

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

**DIRECTION GENERALE
DE LA SANTE**

DIRECTION DE LA SANTE
DE LA FAMILLE

**FONDS DES NATIONS UNIES
POUR LA POPULATION**

UNFPA

**PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES FISTULES
OBSTETRIQUES AU BURKINA FASO 2004 - 2008**

SIGLES ET ABREVIATIONS

AGR	Activités Génératrices de Revenus
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CPN	Consultations Périnatales
COGES	Comité de Gestion
DSF	Direction de la Santé de la Famille
IEC	Information Education Communication
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MEBA	Ministère de l'Education de Base et de l'Alphabétisation
MSR	Maternité sans risques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PIB	Produit Intérieur Brut
PPTTE	Pays Pauvres Très Endettés
PNP	Politique nationale de population
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RGP/H	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMDH	Rapport Mondial sur le Développement Humain
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SNU	Système des Nations Unies
SOUB	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC	Soins obstétricaux d'urgence complets
SR	Santé de la Reproduction
SRP	Stratégie de la Réduction de la Pauvreté
SSRA	Santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents
VIH	Virus d'Immuno-déficience Humaine
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population

PARTIE I - Analyse de la situation

Généralités sur le Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé situé en Afrique de l'Ouest. Il couvre une superficie de 274 200 km² et est limité par six pays : le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Au recensement général de la population et de l'habitat de 1996, la population était estimée à 10 312 609 habitants (RGPH'96). Avec un taux d'accroissement annuel de 2,37% cette population atteindra 14 718 647 habitants en 2010. La population vit à près de 90 % en milieu rural. Les femmes représentent 51,8 %. C'est une population jeune ; la tranche d'âge de 0 à 14 ans représentant 47,92 %.

Les femmes en âge de procréer représentent 22,8% avec un indice synthétique de fécondité de 6,8 enfants par femme et un espace inter génésique de 34,8 mois (soit 2 ans 8 mois). Le taux brut de scolarisation (TBS) national est de 43,60 % pour l'année 2001-2002 ; il est de 33,4 % chez les filles et 47,1 % chez les garçons. Le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national reste faible, 28 % en 2001, avec de fortes disparités d'une part entre hommes et femmes, et d'autre part entre zones urbaines et zones rurales.

La population du Burkina est caractérisée par une soixantaine de groupes ethnolinguistiques. Les Mossi représentent 48,5 % de la population. Les principales langues parlées sont le Mooré, le Dioula et le Fulfuldé. La langue officielle est le français. Les principales religions sont l'islam (52 %), le christianisme (24,3 %) et l'animisme (23,3 %).

L'économie du Burkina est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage. Les produits primaires constituent les premiers produits d'exportation avec près de 90 % de biens d'origine agricole. Le Burkina Faso est un pays pauvre ; 45,3% de la population vivent en dessous du seuil absolu national de pauvreté estimé en 1998 à 72 690 FCFA par adulte et par an. Les femmes sont les plus touchées par cette pauvreté.

Sur le plan sanitaire, le Gouvernement a adopté en 2000 une nouvelle politique sanitaire (PSN) et en 2001 un plan national de développement sanitaire (PNDS). Ces deux documents de référence reposent sur une vision à la fois multisectorielle et multidisciplinaire avec la participation de l'ensemble des intervenants aux différents niveaux du système de santé : les partenaires au développement sanitaire, les communautés, le secteur privé et la société civile (organisations non gouvernementales, associations, mouvements des droits de l'homme, syndicats, etc.). Le Burkina Faso a également opté pour un système de santé de district dans un processus de décentralisation.

La situation sanitaire du pays est caractérisée par des taux de mortalité générale et spécifique également élevés. Le taux de mortalité générale estimé à 15,2 pour mille, s'explique essentiellement par les taux élevés des mortalités infantiles (105,3‰), infanto-juvenile (219‰) et maternelle (484 p. 100.000 nv). Cette mortalité est due, entre autres, aux maladies transmissibles que sont le paludisme, les maladies cibles du PEV, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës. La mortalité des jeunes de 15 à 40 ans est due essentiellement au SIDA. A cela s'ajoute de nombreuses incapacités liées à l'accouchement dont les fistules vesico -vaginales.

