toutes les parties devraient transmettre régulièrement des copies de leur PTA, rapports techniques et financiers au niveau de la DTP afin de faciliter la compilation pour la documentation du projet ;
- ⇒ Harmoniser la production des outils de sensibilisation au niveau communautaire ;
- ⇒ Le projet doit étudier la possibilité de prendre en charge les cas de prolapsus.

Recommandations adressées à l'UNFPA

- ⇒ Au regard du nombre important d'activités qui restent à réaliser, il est nécessaire de prolonger la durée du projet jusqu'en 2012 ;
- ⇒ Appuyer le gouvernement en matière de recherche de financement afin que le projet puisse se poursuivre au delà de 2010.

Recommandations adressées à la DRS

- ⇒ Accélérer les procédures d'aménagement du centre d'accueil des femmes victimes de PFO afin d'améliorer leurs conditions de séjour pendant les périodes pré et post hospitalisation ;
- ⇒ Améliorer le mécanisme de communication entre les différents acteurs pour une meilleure capitalisation des acquis du projet ;
- ⇒ Accélérer les procédures de réhabilitation /construction du bloc opératoire du CHR de Dori afin de fluidifier la PEC des FO. Le bloc actuel sert à la PEC de toutes les pathologies y compris les FO, ce qui occasionne souvent une longue file d'attente;
- ⇒ Suivre de manière rapprochée la clinique médico-chirurgicale de Djibo pour la cure de la fistule obstétricale ;
- ⇒ Envisager l'étude d'impact au cours de l'évaluation finale.
- ⇒ Entre janvier 2007 et mars 2010, les services de maternité de la région sanitaire du Sahel ont enregistré parmi les complications de l'accouchement, 123 cas de prolapsus utérins.

Au regard de l'ampleur élevée de cette complication obstétricale au niveau de la région, il est souhaitable que sa prise en charge soit également subventionnée par le PFO. Cela permettra d'améliorer l'identification des femmes souffrant de cette pathologie à l'instar des FO.

Recommandations adressées à FCI

- ⇒ Accélérer le processus de mise en œuvre des activités de plaidoyer afin qu'elle puisse avoir un impact sur la durabilité des acquis du projet.
- ⇒ Renforcer les cadres de concertation entre FCI et les associations partenaires qui peuvent servir de tremplin pour les partages d'expériences.
- ⇒ Renforcer les capacités des associations en matériel de travail (Kits, moyens de déplacement, matériel audio) pour leur permettre de jouer efficacement leur rôle sur le terrain.
- ⇒ Renforcer la présence effective au niveau de la région pour un meilleur suivi des activités de terrain (équipe de coordination locale) ;
- ⇒ Accélérer le processus de mise en place des comités de sages ;
- ⇒ Finaliser la formation des ARC, des GCUO, des comités de sages et leur doter de kits pour leur permettre de mener à bien leurs activités.

PROPOSITION DE PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS

N°	Recommandations	Responsable de la mise en œuvre	Partenaires impliqués	Date de début de mise en œuvre
1	Respecter les délais d'envoi des rapports et des pièces justificatives	DSF, DHPES, DRS, FCI	Associations DS	T3 2010
2	Maitriser leurs rôles et responsabilités et respecter les termes des conventions signés dans le cadre du projet	DHPES, DRS, FCI	Associations	T3 2010
3	Travailler à améliorer le mécanisme de circulation de l'information et de communication	DRS/Sahel	DSF	T3 2010
4	Transmettre régulièrement une copie des PTA, des rapports techniques et financiers au niveau de la DTP afin de faciliter la documentation du projet.	DRS/Sahel	FCI, DHPES	T3 2010
5	Prolonger la durée du projet jusqu'en 2012 pour permettre d'atteindre les indicateurs	UNFPA	DSF, DRS/Sahel	T4 2010
6	Appuyer le gouvernement en matière de recherche de financement afin que le projet puisse se poursuivre au delà de 2010.	UNFPA	DSF, DRS/Sahel	T3 2010
7	Accélérer les procédures d'aménagement du centre d'accueil des femmes victimes de PFO afin d'améliorer leurs conditions de séjour pendant les périodes pré et post hospitalisation	DRS/Sahel	CHR, UNFPA	T3 2010
8	Améliorer le mécanisme de communication entre les différents acteurs pour une meilleure capitalisation des acquis du projet.	DRS/Sahel	UNFPA, FCI, DHPES, Associations	T3 2010
9	Suivre de manière rapprochée la clinique médico-chirurgicale de Djibo pour la cure de la fistule obstétricale.	DRS/Sahel	CHR, Centre Eliote	T4 2010
	Subventionné les cas de prolapsus utérin	DRS/Sahel	UNFPA, CHR,	T4 2010
10	Accélérer le processus de mise en œuvre des activités de plaidoyer afin qu'elle puisse avoir un impact sur la durabilité des acquis du projet.	DRS/Sahel	FCI, DS, Associations	T3 2010
11	Renforcer les cadres de concertation entre FCI et les associations partenaires qui peuvent servir de tremplin pour les partages d'expériences.	FCI	Associations	T3 2010
12	Renforcer les capacités des associations en matériel de travail (Kits, moyens de déplacement adéquat, audio)	FCI	DRS	T3 2010
13	Renforcer sa présence effective au niveau de la région pour un meilleur suivi des activités de terrain (équipe locale de coordination).	FCI	DRS	T3 2010
14	Harmoniser avec la DHPES la production des outils de sensibilisation au niveau communautaire.	FCI, DHPES	Associations	T3 2010
15	Accélérer la réhabilitation du bloc opératoire du CHR de Dori	DRS, CHR Dori	UNFPA	T3 2010
16	Prendre en charge les cas de prolapsus	DRS	UNFPA	T3 2010
17	Envisager l'étude d'impact au cours de l'évaluation finale	DRS	UNFPA	T3 2010

PARTIE 2 : RESULTATS DU VOLET SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE

I. METHODOLOGIE

L'approche qualitative a été utilisée dans le cadre de cette étude socio anthropologique. Elle a permis de mieux appréhender les perceptions des problèmes de SR, les connaissances sur les fistules obstétricales, les croyances et représentations sociales des fistules dans la communauté.

1.1. Population cible et sites d'enquête

L'enquête a concerné les quatre districts sanitaires et réalisée sur la base d'un échantillon raisonné. En effet, dans chaque district sanitaire, deux sites ont été retenus en tenant compte de la présence ou non d'une formation sanitaire. Le tableau ci-dessous présente les sites concernés :

Tableau 13 : sites de collecte des données

Districts sanitaires	Villages échantillonnés	
	Site avec FS	Site sans FS
Djibo	Djibo	Gaskindé
Dori	Dori	Yakouta
Gorom	Oursi	Set Séré
Sebba	Mansila	Kodjengou

Compte tenu des difficultés à identifier certains groupes cibles notamment les femmes victimes de fistules ainsi que leur mari, d'autres sites ont fait l'objet de collecte des données. Il s'agit de :

- Boulli Oulsouna dans l'aire sanitaire de Oursi
- Banni, Djigo dans le district sanitaire de Dori
- Bougué dans le district sanitaire de Djibo

Les populations cibles étaient composées des hommes, des femmes en âge de procréer, des femmes victimes de fistules, de leurs conjoints, des agents de santé et des personnes ressources au niveau communautaire et au niveau des services techniques.

Au total, 81 entretiens individuels approfondis et récits de vie ont été réalisés (cf tableau ci-dessous).

Tableau 14: Répartition des entretiens individuels approfondis et récits de vie par groupe cible et par site

Entretiens individuels et récits de vie par district et par cible	Djibo		Dori		Gorom		Sebba		Total
	Djibo	Gaskindé	Dori	Yakouta	Oursi	Set Séré	Mansila	Kodjengou	
Femmes victimes de fistules	5	1	4	4	2	2	2	0	20
Maris des femmes souffrant de fistules	2	1	0	1	0	0	1	1	6
Services techniques	2	0	2	2	3	2	2	2	15
Associations	2	0	2	1	1	1	2	0	9
Leaders d'opinion	3	2	2	3	2	2	2	1	17
Agents de santé	2	0	2	0	1	0	1	0	6
guérisseurs traditionnels	2	0	1	1	1	1	1	1	8
Total entretiens individuels	18	4	13	12	10	8	11	5	81

Un formulaire de consentement pour participer au focus ou à l'entretien individuel a été soumis aux participants à l'avance qui ont marqué leur accord par une signature.

Les focus groups ont été réalisés avec des hommes et des femmes. Des groupes homogènes de 6 à 12 personnes ont été constitués en tenant compte de la variable âge.

La stratification de l'âge chez les hommes a tenu compte des groupes d'âge de 18 à 24 ans et le groupe de plus de 24 ans. Chez les femmes, les tranches d'âge de 15 à 24 ans et plus de 24 ans ont été considérées. Au total, 32 focus ont été réalisés (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 15: répartition des focus groups réalisés

focus groupes réalisés par district et par cible	Djibo		Dori		Gorom		Sebba		Total
	Djibo	Gaskindé	Dori	Yakouta	Oursi	Set Séré	Mansila	Kodjengou	
<i>Catégories de personnes</i>									
Hommes de 18-24 ans	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Hommes de plus 24 ans	1	1	1	1	1	1	1	1	8
femmes de 15-24 ans	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Femmes de plus de 24 ans	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Total	4	32							

1.2. Les ressources humaines

Afin de bien mener cette opération de collecte des données, 12 enquêteurs et 4 contrôleurs ont été recrutés. Ceux-ci avaient un niveau de formation universitaire et étaient pour la plupart des diplômés en sciences sociales. Une formation de 3 jours a permis à l'équipe d'enquêteurs de se familiariser avec les objectifs de l'étude, la méthodologie de l'enquête, les techniques et les outils de collecte des données.

1.3. Collecte, saisie et exploitation des données

La collecte des données s'est effectuée du 28 mai au 12 juin 2010. Dans chaque localité, les enquêteurs ont travaillé en collaboration avec des guides locaux qui les ont aidés à identifier les cibles concernées et à mobiliser la population pour les focus groups et les entretiens individuels.

Ces entretiens ont été enregistrés et transcrits. Les données ont été saisies et traitées manuellement selon l'analyse croisée par contenu.

1.4. Difficultés de l'étude

La difficulté majeure rencontrée au cours de la collecte des données se rapporte à la non disponibilité de certains groupes cibles notamment les maris des femmes victimes de fistules. Cela s'explique par le fait que la plupart des FVF sont chassées du foyer et elles retournent vivre dans leur famille d'origine (14/20). En outre il a été difficile de trouver au niveau de chaque site deux catégories de FVF en l'occurrence les *FVF non prises en charge et celles qui refusent d'être prises en charge*.

II. REPRESENTATIONS SOCIALES EN MATIERE DE FISTULES OBSTETRIQUES

Les investigations menées tant au sein des communautés que des formations sanitaires dans les régions concernées ont permis d'appréhender la représentation sociale construite autour des fistules obstétricales dans la zone de l'étude. Ainsi ont été étudiés les perceptions, attitudes et comportements des populations et celle des agents de santé à propos de la maladie.

2.1. Au niveau communautaire

Dans la région du sahel, tout système de représentation de la maladie d'une manière générale tient compte de Dieu. Les causes des maladies peuvent être aussi liées à l'action humaine, voulue par un tiers, ayant une responsabilité consciente et méchante envers une autre personne. Les fistules obstétricales maladie de l'incontinence urinaire et/ou fécale ne dérobent pas de cette règle.

En effet, sans dénomination précise au niveau des dialectes locales, la fistule est perçue par la totalité des enquêtés comme une défaillance ou une anomalie au niveau de l'Homme, à l'instar de la malvoyance ou de toute maladie handicapante. « *Ce sont des choses qui arrivent et on doit faire avec, tout comme le Sida est venue on ne sait où ! Cela fait partie des cotés sombres de la vie pour un homme, comme il en existe chez tout être* » leader communautaire.

Du fait que l'anomalie se situe au niveau de l'intimité de la femme, plusieurs autres personnes relèvent que celle-ci en est victime à cause du non respect des mœurs. En effet, les femmes ayant participé aux focus relèvent que la fistule est l'une des conséquences de l'infidélité des femmes à leur mari, comme le dit cette citation: « *C'est parce qu'elles ont trompé leur mari qu'on les a piégées, car il existe des pratiques traditionnelles mystiques et réprimandes dont la femme peut être victime en cas de faute grave* » femme, focus group Djibo

La perception de la fistule obstétricale est très négative au niveau de la plupart des enquêtés. La femme est souvent tenue pour responsable de la maladie. En être victime est synonyme de mort sociale comme le relève cette femme dans la province de l'Oudalan : « *Pour une femme victime de fistules, premièrement, elle ne pourra plus faire grande chose pour elle-même, deuxièmement, son mari va la fuir ; troisièmement elle ne pourra plus accoucher ; quatrièmement, elle ne peut plus travailler d'elle-même et ne sera plus avec ses copines. Donc elle perd tout* » ; femme mariée, focus group, Set Sere.

« *La fistule est due au fait que les femmes enceintes consomment le sucre non préparé (cru). Par exemple la consommation du sucre dans le « gapal » (boisson locale). Il y a aussi le maggi « jumbo » que les femmes consomment beaucoup. Auparavant le sucre et le cube maggi jumbo n'existaient pas et donc on ne connaissait pas ces maladies. Je pense que cette maladie est liée à la consommation de ces produits. Ce sont des produits de blancs, eux savent comment faire le dosage, mais nous les noirs il y'a un excès en toute chose* » guérisseur traditionnel, Gaskindi, Soum

« *Les fistules sont dues aux avortements clandestins répétés qui laissent des infections et des lésions sur les organes génitaux de la femme* » Jeune de Djibo, 31 ans, Célibataire.

2.2. Au niveau des agents de santé

Des investigations menées au cours de la collecte des données, il ressort que tous les agents de santé ont entendu parler de la fistule.

« Il y a les infections qui peuvent être la cause d'une fistule parce qu'il y a une obstruction des voies génitales de la femme. Quand c'est de façon chronique, ça peut fragiliser les organes, comme la vessie et le rectum (...). A la maison, elle accouche avec force, avec parfois des compressions utérines, l'enfant va peut-être sortir avec fracas, alors que cette femme était destinée à une césarienne. Le travail mal conduit, les accouchements prolongés, la non assistance qualifiée sont les causes des fistules».

On peut dire que cette connaissance sur la fistule est occasionnée par les activités du PFO dans la région du sahel et tranche avec le niveau de connaissance des fistules par les agents de santé relevé au cours des études antérieurs (DSF : *Etude socio anthropologique sur la fistule obstétricale dans les régions de l'Est, du Centre Est et du Sahel au Burkina Faso, Ouagadougou 2004*), où 17% des ICP interviewés dans les CSPS de la zone d'étude ignorent ce qu'est une fistule obstétricale. Les agents de santé ont été formés sur les FO au début du projet.

La fistule obstétricale est perçue au niveau des agents de santé comme une maladie courante de santé publique qui nécessite une prise en charge adéquate à l'instar des autres maladies.

En fonction de la gravité de la maladie, certaines personnes pensent à une fatalité que vivent les femmes victimes de fistules. *« Quelques femmes présentent un diagnostic assez compliqué qu'il est très difficile de guérir complètement. Ces femmes ont subi des interventions une à deux fois mais relèvent toujours des anomalies. Dans ce cas de figure, en Afrique on pourrait penser à une fatalité installée même si les causes sont connues »* agent de santé Oudalan.

On retient que les populations de zones enquêtées ont une représentation peu favorable des fistules obstétricales qui incriminent les femmes victimes de fistules comme étant la seule responsables de sa maladie. Ces perceptions témoignent de l'existence de préjugés défavorables à la mise en œuvre des actions contre cette maladie. D'où la nécessité de renforcer les connaissances des populations sur les causes des FO.

III. VECU DE LA MALADIE CHEZ LES FEMMES VICTIMES DE FISTULES

Ce paragraphe traite des circonstances de la survenue de la maladie, mais aussi, de la perception de la maladie chez les femmes, de leur mode de vie actuelle, des attitudes et comportements de la communauté à l'endroit des femmes victimes de fistules. Cette analyse repose sur les informations données par les populations elles-mêmes, mais surtout sur les récits de vie des femmes victimes de fistules.

3.1. Circonstances de la survenue de la fistule

3.1.1. La méconnaissance du risque et l'incohérence de culture (des pratiques socioculturelles favorables à la survenue de la FO)

A la lumière des informations recueillies auprès des enquêtés, la survenue des fistules s'explique en partie par les habitudes des populations de région. Les populations se réfèrent à un référentiel de principes et de valeurs rétrogrades où chez la femme, on met en relief, sa capacité à observer l'intimité et sa bravoure à supporter le mal. De l'avis de certaines enquêtées ce mal résulte des mariages précoces, des accouchements non assistés. *« Il y a un problème de pratiques et de valeurs ici. Plus on se marie tôt, plus on a de la valeur ; ce qui occasionne des mariages à 11 ou 12 ans. Ensuite, l'accouchement se fait à domicile où la femme doit démontrer des comportements de bravoure : accoucher sans pleurs, sans cris, si bien que les femmes ne fréquentent pas automatiquement les services de maternité aussi proches soient-elles. Heureusement que de nos jours, les habitudes changent »* agent de santé, DS de Dori.

« Dans la considération traditionnelle, quand il s'agit de la première grossesse, la femme doit accoucher toute seule. En effet, dès la première grossesse elle ne reste pas chez son mari. Elle repart chez sa maman. Elle doit accoucher là-bas toute seule dans la case. Cela est considéré comme preuve de bravoure » agente de santé, Djibo.

De l'avis de plusieurs enquêtés, il est de coutume que les femmes hésitent à aller dans les services de maternités par honte ou pour simple observation de la pudeur. Une femme de Djibo province de l'Oudalan explique :

« Pendant la grossesse, je sentais beaucoup de douleurs, souvent au niveau du cœur. On me disait que c'est normal, et cela semblait me rassurer. Mais je constatais que les douleurs s'aggravaient. On ne m'amenait toujours pas au dispensaire. J'ai fait 6 jours de travail. C'était des douleurs terribles. Mes parents ont vu que je ne tenais plus ; ils ont voulu m'amener dans un village où il y a un centre de santé, mais les parents de mon mari se sont opposés. Pour eux, il n'était pas question que leur femme parte accoucher devant les étrangers. Ils disent qu'au dispensaire, les infirmiers n'acceptent pas que les parents de la femme assistent à l'accouchement ; que la femme est seule avec l'agent de santé, ce qui est inacceptable. J'ai fait donc 6 jours de travail dans la brousse, sans aide », récit de vie, FVF, 27 ans, opérée 2 fois et guérie, Djibo.