Tableau N°1: Indicateurs socio-économiques:

Indicateurs	Données	Années	Sources
Population totale	11 889 600	2002	Estimation
Taux d'accroissement annuel	2,37%	1996	Recensement Général de Population et de la l'Habitat(RGPH)
Produit intérieur brut (PIB) à prix constant base 1985	1724 milliards de FCFA	2000	Conseil National de Population ; Deuxième programme d'action en matière de population, Juillet 2001
Seuil de pauvreté	45,3%	1998	CSLP, 2000
Taux d'urbanisation	18,4%	1996	RGPH
Pourcentage de la population ayant accès à l'eau potable	90%	2001	Rapport de mise en œuvre du CSLP, Septembre 2002
Espérance de vie à la naissance	52 ans	1996	RGPH
Taux de mortalité infantile	105,3/1000	1998	Enquête démographique et de Santé (EDS) 98-99
Taux de mortalité juvénile	127/1000	1998	EDS 98-99
Taux de mortalité infanto-juvénile	219/1000	1998	EDS 98-99
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	484	1998	EDS 98-99
Taux brut de natalité	46,1/1000	1996	RGPH
Taux brut de mortalité	14,8/1000	1996	RGPH
Indice synthétique de fécondité	6,8 enfants	1998	EDS 98-99
Intervalle inter génésique médian	34,8 mois	1998	EDS 98-99
Taux brut de scolarisation	44% (national)	2002	Rapport de mise en œuvre du CSLP, Septembre 2002
Taux d'analphabétisme des adultes > 15 ans) Hommes Femmes	70% 86%	1994	UNICEF : Plan cadre des opérations du programme de coopération 2001-2005, Novembre 2000
Indice de développement humain	0,276	1998	PNUD : Rapport sur le développement humain durable

Situation des fistules obstétricales au Burkina Faso

Les fistules obstétricales sont des lésions anatomiques invalidantes caractérisées par une communication entre le conduit vaginal et/ou la cavité vésicale ou rectale. Elles peuvent être associées à des déchirures du périnée. Les facteurs physiques responsables des fistules obstétricales incluent le travail prolongé au cours de l'accouchement, les accidents survenant au cours de la césarienne, de l'accouchement au forceps, la craniotomie, la symphysiotomie et les pratiques traditionnelles de chirurgie. De toutes ces fistules, les fistules obstétricales liées au travail prolongé sont de loin les plus nombreuses. Les fistules obstétricales constituent l'incident critique du manque d'accès aux soins obstétricaux d'urgence de qualité. L'OMS estime que 40% des femmes enceintes souffrirait de complication et environ 15% auront besoin de soins obstétricaux d'urgence pour la prise en charge des complications ; au Burkina Faso, les soins inadéquats pendant la grossesse et l'accouchement, les grossesses précoces, la faible existence de soins obstétricaux d'urgence de qualité, les pratiques traditionnelles néfastes qui ont toujours cours et le faible développement des moyens de transport constituent les facteurs favorables à la survenue de la fistule obstétricale dans un contexte de pauvreté, d'analphabétisme et de faible statut social de la femme. La fistule obstétricale est de loin la plus handicapante des séquelles de l'accouchement en ce qu'elle est source de fréquentes morbidités et entraîne l'exclusion sociale de femmes généralement jeunes. En tant qu'incident

critique de la mauvaise prise en charge d'accouchement, l'incidence des fistules obstétricales est directement proportionnelle au taux de mortalité maternelle. Au Burkina Faso où le taux de mortalité maternelle est de l'ordre de 484 pour 100000 naissances vivantes, la prévalence des fistules est nécessairement élevée. Cependant, du fait que cette affection est l'apanage de femmes de statut socio-économique faible, elle est faiblement dépistée et faiblement prise en charge car le recours aux soins est rare. Les cas reçus dans les structures de santé constitue le sommet de l'iceberg.

Selon l'annuaire statistique de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) du Ministère de la santé pour l'année 2002, l'incidence des fistules obstétricales au niveau des consultations externes est **estimée à 6 p. 10.000**. Pour la même période, les fistules **obstétricales ont représenté 3,6 p. 10.000 hospitalisations**.

Une récente étude sur l'analyse de la prise en charge des fistules au niveau des services de référence du Burkina Faso note que dans l'ensemble des formations sanitaires de référence (CHU, CHR et CMA), des cas de fistules sont reçus. Ainsi, pour la période 2000-2003, le CHU-SS a enregistré 27,4% des cas, le CHU-YO 13,8%, le CHR de Dori 9,5%, le CMA de Ziniaré 4,6%. Pour l'année 2003, on a enregistré au CHU-SS 5 fistules pour 1000 consultations externes, au CHR de Fada 13 fistules pour 1000 consultations externes, au CMA de Houndé 8 fistules pour 1000 consultations externes.

La majeure partie des fistules reçues dans les formations sanitaires étaient urogénitales (89,1%) suivies des recto vaginales (6,7%) et des urorectovaginales (4,2%). Ces fistules siègent au niveau de la cloison recto-vaginale trigonale (44,6%), la cloison vésico-vaginale rétrotrigonale (21,7%). Les fistules vésico-cervico-urétrale avec désinsertion partielle ou totale de l'urètre représentent 25,3% et les fistules vésico-cervico-urétrale avec destruction de l'uretère 8,4%. Les lésions associées concernent le rectum (43,5%), l'uretère (17,4%) et des brides (39,1%). Dans 92,4% des cas, la fuite est permanente.

La durée de la maladie était de moins d'un an dans 48,5% et de cinq ans ou plus dans 21% des cas. L'âge médian des femmes souffrant de fistules était de 25 ans. 96,3% de ces femmes étaient des femmes au foyer, sans revenus propres.

La prise en charge des fistules au Burkina Faso n'est pas suffisamment structurée. Quatre types de structures de soins assurent cette prise en charge. Les centres hospitaliers universitaires de Bobo et de Ouagadougou ainsi que les centres hospitaliers régionaux de Fada et de Banfora disposent d'un personnel et d'un plateau technique suffisant pour assurer la prise en charge complète. Le CHR de Dori et les centres médicaux avec antenne chirurgicale de Léo et de Houndé reçoivent des missions chirurgicales qui les appuient pour la réalisation des interventions. A ce niveau les femmes sont regroupées périodiquement. La troisième forme de prise en charge est assurée par un chirurgien belge résidant au Burkina Faso et concerne les CMA aux alentours de la ville de Ouagadougou (Ziniaré, Zorgho, Manga, Pô, Boulsa, Barsalogho, Kongoussi). Enfin, le quatrième type de prise en charge est assurée par des ONG qui réalisent directement les interventions (cas de Djibo) ou qui recrutent les femmes et les transfèrent à Tanguiéta (Bénin) pour le traitement (cas de l'association Réadaptation à Base Communautaire des Aveugles et autres Handicapés de Zabré (RBCAH/Z)).

Ces quelques initiatives de prise en charge sont limitées par l'insuffisance de personnel qualifié et de matériels. Ces insuffisances sont aggravées par une faible organisation, ce qui

ne permet pas une optimisation des actions. Il n'existe pas un système structuré de dépistage des cas au sein des communautés et de transfert de ces cas vers les centres de prise en charge. Les actions qui sont menées, comme indiquées plus haut sont l'œuvre d'associations ou d'individus, ce qui est largement insuffisant pour résoudre le problème des fistules. Ce sont les plus pauvres qui sont le plus souvent victimes de ce handicap. Ces femmes ont très peu de possibilité d'accès à des services de prise en charge.

La Stratégie Nationale de Maternité à Moindre Risque

La lutte contre la mortalité maternelle constitue une priorité pour le Gouvernement du Burkina Faso. Adoptée en 1998, par le Ministère de la Santé, cette stratégie vient d'être révisée en 2004 et l'un de ses objectifs est de réduire la mortalité maternelle et néonatale de 30% par l'offre de soins obstétricaux essentiels et d'urgence de qualité, accessibles à l'ensemble des femmes qui en ont besoin.

L'appui apporté par l'UNFPA au Gouvernement, vise à renforcer la disponibilité et la qualité du PMA en matière de SS/SR y compris la santé maternelle (SOE, SOU, PF, prévention et traitement des IST, prévention et prise en charge psycho médico sociale du VIH/SIDA), à renforcer les capacités institutionnelles des écoles de formation de base (ENSP, ENSS et UFR-SDS) des prestataires des services de SS/SR, ainsi que les connaissances des populations cibles sur les aspects clés de la SS /SR en général et de MMR/VIH/SIDA en particulier et les attitudes positives (adhésion et participation aux programmes et stratégies en matière de SS et SR).

PARTIE II - PROGRAMME PROPOSE

La prévention et la cure des fistules constituent une des stratégies pour la promotion de la santé maternelle. A cette fin, et en coordination avec les autres partenaires au développement, le programme s'inscrit dans la Stratégie Nationale de Maternité à Moindre Risque, qui représente le cadre de référence en la matière.