Dans la région, certaines pratiques socioculturelles liées à la gestion de la grossesse et à l'accouchement favorisant la survenue de la FO persistent toujours. Les actions de sensibilisation pour le changement de comportement doivent mettre l'accent sur ces pratiques néfastes. L'accent doit être mis sur les personnes qui décident de la gestion de la grossesse et des accouchements notamment les belles-mères et les femmes âgées.

3.1.2. Le manque de suivi médical

La non fréquentation des services de maternité est une des causes de la survenue des fistules. En effet, au cours des récits de vie, plus de la moitié des femmes affirment n'avoir pas fréquenté les services de santé pour la CPN et disent avoir accouché sans assistance médicale appropriée (à domicile ou en brousse). *« L'accouchement n'a pas été assisté. Pendant le travail était devenu difficile les hommes ont proposé de m'envoyer à l'hôpital, mais ici au « Djelgodji » quand il s'agit de problème de maternité, ce sont les vieilles femmes qui décident. Ce sont les vieilles femmes qui ont dit d'attendre que le moment n'est pas encore arrivé. C'est ainsi qu'un jour je suis sorti hors du domicile familial et c'est en pleine brousse que j'ai accouché »*

D'autres enquêtés estiment que la survenue de la fistule n'est pas seulement due aux mariages précoces. Elles fustigent l'éloignement de centres de santé, comme le témoigne un enquêté en ces termes : *« Nos femmes ici ne consultent pas quand elles sont enceintes à cause de l'éloignement des centres de santé, le centre de santé le plus proche de notre village est à 10kms environ »*. Jeune de Djibo, 20 ans et célibataire.

On note de ce fait une certaine prédisposition à un accouchement dystocique, ce d'autant plus qu'il se déroule pour la quasi-totalité d'entre elles à domicile et sans assistance qualifiée.

3.1.3. Le recours tardif à la formation sanitaire

Parmi les 19 FVF enquêtées, 5 d'entre elles affirment avoir fréquenté les centres de santé dans le cadre du suivi de leurs grossesses. Au niveau de celles qui affirment avoir fréquenté les services de CPN, certaines disent avoir été toujours transférées en retard au moment de l'accouchement. Les transferts ne s'effectuent souvent que lorsque le risque de complication de la femme devient perceptible. En témoigne le cas de cette femme dans la localité de Oursi : *« Vraiment ce que je peux dire, c'est le fait que j'ai beaucoup duré à la maison avant d'aller à l'hôpital. D'abord, on m'a transportée avec une charrette de mon village à Oursi. Puis, de Oursi à Dori en véhicule. Donc c'est le temps que j'ai pris à domicile, et la lenteur des moyens de transport, ainsi que la mauvaise qualité des routes qui sont les facteurs qui m'ont beaucoup marqué lors de cette grossesse. Je précise que jusqu'à ce que ma grossesse arrive à terme, je n'avais pas de problème particulier, car je faisais mes pesées »* FVF 47, Bouli, Oursi, veuve, mère de 4 enfants.

De l'avis d'autres femmes, les fistules surviennent aussi en raison de l'insuffisance d'équipement des formations sanitaires. *« Nous sommes à 15 kms de Dori. Au commencement du travail, nous avons appelé l'ambulance de Dori qui malheureusement était partie à Sebba. Ses frères l'ont alors véhiculée avec la charrette. Le travail s'est alors prolongé. C'est deux semaines après son accouchement que l'incontinence est apparue »* mère de FVF, Yakouta, province du Seno.

L'inaccessibilité des services de santé associée à l'environnement socioculturel peu favorable contribuent à favoriser la survenue de la FO comme le témoigne cette femme de 20 ans.

« La fistule chez moi date d'une année et est survenue à la première grossesse. J'ai fait deux jours de travail. J'avais alors 19 ans. On est allé voir les marabouts, les femmes Sonraï, à plusieurs reprises sans succès. Je n'ai plus d'animaux à force d'en prélever pour avoir les médicaments. Maintenant, je vis seule ici avec mon oncle qui est vieux et aveugle. Mes parents sont tous morts et ce vieux s'occupe de moi. Ca ne peut qu'être ainsi, car c'est lui seul qui peut vraiment s'occuper de moi. Vivre avec cette maladie est difficile. Je ne voulais pas trop m'approcher des gens. Eux aussi le voulaient comme ça, à cause de l'odeur des urines. Je vis vais seule dans mon coin avec ma petite fille que je viens d'avoir. Je suis contente d'elle. Même si l'opération n'est pas encore finie, ca va mieux »

maintenant. Seulement, je n'arrive pas à m'accroupir pour me soulager. Avant que je ne parte pour l'opération, les urines coulaient à tout moment. Mais après l'opération, j'arrive à retenir quelques fois. Quand je suis couchée, assise ou arrêtée, les urines coulent. Quand je m'accroupis pour uriner, les urines ne viennent pas. Pour uriner je suis obligée de resté debout. Avec cette situation, je travaille le cuir, je fais des coussins de peau que je vends au marché d'Oursi. Je gagne un peu d'argent. Depuis que j'ai quitté Dori, je n'ai pas eu affaire à un homme » Récit de vie d'une FVF, Oursi, en attente d'être réparée à nouveau

3.2. Perception de la maladie chez les femmes victimes de fistules et mode de vie actuelle

3.2.1. Perception de la maladie: la malédiction, la fatalité

Maladie méconnue de la quasi-totalité des femmes, celles-ci avaient d'abord pensé à une incontinence passagère avant de se rendre compte de la persistance de l'écoulement. Cette méconnaissance est liée au fait que la plupart n'en avaient jamais entendu parler.

Face à l'écoulement permanent des urines, presque toutes les femmes avaient pensé à une malédiction. Convaincue que cette maladie est liée à un sort, la médecine moderne constitue le dernier recours de ces femmes après plusieurs échecs de la médecine traditionnelle.

« Je vis avec cette maladie depuis 9 ans. J'avais toujours pensé que l'écoulement s'arrêterait ; je suis ensuite allée voir les marabouts qui ont fini toutes mes chèvres ; et alors, je ne pensais plus pouvoir en guérir. Il m'arrivait même de penser à un sort jeté contre ma personne » femme de Djigo Bellabè, Seno.

Cette perception est identique à celles relevées au cours du focus de femmes dans la province du Soum où certaines enquêtées estiment qu'un sort pourrait être jeté à ces femmes accusées d'infidélité. Certaines femmes estiment que pour avoir refusé un prétendant, un sort de cette nature peut être jeté sur la femme en guise de vengeance.

« Elle a été piégée pour avoir trompé son mari. Il existe des pratiques traditionnelles dans ce sens sans que la personne ciblée ne s'en aperçoive. » focus, femmes Djibo.

En outre, chez plusieurs femmes dont la durée de la fistule dépasse cinq ans, leur sort relève de la fatalité.

« Tout peut arriver. Dieu a dit que ce sera ainsi pour moi ; alors que puis-je ? Vous comprenez, certaines femmes victimes de fistules sont guéries après intervention. Moi non. C'est ce que Dieu me réserve » FVF, 20 ans, Oursi.

Certaines personnes, n'arrivant pas à expliquer l'origine de leur maladie, l'attribuent aux génies de la brousse.

3.2.2. Evolution de la perception de la maladie

A la lumière des actions de sensibilisation menées par les associations, les femmes reconnaissent que les grossesses précoces, les accouchements non assistés, et le travail prolongé peuvent être à l'origine de fistules.

Toutes les femmes rencontrées reconnaissent que la survenue des fistules est liée à l'accouchement. Pour la plupart d'entre elles, l'écoulement a commencé à se produire quelques jours après l'accouchement où dans la plupart des cas, elles accouchent d'un mort-né.

La qualité des services dans les formations sanitaires est souvent remise en cause par quelques femmes. En effet, elles affirment que les fistules peuvent survenir en raison de l'insuffisance de compétences mais aussi de conscience professionnelle de certains agents de santé.

D'une manière générale, toutes les FVF interrogées sont conscientes du lien entre leur accouchement difficile et la survenue de la fistule surtout grâce aux actions de sensibilisation menées par les associations. Pour la majorité d'entre elles, cela aurait pu être évité par une meilleure prise en charge de l'accouchement ; elles pensent que quelque chose aurait pu être faite pour leur éviter ce mal, soit par leur entourage qui ne les a pas évacuées à temps vers la formation sanitaire, soit par les agents de santé.

Ces femmes pourraient être des personnes ressources pour les sensibilisations auprès des populations en vue de cultiver un environnement socioculturel favorable et positif dans le cadre de la lutte contre la fistule.

3.2.3. Mode de vie des femmes

La vie des FVF les oblige à se renfermer sur elles mêmes car les odeurs dégagées par les écoulements d'urine continus et la quête permanent de propreté les contraignent à une vie isolée. Pour la totalité de ces femmes, être victime de fistules prive de toute vie conjugale. En effet, les investigations ont montré que 14/20 des FVF rencontrées sont séparées de leurs conjoints. *« Avec la maladie, je vis toujours chez mes parents, qui seuls acceptent ma situation et prennent soin de moi. D'ailleurs dans notre ethnie c'est ainsi. Lorsqu'une maladie s'éternise, ou rend une personne invalide, c'est aux parents de prendre soin d'elle »* FVF, 24 ans Yakouta, Dori.