D'autre part, en étroite coordination avec les agences du Système des Nations Unies, le programme concourt à l'atteinte des objectifs de l'UNDAF, plus spécifiquement celui de contribuer à assurer l'accès universel aux services sociaux de base ; il contribuera à promouvoir l'équité et l'égalité de genre. L'emphase sera mise sur la mobilisation et la participation communautaire à la promotion des soins obstétricaux essentiels et d'urgence, la prise en charge des fistules obstétricales.

L'appui de l'UNFPA proposé, sera développé dans l'ensemble des treize régions sanitaires du pays, principalement en ce qui concerne les activités de plaidoyer en faveur de la maternité à moindre risque et des fistules obstétricales, la communication pour le changement de comportement et la non-discrimination des femmes victimes de fistules, les études et recherches, la fourniture des contraceptifs.

Effet escompté de la Stratégie Nationale de Maternité à moindre risque : réduction la mortalité maternelle et néonatale de 30% par l'offre de soins obstétricaux essentiels et d'urgence de qualité, accessibles à l'ensemble des femmes qui en ont besoin.

Effet escompté du Programme d'éradication des fistules obstétricales: Eradication des fistules obstétricales.

Le programme s'intègre dans la dynamique mondiale d'éradication des fistules obstétricales lancée par l'UNFPA en 2002. Conçu pour la période 2004-2008, L'appui apporté par l'UNFPA produira les produits suivants :

Produit 1 : En 2008, l'utilisation des services de soins obstétricaux essentiels et d'urgence dans les formations sanitaires s'est accrue ;

Stratégie 1.1 Promotion d'une meilleure compréhension des fistules et des facteurs de risque de dégradation de la santé maternelle aux bénéficiaires des femmes et des hommes

- Réaliser une étude socio-anthropologique sur les fistules obstétricales
- Elaborer un plan intégré de communication pour améliorer l'accès des femmes enceintes et non enceintes à l'information sur les facteurs favorisant les fistules et les moyens de prévention, la promotion d'une meilleure compréhension des fistules et des autres facteurs de risque de dégradation de la santé maternelle aux bénéficiaires des femmes et des hommes, la promotion des actions favorables à une meilleure compréhension de l'importance de l'utilisation des soins maternels de qualité, l'élévation de la conscience des femmes, des familles et des communautés sur l'importance des soins obstétricaux d'urgence, la lutte contre les mauvaises perceptions des accouchements dystociques et des pratiques néfastes ;
- Exécuter le plan intégré de communication
- Évaluer le plan intégré de communication

Stratégie 1.2 Renforcement du dialogue et des relations entre les communautés et les prestataires de soins de santé maternelle

- Dynamiser les COGES dans les formations sanitaires périphériques
- Former les COGES sur les SOU et les FO
- Doter les AV en matériel d'IEC sur les SOU et les FO
- Superviser les COGES et les AV
- Doter les intervenants en matériel audio visuel
- Promouvoir la CPN recentrée
- Promouvoir la planification familiale

Stratégie 1.3 Promotion de systèmes de partage de coût en faveur des soins obstétricaux d'urgence

- Orienter les ECD et les DG/CH sur le système de partage de coûts
- Orienter les communautés sur le système de partage de coûts

- Organiser le système de partage de coûts
- Evaluer le système de partage de coût
- Doter 5 structures en ambulances pour les évacuations obstétricales
- Restituer les résultats de l'évaluation aux différents acteurs du système de partage de coûts
- Appuyer les ONG et associations à la création de mutuelles de santé pour la prise en charge des urgences obstétricales

Produit 2 : En 2008, l'accès et l'utilisation des services de prise en charge des fistules obstétricales de qualité se sont accrus ;

Stratégie 2.1 Mise en place de 2 centres nationaux de traitement des fistules obstétricales (dont un centre chargé de la formation)

- Réaliser une étude sur l'ampleur des fistules et les capacités des structures de référence pour la prise en charge
- Identifier deux sites comme centres nationaux de prise en charge des fistules
- Evaluer les besoins des sites identifiés en matière de prise en charge des fistules obstétricales
- Réhabiliter des locaux pour un meilleur accueil des femmes victimes de fistules
- Equiper les centres en matériel de bureau et d'informatique
- Equiper en matériel pédagogique pour l'encadrement des élèves et étudiants stagiaires.