Ces témoignages corroborent les affirmations des personnes ayant été en contact avec des femmes victimes de fistules dans les communautés. Le signe révélateur est en premier lieu l'odeur d'urines et/ou de matière fécale accompagnant la victime, associée à une grande recherche de propreté qui se manifestent par des lessives très fréquentes.

On note cependant que chez quelques rares femmes, la vie conjugale continue comme le témoigne cette femme. *« Depuis 11 ans, je vis avec mon second mari. On a eu deux enfants bien que je sois victime de fistule. Il connaissait ma situation avant de s'engager avec moi. Je lui en ai parlé pour qu'il n'ait pas à regretter. Il faut dire que sa première épouse qui a aujourd'hui 47 ans n'a pas eu d'enfant »* FVF, 37 ans, mère de 5 enfants, vit avec sa fistule depuis 19 ans, Badnogo, Soum.

A l'apparition de la maladie, toutes les femmes rencontrées affirment avoir fait recours à un service de santé pour des soins, mais aussi pour trouver des solutions à l'écoulement.

En somme, la vie sociale est quasi inexistante à l'exception du cercle familial. Elle participe rarement aux réjouissances populaires, aux cérémonies dans les familles parentes ou voisines. Les agents de santé ayant été en contact avec des femmes victimes de fistules, décrivent aussi cette maladie comme une déchéance physique et morale progressive. La souffrance morale est donc proportionnelle à l'ampleur de la fistule, à la durée de la maladie chez la femme et aux réactions de l'entourage. Ainsi, chez certaines, l'amertume transparaît dans le discours. Elles éprouvent un sentiment d'abandon, d'injustice et d'ostracisme. Le témoignage de cette dame en est une illustration.

« C'est depuis mon premier accouchement que j'ai eu la maladie. Sinon je n'en avais jamais entendu parler. J'avais toujours pensé aller dans un centre de santé, mais je n'avais pas les moyens. Avec cette maladie, on se méfie des gens ; parce qu'ici, on est vite stigmatisé, alors, il est mieux de s'isoler. Ce sont mes frères qui ont entendu parler de Dori, et ils m'ont proposé de m'amener ici. Je vis avec eux, car mon mari s'est séparé de moi. La vie c'est ainsi. Quand ça va, il n'y a pas de

problèmes. Mais quand on souffre, on est obligé d'aller vers nos parents. C'est tous les problèmes de la vie d'une femme comme moi.

J'avais eu deux enfants mais malheureusement ils sont décédés. Avec tout ça, je n'avais plus le moral. La vie est difficile. J'aimerais après guérison retrouver mon statut de femme, c'est-à-dire avoir un mari, habiter avec lui, et si Dieu me le permet, avoir des enfants comme les autres femmes mariées », Récit de vie d'une FVF, 41 ans, en attente de réparation

3.2.4. Quelles activités pour les FVF ?

Toutes les femmes rencontrées affirment, en plus du ménage, mener quelques activités d'artisanat (fabrication de nattes, d'étoffes), de petit commerce, d'élevage et même d'orpaillage. Les activités que mènent ces femmes dépendent de la gravité de la maladie. Celles qui souffrent d'incontinence urinaire légère uniquement mènent le petit commerce.

« Si elle arrive à être propre, elle peut mener une activité comme le petit commerce. ça aussi il faut qu'elle soit très propre. Mais c'est pas facile pour une femme victime de fistule parce que pour travailler, il faut être propre et ne pas sentir d'aucune mauvaise odeur ». FVF, 21 ans, Set-Séré, Oudalan

Cette maladie à beaucoup d'inconvénients : je ne pouvais plus aller partout ; les urines coulent en permanence ; je lavais tout le temps mes habits ; je ne préparais plus, même quand je le faisais personne ne voulait manger mon repas ; même mon eau personne n'en buvait. Même si je vendais quelque chose personne n'allait acheter ». Récit de vie, FVF 29 ans, Dori.

Pour elles, en dépit de ce mal, rester coucher est passible d'un autre traitement encore plus stigmatisant. *« Je vivais dans une grande famille, et les autres femmes ne peuvent pas tout faire parce qu'on est malade. Les scènes de jalousie existent d'ailleurs chez les femmes, et il est difficile de rester sans rien faire ».*

« C'est pendant la survenue des règles que je ressens surtout des douleurs terribles. A part ça, je vaque à mes occupations quotidiennes. Je pile, je pars chercher de l'eau et du bois que j'utilise pendant l'hivernage, je prépare » FVF, 37 ans, mère de 5 enfants, vit avec sa fistule depuis 19 ans, Badnogo, Oudalan

D'une manière générale, le statut commun de ces femmes est celui caractérisé par la pauvreté ambiante bien plus que la situation de la femme en milieu rural en général. Les revenus qu'elles arrivent à mobiliser sont utilisés pour l'achat du savon. Du fait de la répulsion provoquée par la maladie, en dehors des activités d'artisanat, certaines activités telles que la vente de nourriture ont très peu de chances de réussir.

Même en période post opératoire, toutes les femmes affirment ne pas travailler, et pensent suivre avec rigueur les consignes du médecin comme le témoignent celles-ci.

« Vraiment, nous avons des préoccupations : on nous a soignées, on est guéries, mais à cause de l'intervention, on ne peut plus travailler comme avant (on ne pile pas, on ne puise plus de l'eau), sauf si ce n'est avec l'aide d'autrui ».

« Sincèrement, je ne travaille pas, après une opération, même après une bonne guérison, personne ne peut avoir la forme comme avant. Donc je ne mène aucune activité. Je vis en famille, et je m'occupe des 3 chèvres que l'association « cellal Rewbé » m'avait permis d'acheter pour l'embouche avec une somme de 75.000 » FVF, 47 ans, Oursi.

3.3. Attitudes et comportements de la communauté à l'endroit des femmes victimes de fistules

D'une manière générale, la survenue de la fistule engendre des difficultés de vie en couple pour beaucoup de femmes, entraînant souvent des séparations. Au départ, des tentatives de soins existent, mais lassées de trouver des remèdes et désespérées de toute guérison, le conjoint et la belle-famille les abandonnent à elles-mêmes.

Au sein du foyer, cette maltraitance prend des formes très diverses, attitudes qui se traduisent par un manque notable de considération de la part du mari et de sa famille envers la femme victime de fistules. Dans les familles polygames, la vie de la FVF apparaît plus difficile, parce qu'elle ne peut plus faire face aux scènes de jalousie des coépouses.

« Au début, mon mari m'aimait beaucoup, mais

après, il se cherchait. Je ne l'en veux pas. Autant c'était difficile pour moi, autant il souffrait des réactions de ses parents mais aussi de me voir mécontente. J'ai alors demandé à rejoindre mes parents, et c'est plus tard que lui-même décède » FVF, veuve, 47 ans, Oursi.

« Certains personnes me fuyaient ou ne me parlaient même pas. D'autres pensaient que la fistule était contagieuse » FVF, 28 ans, Commerçante, Dori

« C'est à cause de cette maladie que je lui ai demandé de repartir chez ses parents. Il n'y a jamais eu de mésententes entre nous et on s'aime bien. Mais, je pense qu'à cause de la maladie nous ne pouvons plus entretenir des relations conjugales, c'est mieux qu'elle reste dans sa famille ». Ex mari de FVF, Djibo

Il existe cependant quelques exceptions, où les conjoints accordent beaucoup d'attention à leur femme comme le souligne cette enquêtée de 47 ans dans la province de l'Oudalan.

« Avant que ça ne m'arrive, je ne connaissais pas cette maladie. C'est 3 semaines après mon premier accouchement que je me suis vraiment rendue compte de la maladie. Mon mari et moi avons cherché des médicaments auprès des tradipraticiens.

Je partais également au dispensaire. On me donnait des comprimés et souvent, on me faisait des piqûres. Mais ça n'allait toujours pas. C'est avec la maladie que j'ai eu les quatre autres enfants. C'est pendant la survenue des règles que je ressens surtout des douleurs terribles. A part ça, je vaquais à mes occupations quotidiennes. Je pile, je pars chercher de l'eau et du bois, je prépare.

Moi, quand j'avais la maladie, je ne partais pas aux baptêmes, mariages si ce n'est pas dans ma propre famille. Je me contente de donner ma contribution en nature ou en espèce. J'ai peur de recommencer ma vie sexuelle car je ne sais pas ce qui peut m'arriver. J'attends que les gens du projet nous disent quelque chose par rapport à ça. Mais si mon mari était d'accord, on allait plus faire d'enfant. Cela suffit comme ça, j'ai beaucoup souffert et je veux me reposer maintenant. Je vis avec mon mari, le deuxième. C'est lui qui s'occupe de moi. Je ne travaille pas. On m'a dit à Dori de ne rien faire pour le moment. Donc pas de travaux ménagers tels que piler, chercher de l'eau ou cuisiner. On m'a même recommandé de manger de la soupe souvent. J'essaie de respecter tout cela ; mais c'est très difficile. Je compte faire de l'embouche de moutons. Je ne souhaite plus faire d'enfant si mon mari est consentant », Récit de vie d'une FVF, 37 ans, Djibo, en attente d'être réparée à nouveau.

Les FVF sont victimes de discriminations au niveau communautaire. Beaucoup sont confrontées à des attitudes de rejet de leur entourage qui se manifestent pas le refus de tout contact avec elle. « Si une femme est victime de cette maladie, elle ne prépare plus ; on prépare et on lui sert seulement. Si c'est elle qui va préparer pour les gens, on ne veut pas, ce ne pas possible. Autorité villageoise, Gaskindi, Djibo

En outre, elles ne peuvent plus participer à certains rites traditionnels à cause de leur mal.

Les investigations montrent aussi que certaines femmes sont perçues comme des folles du fait de leur isolement et de leur comportement.

« Vivre avec cette maladie est très traumatisant. Sur le plan spirituel, chez les musulmans par exemple c'est difficile. Il y a des femmes qui se demandent, est-ce qu'il faut prier ? Puisqu'avant de prier il faut se purifier, alors qu'elle est toujours en contact avec les urines ou les selles. Faut-il prier avec ou arrêter de prier carrément ? Par finir on se demande si on n'a pas été oublié par Dieu ! »

Pour l'ensemble des femmes rencontrées au cours des entretiens, vivre isolé permet de réduire le degré de stigmatisation de l'entourage à leur endroit. Pour elles, il n'y a pas lieu d'accuser l'entourage. L'allergie à des odeurs ou à toute autre situation inconfortable est humaine.

Ce qui est perçu par les FVF comme un ostracisme, est également lié dans une moindre mesure à leur propre réaction d'isolement et de retrait des activités sociales. En effet, comme déjà relevé dans les paragraphes antérieurs, la plupart des femmes s'excluent des cadres de rencontres ou des manifestations populaires.

« Il est arrivé des moments où pour toute cérémonie, je donne ma contribution. et s'il y a des cérémonies à notre domicile, il faut rester à l'intérieur ». FVF, 37 ans Sebba

Des attitudes de compassion ou de pitié sont manifestées à l'endroit de ces femmes, à travers des appuis ou aides ponctuels donnés par des amis. En effet, pendant les travaux d'intérêt commun, ces femmes sont « ménagées » et cela peut être perçu comme une façon de les préserver ou de respecter leur solitude.

« Depuis que ma femme est malade jusqu'à maintenant, les gens la soutiennent. Avant qu'elle ne parte à Dori, elle était dispensée de certains travaux et aujourd'hui encore, c'est pareil. Les gens nous ont également aidés à chercher des médicaments pour la soigner. Il y a une solidarité entre nous et surtout chez les femmes car elles se disent que cela pourrait leur arriver aussi. Même les femmes qui ne sont pas de notre famille apportent de l'eau et du bois à ma femme » mari de FVF, Sebba

« Ces femmes font vraiment pitié. Quand on ne mange plus avec toi, on n'est plus consulter pour toute cérémonie, on ne doit plus aller à la prière et si par hasard on n'avait pas eu d'enfant, que reste-t-il encore ? »

Devant leur souffrance, la famille d'origine se propose souvent de les récupérer pour tenter de les soigner. Là bas, elle ne peut jamais être indexée, délaissée ou rejetée par ses parents directs grâce à l'amour qui existe entre un père, une mère et son enfant. Elle sera toujours accueillie à bras ouverts et bénéficiera de réconfort nécessaire et d'un certain nombre de soins.

IV. PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE FISTULES DANS LA REGION DU SAHEL : CAPACITES, PRATIQUES ET DIFFICULTES

4.1. Itinéraire thérapeutique des femmes victimes de fistules et résultats obtenus

L'itinéraire thérapeutique des victimes de fistules s'apparente à ceux rencontrés dans le cadre des autres pathologies où les malades procèdent par les soins traditionnels et ensuite par les soins modernes.

4.1.1. Le recours aux soins traditionnels

Les femmes victimes de fistules et leur entourage obéissent toujours à la logique communautaire et recherchent en premier lieu la solution du côté des guérisseurs traditionnels. Cela se justifie par les raisons de pauvreté de la femme et de son entourage.

La majorité des victimes interrogées ont d'abord eu recours aux guérisseurs traditionnels, le plus souvent par l'intermédiaire de leur époux et de leurs beaux-parents, et également par le biais des membres de leur famille d'origine. Cette recherche de traitements traditionnels, bien sûr coûteuse malgré tout, n'a pas abouti à des issues heureuses.

« Nous avons fait le tour de tous les marabouts et autres guérisseurs traditionnels de la zone de Oursi au prix de tout mon troupeau de chèvres sans résultat. » jeune femme, Bouli oulsouna (Oursi)

Si la majorité des femmes a recours aux guérisseurs traditionnels, on note néanmoins du côté de certaines d'entre elles, une attitude réservée envers les soins traditionnels en raison de leur efficacité.

« Tous les guérisseurs traditionnels ont soigné les femmes victimes de cette maladie mais, sans succès. Il y a plusieurs sortes de produits. Il y a des produits liquides qu'on boit et qu'on se lave, il ya d'autres en poudre qu'on suce. Avec tout cela on n'a pas pu soigner la maladie. Au finish, on est allé au centre de santé » leader communautaire, Djibo.

Ces propos contrastent d'avec ceux recueillis après de certains guérisseurs traditionnels dont certains vantent encore leur expertise en ces termes :

« J'ai déjà soigné une femme atteinte de fistule. Il y a des plantes que l'on va enlever dans la brousse et c'est avec ces plantes que je soigne les patientes. Cette plante est à préparer, la patiente boit et se lave. Je lui donne des jours pour boire le produit et à l'issue de cette période le plus souvent ça marche. J'ai déjà soigné 4 femmes il n'y a pas longtemps, puis 5 autres au niveau du village. Par la suite elles ont pu enfanter et il n'y a pas eu aucun problème et leurs enfants se portent bien » Guérisseur traditionnel, Soum

De l'avis de certains enquêtés, des femmes opérées et non encore guéries ne cèdent pas au découragement. Elles poursuivent toujours des traitements traditionnels dans l'espoir de retrouver la santé.

4.1.2. Les soins modernes

Face à l'échec des traitements traditionnels des fistules, toutes les femmes rencontrées affirment avoir eu recours à un service de santé sur conseil ou l'aide de leurs parents et amis. Le recours au traitement moderne a été plus prompt au niveau des provinces du Soum et du Séno, où existent depuis quelques années, des structures de prise en charge en l'occurrence le « Centre Eliot » de Djibo, et l'association Khoolesmen à Dori chargée de la mobilisation

périodique des femmes pour les campagnes de soins avec des partenaires allemands. « Depuis 1999, notre association prenait en charge les femmes victimes de fistules en collaboration avec le CHR de Dori et un médecin de Ouagadougou, grâce à l'appui des partenaires allemands. Jusqu'en 2005, on avait pu prendre en charge une soixantaine de femmes » responsable d'association, Dori.

Le démarrage du projet de lutte contre les fistules dans la région du sahel constitue un grand soulagement pour l'ensemble des femmes rencontrées, même si certaines d'entre elles demeurent en situation d'attente. Les informations recueillies pendant les focus et au cours des entretiens individuels, relèvent que cette intervention a permis de sortir les femmes de leur isolement et de les orienter vers le CHR de Dori pour les soins.

Celles qui s'étaient présentées dans les formations sanitaires périphériques ne recevaient que de petits soins et des conseils comme le dit cette femme.

« Le jour de marché de Oursi, je partais au CSDPS où on me donnait uniquement des produits. Mais cela ne pouvait pas me guérir » FVF, 37 ans, Bouli Oulsouna

4.2. Difficultés rencontrées dans la prise en charge des femmes victimes de fistules

Les investigations ont montré qu'il existe des difficultés aux différents niveaux de prise en charge des FVF dans la région du Sahel.

4.2.1. Les difficultés de prise en charge au niveau communautaire

En dépit des comportements de discrimination que ces femmes rencontrent, le premier niveau de prise en charge est d'ordre socio communautaire (familial et associatif). En effet, comme relevé dans les paragraphes antérieurs, le dernier recours de la FVF est le repli au domicile familial où les parents lui accordent appui et support moral. On note cependant que cette prise en charge rencontre plusieurs entraves.

Les hommes et femmes enquêtés décrivent ***l'individualisme et même de l'ingratitude au sein des familles*** lorsque une femme est malade. La majorité partage cette opinion selon laquelle la prise en charge du malade ne concerne pas toute la communauté, mais incombe à sa famille proche, dont la vie est caractérisée par sa ***précarité*** aggravée par la recherche coûteuse de soins en milieu traditionnel.

« Prendre en charge une FVF dans notre milieu est aussi appauvrissant qu'un malade de sida. Au départ, les marabouts ne cessent de réclamer des moutons ou des chèvres jusqu'à ce que les familles se retrouvent démunies. Il arrive même que pour aller à Dori, certaines femmes sont évacuées avec comme bagages un baluchon de deux pagnes, témoignant ainsi de leur niveau de pauvreté » leader communautaire, Yagha.

Un représentant d'une des associations s'indigne face au coût de prise en charge: « Heureusement que des initiatives sont développées au niveau national pour prendre en charge ces femmes. En temps normal, le coût moyen d'une seule réparation de fistules est de 140 000 FCFA ».