Stratégie 2.2 Disponibilisation de soins de qualité aux bénéficiaires des femmes souffrant de fistules obstétricales

- Doter les services de chirurgie réalisant le traitement des fistules obstétricales de matériel médico-chirurgical
- Doter les services de chirurgie réalisant le traitement des fistules obstétricales de kit de médicaments et consommables médicaux
- Former les équipes chirurgicales et paramédicales au traitement et suivi des femmes souffrant de fistules obstétricales
- Intégrer la formation à la PEC des fistules obstétricales dans le CES de chirurgie à l'UFR/SDS
- Créer un centre d'accueil des femmes fistuleuses dans chaque site de traitement des FO

Stratégies 2.3 Organisation de la référence et de la contre-référence des cas de fistules obstétricales

- Mettre en place un système de dépistage actif des cas de fistules obstétricales au niveau communautaire
- Mettre en place un système de transfert des femmes souffrant de fistules obstétricales vers les centres de prise en charge
- Evaluer périodiquement le système de référence et de contre-référence
- Restituer les résultats de l'évaluation à l'ensemble des acteurs du système de référence de contre-référence

Produit 3 : En 2008, des opportunités d'insertion et d'amélioration des conditions de vie des femmes fistuleuses traitées existent

Stratégie 3.1 Développement d'un programme de soutien psycho social et de promotion des droits juridiques et sociaux des femmes victime de fistules.

Sensibiliser les femmes victimes de fistules et les communautés sur les droits humains

- Mener des actions de lutte contre la discrimination
- Créer des groupes de soutien des femmes victimes de FO

Stratégie 3.2 Mise en place d'un programme d'insertion des femmes victimes de fistules obstétricales

- Assurer le suivi de la réinsertion des femmes traitées pour FO dans leur communauté
- Appuyer l'accès à des formations professionnelles aux femmes victimes de FO
- Appuyer les ONG pour développer des activités génératrices de revenus (AGR) aux bénéficiaires des femmes victimes de FO

PARTIE III - Stratégie de partenariat

Le Programme d'éradication des fistules obstétricales privilégie une approche multisectorielle de la problématique des fistules et regroupe la majorité des partenaires intervenant en matière de soins obstétricaux d'urgence, de prévention, traitement et réinsertion des fistules au Burkina Faso tels que les ongs, Associations, médias moderne et traditionnels, SNU (UNICEF, OMS) et bailleurs de fonds (Union Européenne, et autres agences Bilatérales). Ce partenariat, sera renforcé par la coopération sud-sud avec le Bénin, le Mali et l'Éthiopie.

Le gouvernement demeure le principal partenaire du programme, notamment à travers les ministères clefs qui interviennent en matière de Population et Développement, Santé de la Reproduction, et Genre. Ces ministères clefs incluent le Ministère de l'Economie et de

Développement, plus spécifiquement la Direction Générale de la Coopération et du Conseil National de population, chargé de la coordination du programme, le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, le Ministère de la Promotion de la Femme.

PARTIE IV - Gestion du Programme

La responsabilité de la coordination de la mise en œuvre du programme est assurée par le Ministère de la santé à travers la Direction de la Santé de la Famille (DSF). En collaboration avec la Direction Générale de la Tutelle des Hôpitaux Publics et du sous Secteur Privé (DGHSP) les ministères partenaires, intervenant dans l'exécution des activités et le bureau de UNFPA, le Ministère de la Santé est chargé d'organiser les revues trimestrielles, et annuelles de l'état d'avancement du programme tant du point de vue technique que financier, de valider les plans annuels (AWP) relatifs au programme.

Afin d'assurer la cohérence des actions, de favoriser les échanges d'informations, et de développer des synergies entre les interventions, le Ministère de la Santé jouera un rôle de facilitateur entre les différentes institutions de mise en œuvre. Ce rôle de facilitation devra être étendu à l'implication des organisations de la société civile dans la mise en œuvre du programme et à travers l'instauration d'un dialogue permanent et systématisé avec celles-ci.

Les différents Ministères techniques, leurs directions régionales et les ONGs en charge de la mise en œuvre de paquets d'activités définis dans le cadre de la planification et élaboration des AWP sont responsables de l'élaboration, en étroite coordination avec le bureau de UNFPA, des rapports techniques trimestriels, semestriels et annuels. Les rapports devront être transmis au moins une semaine avant la tenue des rencontres de coordination et de revues.

La planification et la coordination de la mise en œuvre des activités seront intégrées dans les différents plans de travail tant au niveau national que régional et opérationnel.

Un état de mise en œuvre sera régulièrement fait lors des sessions du comité National de suivi des programmes et stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Pour l'exécution du programme, les procédures suivantes seront utilisées :

Les demandes d'avances de fonds seront faites sur la base des AWP conjointement approuvés par l'UNFPA et les agences et institutions de mise en œuvre, en conformité avec les règles et procédures de UNFPA

- L'acquisition des équipements et matériels se fera sur la base des requêtes formulées par les agences de mise en œuvre et ce conformément aux prévisions contenues dans les AWP et les budgets approuvés selon les procédures de UNFPA.

- Toute modification des prévisions initiales devra être soumise préalablement à l'approbation de UNFPA

- La gestion axée sur les résultats sera appliquée par tous les intervenants et exécutants en s'assurant que les activités convergent vers les Produits et Effets escomptés du Programme et les indicateurs du cadre logique.

Pour le suivi de la mise en œuvre du programme et les différentes étapes de préparation des plans annuels, UNFPA fournira l'assistance technique requise, à travers l'appui du staff du bureau pays

Stratégie de mobilisation des ressources

La lutte contre les fistules obstétricales nécessite une mobilisation des ressources complémentaires pour renforcer le financement des activités de maternité à moindre risque. Aussi, les ressources pour le financement des activités du programme proviendront des programmes et Programmes en cours qui devront intégrer ces activités. Les partenaires traditionnels de la lutte contre la mortalité maternelle (UNFPA, OMS, UNICEF) et les partenaires Bilatéraux devront mobiliser des ressources complémentaires pour le Programme. Les ONGs et Associations qui interviennent dans le domaine de la maternité à moindre risque ou plus spécifiquement dans la prise en charge des fistules obstétricales mettront leurs ressources aux bénéficiaires du Programme. L'Etat Burkinabé, à travers les divers mécanismes de financement des programmes de santé prendra en compte les besoins du présent Programme. Enfin, les mécanismes de financements communautaires seront mis à profit.

La problématique de la lutte contre les fistules obstétricales sera présentée aux bailleurs de fonds, couplé avec un contact régulier et personnalisé afin de mobiliser des ressources additionnelles substantielles durant le programme. Des supports de communication et de plaidoyer (brochure, diaporama, sur les leçons apprises et les résultats d'intervention et des rencontres personnalisées (visites de courtoisie, invitation aux événements, restitution des études) serviront à faire connaître les interventions du Programme auprès des partenaires.

PARTIE V - Suivi et évaluation

Afin d'assurer une gestion du programme axée sur les résultats et un niveau d'atteinte des produits du programme satisfaisant en 2008, les capacités de gestion, de suivi-évaluation et de coordination du Programme sont renforcées au niveau central et décentralisé

Un appui institutionnel sera apporté aux structures de suivi, d'évaluation et de coordination du programme sous forme de dotation en véhicules de coordination et de suivi, en équipement et fournitures de bureau, en matériel informatique, en connexion Internet.

Des voyages d'étude (Mali et Tanguéta Addis Abéba) seront en faveur de l'équipe de coordination ainsi que des participations à des rencontres internationales sur les fistules obstétricales afin de partager les expériences d'autres pays.

Le suivi évaluation prendra en compte le renforcement de la collecte et de l'exploitation des données ainsi que la documentation et la diffusion des leçons apprises.

Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont ceux définis dans le cadre logique du programme. Les éléments de suivi seront intégrés au système national d'information et aux cadres de concertation existants. Plus spécifiquement, le suivi se fera à travers :

- les rapports de progrès des districts sanitaires ;
- les rapports d'activités des hôpitaux ;
- les rapports d'activités du service chargé de la maternité à moindre risque
- les supervisions
- les rencontres du comité technique régional de concertation

- les rencontres des partenaires de la DSF

Un plan de suivi évaluation sera élaboré pour préciser de façon opérationnelle le suivi et l'évaluation du programme.

De même, un protocole d'exécution sera élaborer pour préciser les rôles et responsabilités du Gouvernement et de l'UNFPA.