Certaines familles et des communautés sont réticentes à laisser ces femmes se déplacer vers des structures sanitaires. Plusieurs femmes ont été dissuadées par leurs familles sur la base de préjugés sociaux défavorables aux soins modernes.

Cette réticence pourrait aussi être liée à la crainte de ne pouvoir assumer le coût et la peur de l'inconnu surtout lorsque certaines femmes n'ont pas d'accompagnante.

« Nous avons eu à dépister des femmes et des rendez vous avaient été pris pour leur évacuation. A la veille du départ pour Dori, une femme a disparu de chez elle ; on ne sait pas bien pourquoi. Au départ il leur semble difficile de sortir. Peut être que des proches les incitent en cela » responsable d'association, Gorom.

En outre au niveau supra village, **il n'existe pas de structures villageoises** à mesure de les prendre en charge. Quelques associations communautaires résident au niveau des centres urbains, mais celles-ci sont confrontées à l'insuffisance **de ressources matérielles, financières et humaines** pour identifier les femmes malades dans des villages lointains.

En définitive, dans leur grande majorité, les populations raisonnent plus dans la logique d'appuis et de solutions exogènes à la communauté. Malgré l'intérêt suscité par l'étude et la compassion perçue par une grande partie des personnes interviewées, un grand travail reste donc à réaliser auprès de ces populations pour une mobilisation et un engagement social en faveur des fistules.

Par ailleurs, les investigations ont montré que le suivi des femmes après la réparation de la fistule s'avère difficile occasionnant éventuellement **le non respect des recommandations d'ordre médical**.

En effet, pour optimiser les chances de guérison et éviter les récurrences après la réparation, un suivi périodique est prévu pour toutes les femmes opérées. Mais le calendrier de suivi n'est pas toujours respecté par toutes les femmes. Certaines d'entre elles, une fois intégrées dans leur communauté pensent que c'est le projet qui doit venir les chercher et les ramener dans la formation sanitaire pour le suivi médical. Cela réduit les chances de respect des consignes médicales avec pour conséquence de possible réouverture de fistules comme déjà relevé dans l'étude de base sur les fistules (Populations Council/DSF : 2004)

4.2.2. Les difficultés de prise en charge dans les formations sanitaires

Excepté le C.H.R de Dori et les C.M.A, où des possibilités de prise en charge existent, la grande majorité des structures de santé sont peu outillées en moyens humains et matériels pour une prise en charge des fistules obstétricales, qu'elle soit palliative ou réparatrice.

« Sur 22 agents, il y a 3 ou 4 qui ont reçu des connaissances sur les fistules. Sur le plan matériel, la taille de la formation sanitaire n'est pas adaptée pour la prise en charge chirurgicale. Elle ne peut se faire qu'au niveau du CHR de Dori. Ce que nous pouvons faire, c'est la prise en charge psycho sociale et l'encouragement moral » Agent de santé, CSPS de Dori

La possibilité d'une intervention des FVF au CHR de Dori de manière permanente a été perçue comme un grand soulagement manifesté au cours des focus. Certains participants ont cependant déploré la lenteur pour le transfert des femmes qui serait liée aux limites de l'hôpital. « Nous avons identifié et fait confirmer l'existence de la fistule chez plusieurs femmes au CMA, mais leur évacuation est liée à la programmation au niveau du CHR de Dori ». Déploire une responsable d'association.

« Il faut reconnaître que le CHR a aussi des difficultés liées à certaines ruptures de réactifs pour les bilans pré opératoires. En plus, le centre d'accueil ne possède pas de grande capacité. Ce sont toutes ces raisons qui font qu'il y a environ 50 femmes qui attendent dans leur village » Agent de santé, CHR Dori.

V. SUGGESTIONS POUR UNE MOBILISATION AUTOUR DE LA LUTTE CONTRE LES FISTULES DANS LA ZONE DU PROJET

La lutte contre les fistules obstétricales renferme un ensemble d'activités de prévention et de prise en charge à divers niveaux.

Les informations recueillies sur la représentation sociale des femmes victimes de fistules dans les communautés, leur vécu ainsi que les expériences en matière de prise en charge attestent la nécessité d'une mobilisation sociale et communautaire pour lutter contre la maladie.

Des procédures d'approches idoines doivent être mises en œuvre pour lever les blocages identifiés. Pour ce faire, il est opportun d'adopter une stratégie de proximité (communication interpersonnelle et immersion dans la communauté) en direction des personnes ressources pouvant impulser une dynamique de changement de comportement au sein des populations.

Le plaidoyer à l'endroit des leaders communautaires

Des activités de plaidoyer et de counseling adaptées pourraient être menées en direction des différentes personnes cibles, avec le concours des relais identifiés au sein des communautés.

La sensibilisation à grande échelle

Pour ce qui est de la population en général, la communication de masse se révèle être la meilleure stratégie en vue d'améliorer le niveau de connaissances sur les fistules. L'utilisation des occasions de rencontres telles que les marchés, les cérémonies peuvent servir de cadres pour faire passer les messages car cela permettra de toucher toutes les sensibilités.

Les séances de sensibilisations doivent mettre l'accent sur la persistance des pratiques socioculturelles qui favorisent la survenue des fistules, les inconvénients liés aux mariages et aux grossesses précoces, les risques en matière de non fréquentation des services de maternité.

L'appui aux structures communautaires

Les investigations ont montré la nécessité d'accélérer la mise en place de structures communautaires prévues en vue de contribuer à la promotion de la santé de la reproduction. De l'avis de la plupart des responsables de structures associatives, de bonnes initiatives existent, mais ces structures sont souvent confrontées aux difficultés de fonctionnement. « *Les associations vivent des moments quelque fois difficiles. Ici, les gens aiment qu'on vienne vers eux. Et lorsque qu'une activité est médiatisée, on a quelque fois peur de la grande affluence des bénéficiaires* » représentant d'association, région du Sahel.

Quelques activités de sensibilisation

- *Faire des tournées de sensibilisation sur les conséquences des mariages précoces et les non fréquentations des centres de santé par les femmes en âge de procréer.*
- *Impliquer les chefs coutumiers, les imans dans la lutte contre le mariage forcé car ils sont bien écoutés par la population*
- *Organiser des rencontres de concertation avec les différents groupes sociaux des villages (hommes, femmes, jeunes filles et jeunes garçons) pour discuter du phénomène du mariage précoce et décider ensemble d'un âge fixe pour le mariage*
- *Organiser des campagnes de sensibilisation sur les CPN et sur les accouchements dans les formations sanitaires.*
- *Faire des sensibilisations à travers les théâtres-forums, des projections vidéo sur les conséquences des accouchements à domicile et non assistés car l'ignorance est la principale cause de la survenue des fistules*

L'implication des hommes et des belles-mères dans la lutte contre les fistules

La quasi-totalité des enquêtés affirment que la gestion des problèmes de santé reposent généralement sur les hommes, les maris, mais surtout les belles mères. Les femmes en raison du poids de la tradition, n'ont pas de pouvoir de décision concernant leurs problèmes de santé. « *Des stratégies novatrices sont nécessaires pour davantage impliquer les maris qui décident de tout, même pour les femmes et pourtant sont les premiers à stigmatiser les femmes dans de situations similaires* » agent de santé, Sebba

L'implication des femmes déjà traitées et guéries dans la lutte contre les FO

Sous le poids du mal et de la souffrance morale, les femmes dépistées et guéries constituent des exemples de témoignage sur la nécessité de prévenir la maladie, et de révélation sur la possibilité d'en guérir. C'est dans ce contexte qu'il s'avère nécessaire d'associer ces femmes aux actions de sensibilisation dans la communauté. Au cours des enquêtes, les femmes victimes de fistule ont montré leur disponibilité à appuyer toute initiative allant dans ce sens.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Les résultats de l'étude montrent que les causes des FO sont souvent méconnues par les populations. Pourtant, il existe des femmes qui en sont victimes et qui vivent dans ces communautés.

L'étude a permis d'appréhender la construction sociale de la fistule obstétricale. Elle fait l'objet en général d'une interprétation mystique chez les enquêtés. Cette compréhension de la maladie justifie l'attitude négative observée envers les femmes victimes de fistules.

La fistule intervient généralement au cours de la première grossesse. Elle est souvent occasionnée par le non recours ou le recours tardif aux centres de santé, les accouchements à domicile sans assistance médicale, etc.

L'attitude de la communauté envers ces femmes demeure affligeante. Cela les épuise moralement et les conduit quelquefois à des comportements sociaux atypiques (refus de s'asseoir, refus de boire pour éviter de perdre des urines...).

Cette situation entraîne les femmes victimes de FO à la recherche de soins efficaces. Qu'elles soient jeunes ou non, les traits communs à toutes ces femmes est la pauvreté.

Face à ces constats, il convient de tirer des leçons pour mieux orienter les interventions en matière de lutte contre les fistules obstétricales. En collaboration avec les communautés, des actions doivent être entreprises tant en amont (soins palliatifs et accompagnement psychosocial) qu'en aval (réinsertion et réhabilitation sociale et économique) en direction de ces femmes.

Recommandations

Au regard des résultats de cette étude, un certain nombre de recommandations s'imposent en direction de toutes les parties prenantes dans la lutte contre les fistules obstétricales.

- Renforcer le dispositif de suivi psychologique et de réinsertion des femmes victimes de FO dans leur communauté ;
- Renforcer les activités de communication à grande échelle, compte tenu de la persistance des préjugés défavorables et de l'ignorance des populations de cette maladie. Cela suppose un maintien du renforcement des capacités des ARC, des cellules d'urgences obstétricales et des agents de santé ;
- Assurer la dotation des femmes victimes de FO de kits d'hygiène (produit d'entretiens corporels, produits d'hygiène, désodorisants, ...)
- Améliorer l'accès aux services de santé de la reproduction, notamment les soins obstétricaux essentiels.

BIBLIOGRAPHIE

ARJI S. sd. *Les femmes victimes de fistules vivent un véritable calvaire.* in Famafrrique. Nouvelles et annonces. 4p.

DSF, 2004. *Plan stratégique maternité à moindre risque 2005-2008.* DSF, Ouagadougou, 40 p.

DSF. 2004. *Analyse de la prise en charge des fistules au niveau des services de référence du Burkina entre 2001 et 2003.*

DSF : *Etude socio anthropologique sur la fistule obstétricale dans les régions de l'Est, du Centre-Est et du Sahel au Burkina Faso, Ouagadougou, 2004.*

DS de Djibo : *plan d'action 2010 du district sanitaire de Djibo, septembre 2009*

DS de Sebba : *plan d'action 2010 du district sanitaire de Sebba, Juillet 2009*

DS de Dori : *plan d'action 2010 du district sanitaire de Dori, septembre 2009*

DS de Goromo-Gorom : *plan d'action 2010 du district sanitaire de Gorom-Gorom, septembre 2009*

FCI/BURKINA, 2000. *Évaluation des besoins communautaires en maternité sans risque dans le district sanitaire de Ouargaye.* Projet « sauver la vie des femmes, une initiative de soins de qualité pendant la grossesse et l'accouchement », Ouagadougou, 67p.

INSD, 2000 : *Enquête Démographique et de Santé Burkina Faso. 1998-1999.* Ouagadougou, 327 pages.

KAMBOU T. et al. 1992. *Les fistules vésicovaginales au Centre Hospitalier National Sanou Souro de Bobo Dioulasso (à propos de 29 cas opérés en 2 ans).* Ilièmes Journées de Bobo Dioulasso, 6p.

KUSS P., CHATELIN.C. 1965. *Une technique cystoplastique sur un lambeau dans le traitement des vastes fistules vésico-vaginales.* Journal de chirurgie. Avril 1965, (4) PP 477-484.

LECLERC DU SABLON M. 1990. *Les fistules vésico-vaginales.* In Développement et santé n°86, avril 1990, 6p.

MINISTERE DE LA SANTE. 2003. *Annuaire Statistique 2002.* DEP, Ouagadougou, 165 p.

Rodrigue NGOUANA : *Evaluation du processus de mise en œuvre du Projet de lutte contre les Fistules Obstétricales dans la région sanitaire du Sahel; Mémoire de Master en Population et Santé ; 2009*

ZANGO B, et al. 2000. *Les fistules uro-génitales : à propos de 50 cas au centre hospitalier régional Sanou Souro de Bobo Dioulasso.* In Science et technique, Sciences de la santé, Juillet décembre 2000-janvier-juin 2001, PP 63-70.

ANNEXES

Annexe1 : Termes de références pour l'évaluation à mi parcours.

I. Contexte et justification

La situation sanitaire du Burkina Faso reste précaire malgré les efforts consentis. En effet le taux de mortalité maternelle est l'un des plus élevés au monde, soit 484 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS 1998). Les hémorragies et les infections sont à l'origine de plus de 70% des décès maternels. Selon l'EDS 2003, seulement 41% des accouchements sont assistés par du personnel qualifié. Parmi les morbidités maternelles, l'incapacité majeure la plus fréquente est la fistule obstétricale. La prévalence contraceptive reste faible bien que le taux d'utilisation des méthodes modernes chez les couples en union soit en accroissement passant de 5% en 1998 à 10% selon l'EDS 2003. Les besoins non satisfaits en contraceptifs chez les couples sont estimés à 29%. La demande potentielle non satisfaite est de 68%.

En réponse à la précarité de la situation sanitaire du pays, plusieurs initiatives ont été entreprises par le gouvernement. Il s'agit entre autres de l'élaboration et de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2001-2010. Plusieurs programmes dont le Cadre stratégique de lutte Contre le Sida (CSLS) (2006-2010) et le plan stratégique nationale pour une maternité à moindre risque 2004-2008 ont été conçus en vue d'opérationnaliser le PNDS.

Le plan stratégique national pour une maternité à moindre risque 2004-2008 vise la réduction de la mortalité maternelle et néonatale de 30% dans l'optique de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

La région du Sahel qui abrite le projet lutte contre les fistules obstétricales, comprend quatre (4) provinces (l'Oudalan, le Séno, le Soum et le Yagha) qui correspondent aux quatre (4) districts sanitaires (Djibo, Dori, Gorom-Gorom et Sebba), vingt six (26) départements, quatre (4) communes urbaines, vingt deux (22) communes rurales et 556 villages, on y relève une prévalence élevée des fistules obstétricales.

Cette aire géographique est caractérisée par des pratiques sociales et culturelles toutes particulièrement favorables aux mariages précoces des filles, et aux mutilations génitales féminines (MGF) qui exposent aux fistules obstétricales.

Sur le plan sanitaire, cette région connaît entre autre une faible couverture en infrastructures sanitaires, un déficit en ressources humaines qualifiées, en matériel et produits de SR, à laquelle s'ajoute une sous utilisation des services de santé du fait de pratiques/considérations sociales.

Le présent projet « **Appui au programme de lutte contre les fistules obstétricales dans la région du Sahel pour la réduction des morbidités et de la mortalité maternelle** », d'une durée de trois (3) ans a été élaboré de façon participative ciblant la région sanitaire du Sahel et s'inscrit en droite ligne de l'accélération de l'atteinte des objectifs quatre (4), cinq (5) et six (6) du Millénaire. Il vient en appui à la mise en œuvre de la stratégie nationale de maternité à moindre risque, du programme national d'éradication des fistules et du plan d'accélération de réduction de la mortalité maternelle et néonatale pour la réalisation des objectifs du Millénaire et du PNDS. Il s'inscrit en droite ligne de la campagne Mondiale d'éradication des fistules lancée

par UNFPA et d'autres partenaires en 2003 et concourt au renforcement de la sécurité humaine et des droits d'accès à la Santé de la Reproduction dans le Sahel.

Dans la perspective d'apprécier objectivement l'état de la mise en œuvre du projet et de ses composantes, le niveau d'atteinte des indicateurs dans le domaine de la santé de la reproduction (les fistules obstétricales, la planification familiale, les soins obstétricaux et d'urgence) dans la région du Sahel, UNFPA envisage la réalisation d'une évaluation à mi – parcours du projet PFO. Cette évaluation portera sur le processus d'implantation du projet (le projet est-il mis en œuvre tel qu'il est planifié ? Quels sont les facteurs qui facilitent ou entravent la mise en œuvre), sur évaluation de la satisfaction des besoins des bénéficiaires (le niveau de satisfaction des besoins des bénéficiaires a-t-il augmenté depuis la mise en œuvre du projet ?), sur l'efficacité (les résultats constatés à court terme correspondent-ils aux objectifs fixés et permettront-ils d'induire les effets attendus de la mise en œuvre). Cette évaluation à mi parcours devra restituer une analyse fine et contextuelle des différents goulots à quelques niveaux qu'ils soient afin de permettre de concevoir un plan stratégique pour l'atteinte des objectifs du projet d'ici fin 2010

II. Objectifs de l'étude

II.1 Objectif général

L'objectif général est d'apprécier à mi parcours la mise en œuvre du projet en relation avec son cadre logique et de renforcer les connaissances sur le contexte socio anthropologique dans lequel il est exécuté afin d'améliorer son efficacité.

II.2 Objectifs spécifiques

Spécifiquement il s'agira de :

11. Analyser la pertinence des produits du projet au regard du contexte, des priorités du moment et des questions émergentes ;
12. Analyser la pertinence des stratégies et le degré de leur mise en œuvre ;
13. Collecter les données de base pour le suivi des indicateurs de progrès du projet en prenant en compte les données dans le système de santé en matière de SR/Santé maternelle
14. Analyser les progrès réalisés (dans quelle mesure les produits du projet ont été obtenus ou sont en cours de réalisation, quels sont les mécanismes et les contextes qui expliquent les résultats observés
15. Analyser le système de suivi évaluation, son degré de mise en œuvre et son efficacité à restituer la performance du projet,
16. Analyser les difficultés, les contraintes et les opportunités dans l'exécution du projet (questions opérationnelles de gestion et de coordination) et proposer des recommandations pour renforcer la mise en œuvre du projet.
17. Analyser le contexte socioculturel favorable et défavorable à l'atteinte des objectifs du projet ;
18. Etablir les stratégies et approche de leurs mises à contribution effective.
19. Formuler des recommandations pour l'amélioration de la mise en œuvre du projet
20. Proposer un plan détaillé de mise en œuvre des recommandations ;

III. Résultats attendus

Un rapport analytique en deux parties portant d'une part sur l'état de réalisation des produits et la performance du projet en prenant en compte les résultats de la collecte des données de base, et d'autre part sur le contexte socio anthropologique, avec des recommandations pour l'amélioration de la mise en œuvre du projet et un plan de mise en œuvre de ces recommandations est disponible. Le document de base ne doit pas dépasser 35 pages sans les annexes qui comprendront : le cadre logique mis à jour, les comptes rendu de réunions consacrées à la mission (résumé des discussions sur les problèmes relatifs à la performance, à la gestion des ressources du projet décisions prises par les réunions), les TDR, les outils de collectes des données et autres documents jugés pertinents.

IV. Taches du consultant

- Proposer une méthodologie bâtie sur l'approche participative impliquant tous les acteurs de mise en œuvre du projet assortie d'outils de collecte de données et d'un chronogramme précis;
- Soumettre la méthodologie à validation au comité de pilotage
- Exécuter l'évaluation y compris la collecte des données de base et l'enquête socio anthropologique;
- Présenter son rapport provisoire lors d'un atelier d'amendement et d'adoption (de consensus) dudit rapport ;
- Prendre en compte les amendements pour la rédaction du rapport final ;
- Fournir dans les délais qui seront précisés dans le contrat de sous-traitance un rapport final en trois exemplaires en format papier ainsi qu'une version électronique du rapport et de la base de données.
- Participer à la réunion de la revue du projet

V. Déroulement/Durée

Il est à signaler qu'une méthodologie spécifique /protocole de mise en œuvre de l'évaluation sera proposée par les consultant et devra comporter les outils de collecte de l'information. Les étapes clés suivantes :

- Tenue d'une réunion de cadrage de la mission d'évaluation
- collecte de données, saisie et d'analyse des données
- rédaction du rapport provisoire
- la tenue d'au moins deux (2) réunions de débriefing sur l'état d'avancement des travaux au cours des investigations (les dates à préciser lors de la réunion de cadrage)
- Présentation et validation du rapport provisoire
- Rédaction du rapport définitif

Ces étapes doivent être franchies progressivement selon le chronogramme annexé à la méthodologie.

La durée de la consultation est de 90 jours.

VI. Profil des consultants

Cette évaluation sera réalisée par une équipe de deux (2) consultants au moins qualifiés en sciences sociales, de profil socio-anthropologue et socio économiste ou toute autre qualification apparentée et justifiant d'une expérience dans la conduite d'étude d'envergure,

d'une bonne connaissance des réalités sociales de la région du sahel et familiers à la conduite d'évaluation de systèmes de santé publique.

Ils devront entre autre remplir les conditions suivantes

- Etre titulaire de diplôme minimum de BAC+5 en sciences sociales et /ou en santé publique ;
- Avoir une expérience confirmée dans le domaine de l'évaluation de programmes et projets de santé publique ;
- Avoir de bonnes connaissances de la santé de la reproduction y compris la maternité à moindre risque ;
- Avoir une bonne connaissance du système de santé du Burkina Faso ;
- Disposer des capacités physiques nécessaires pour des déplacements en zone rurale ;
- Etre disponible et libre de tout engagement sur toute la durée de la consultation.

Il sera mis en place pour la circonstance un comité de suivi de l'étude constitué d'agence de la Direction de la Santé et de la Famille (DSF), de la Direction Régionale de la Santé (DRS) du Sahel, de FCI et des membres du staff de l'UNFPA, il aura à charge le suivi et l'évaluation technique des investigations de même que la validation des résultats de la mission.

VII. Rôle du comité de suivi

Le comité de suivi sera responsable de :

1. Valider le profil des consultants proposés par le protocole attendu des consultants sur la base des termes de référence et les briefer sur le travail à faire ;
2. Valider la méthodologie et les outils de collecte des données ;
3. Orienter de manière continue les consultants vers les résultats attendus ;
4. Apporter la facilitation nécessaire aux consultants pour permettre l'accès aux informations utiles à même d'assurer la réussite de la mission (introduction auprès de partenaires, mise à disposition de documents) ;
5. Assurer le suivi régulier du travail des consultants jusqu'à la soumission du rapport final.

Annexe 2 :

Tableau 16: Les indicateurs du cadre logique

Indicateurs de produit	Niveau actuel	Source de Données actuelle	Niveau de base de Données	Date des données de base	Source	Cible	Date pour la cible
Produit 1							
3. Proportion de femmes victimes de fistules opérées	43,25%	Données des structures de PEC médicale			DSF	100%	2010
4. Proportion de femmes victimes de fistules ayant bénéficié d'un appui à la réinsertion sociale (AGR)	13,75%	Données des associations partenaires de FCI pour la PEC			DSF	100%	2010
Produit 2							
14. Proportion de formations sanitaires de premier échelon mettant en œuvre les SONUB	98%	Données CISSE	11%	2006	DSF	80%	2010
15. Proportion de formations sanitaires de référence mettant en œuvre les SONUC	100%	Données CISSE	40%	2006	DSF	100%	2010
16. taux de létalité des complications obstétricales	3,31%	Données CISSE	-	-	DSF	1%	2010
17. Proportion de CSPS disposant des intrants essentiels pour des prestations de PF	100%	Données CISSE			DSF	100%	2010
18. % de CSPS disposant des intrants essentiels pour l'accouchement assisté	100%	Données CISSE			DSF	100%	2010
19. % de CMA/CHR disposant des intrants essentiels pour les SONUC	100%	Données CISSE			DSF	100%	2010
20. Proportion des cas de consultation chirurgicale pour cas de fistule obstétricale	4,70%	Données CISSE	2004	7%	DSF		2010
21. Proportion de nouvelle fistule obstétricale	26%	Données CISSE			DSF	0%	2010
Produit 3							
1. % de femmes, hommes et adolescents touché par la campagne qui sont favorables à l'accouchement assisté	ND	Rapport d'enquête			DHPES	100%	2010
2. % de femmes, hommes et adolescents touché par la campagne qui sont défavorables au mariage précoce	ND	Rapport d'enquête			DHPES	100%	2010
3. % de femmes, hommes et adolescents touché par la campagne qui sont capables de citer deux facteurs favorisant la survenue de la fistule obstétricale	ND	Rapport d'enquête			DHPES	100%	2010
4. % de femmes, hommes et adolescents touché par la campagne qui sont capables de citer deux facteurs favorisant la survenue de la fistule obstétricale connaissant au moins deux signes de recours immédiat aux soins chez la femme en grossesse et deux signes de recours immédiat aux soins chez le nouveau-né	ND	Rapport d'enquête			DHPES	100%	2010
5. % de leaders religieux qui exige un âge minimal de 18 ans avant de célébrer un mariage	ND	Rapport d'enquête			DHPES	100%	2010

Tableau 17: Situation des différentes méthodes contraceptives utilisées par district de 2007 à 2009

District sanitaire	Clientes utilisant la Pilule orale			Clientes utilisant l'injectable			Clientie utilisant l'implant			Préservatif			Autres		
	Année 2007	Année 2008	Année 2009	Année 2007	Année 2008	Année 2009	Année 2007	Année 2008	Année 2009	Année 2007	Année 2008	Année 2009	Année 2007	Année 2008	Année 2009
Sebba	822	854	835	3939	5530	5614	93	220	267	53	0	113	8	14	0
Dori	2739	2847	2700	5841	5951	6763	51	182	323	3	281	327	0	6	15
Djibo	2245	2201	2860	5170	6844	9263	37	128	134	31	1 509	1 214	0	13	0
Gorom-Gorom	978	1291	1009	2228	3091	3295	115	116	241	77	542	828	2	17	10
Région	6784	7193	7404	17178	21416	24935	296	646	965	164	2332	2482	10	50	25

Tableau 18: Evolution des taux de couverture en consultation prénatale par district sanitaire de 2007 à 2009 (%)

District sanitaire	CPN1			CPN2			CPN3			CPN4 et +		
	Année 2007	Année 2008	Année 2009	Année 2007	Année 2008	Année 2009	Année 2007	Année 2008	Année 2009	Année 2007	Année 2008	Année 2009
Sebba	114,50	125,56	135,47	73,16	92,76	97,18	34,52	51,19	54,03	10,85	17,51	16,03
Dori	104,00	126,86	122,67	64,46	83,85	86,26	25,26	36,90	43,03	5,49	8,57	11,69
Djibo	73,74	104,75	109,39	49,46	72,72	80,68	22,86	38,13	45,11	6,67	13,99	16,48
Gorom-Gorom	81,49	94,26	100,40	56,50	9,48	66,59	26,26	34,81	31,60	7,57	10,57	9,44
Région	91,10	110,51	116,05	59,28	77,25	82,49	26,25	38,66	43,55	7,24	11,28	13,72

Tableau 19: situation des complications obstétricales dans la région du Sahel

Année	2007	2008	2009	T1 2010	Total
Déchirure du périnée	136	127	145	40	448
Hémorragie du post partum	81	148	140	36	405
Ruptures utérines	12	10	14	6	42
Fistules obstétricales	6	13	39	45	103
Prolapsus utérins	18	54	27	24	123
Eclampsie	24	39	56	21	140
Infections	84	114	92	29	319
Anémies	172	237	269	67	745
Pré éclampsie	6	0	6	0	12
Rétention placentaire	42	32	38	26	138
Référence / évacuation	1202	1399	1253	355	4209

Sources : CISSE des districts sanitaires de la région du Sahel