Description	Budget						TOTAL
	2004	2005	2006	2007	2008		
Personnel							
Voyages							
Voyages du personnel du projet	1000	20000	25000	20000	14000	80000	
Voyages du personnel de l'UNFPA	1000	5000	5000	5000	4000	20000	
Voyages de l'EAT	0	5000	0	5000	0	10000	
	Sous total	2000	30000	30000	30000	18000	110000
Personnel Local							0
Consultant nationaux	0	10000	5000	10000	5000	30000	
	Sous total	0	10000	5000	10000	5000	30000
	Total Composante	2000	40000	35000	40000	23000	140000
ACTIVITES							0
Sous traitance							0
Mobilisation et plaidoyer sociale	0	40000	30000	20000	10000	100000	
CCC/AGR et Microcrédit	0	30000	40000	20000	10000	100000	
Maintenance informatique	0	1500	2000	2500	4000	10000	
Maintenance Véhicule	0	3000	4000	10000	10000	27000	
	Sous total	0	74500	76000	52500	34000	237000
Appui aux institutions							0
Appui UFR/SDS	0	20000	20000	20000	20000	80000	
Appui au transport des FVF	0	500	500	500	500	2000	
Appui aux deux centres d'accueil	0	30000	15000	7500	7500	60000	
	Sous total	0	50500	35500	28000	28000	142000
Activités de recherche							0
étude sur ampleur des fistules	15000	0	0	0	0	15000	
Etude socianthropologique sur les fistules	23000	0	0	0	0	23000	
Recherche opérationnelle	0	10000	0	10000	0	20000	
	Sous total	38000	10000	0	10000	0	58000
Evaluation / Suivi							0
Evaluation à mi parcours et finale	0	0	10000	0	10000	20000	
Voyage d'évaluation	0	0	2500	0	2500	5000	
Plan de suivi évaluation	5000	10000	5000	5000	5000	30000	
	Sous total	5000	10000	17500	5000	17500	55000
Activités CCC et publication							
Elaboration d'un plan intégré de communication	5000	5000	0	0	0	10000	
Production diffusion message audiovisuels	0	40000	10000	10000	10000	70000	
Production de message par communicateurs traditionnels	0	5000	5000	5000	5000	20000	
Production de support CCC	0	15000	0	10000	0	25000	
Documentation et partage de connaissance	5000	5000	5000	25000	5000	45000	
	Sous total	10000	70000	20000	50000	20000	170000

	Total composante	53000	215000	149000	145500	99500	662000
							0
Formations et Ateliers							0
Atelier de lancement de la campagne Mondiale d'éradication des fistules obstétricales		0	10000	0	0	0	10000
Formation des équipes chirurgicales en cure de FO		0	15000	10000	0	0	25000
Formation du personnel paramédical pour le suivi post opératoire		0	10000	10000	0	0	20000
Formation des agents de santé pour le dépistage et la références des cas de fistules		0	10000	10000	0	0	20000
Formation des agents sociaux en mobilisation sociale axée sur les SOU et les fistules		0	10000	0	10000	0	20000
Formation des agents communautaires en CCC/SOE, SOU et fistules		0	10000	10000	10000	0	30000
Voyage d'étude (Tanguèta, Mali, Addis Abéba)		15000	0	0	15000	0	30000
Participation à des conférences internationales sur la campagne Mondiale d'éradication des fistules		0	5000	5000	5000	5000	20000
Attribution de bourses d'étude aux étudiants en Cess de chirurgie pour cure de fistule		0	0	10000	5000	5000	20000
	Sous total	15000	70000	55000	45000	10000	195000
Réunions							0
Réunions de projet		2000	5000	5000	4000	4000	20000
Réunions de partage d'informations avec les dirigeants de communauté		0	5000	5000	5000	5000	20000
Organisation système de référence et de contre référence et système de partage des coûts		0	30000	0	0	0	30000
	Sous total	2000	40000	10000	9000	9000	70000
	Total composante	17000	110000	65000	54000	19000	265000
							0
Equipement/Consommables							0
Médicaments et consommables médicaux pour FVF		0	5000	7000	5000	3000	20000
Fourniture de bureau		0	4000	2000	2000	2000	10000
	Sous total	0	9000	9000	7000	5000	30000
Equipement durable							0
Matériel inforamtique		0	15000	0	0	0	15000
Equipement médico chirurgicals		20000	75000	0	5000	0	100000
Matériel audio visuel		13000	20000	0	7000	0	40000
Véhicules		0	35000	0	0	0	35000
Equipement de bureau		0	15000	0	0	0	15000
Equipement en RAC		10000	0	15000	0	0	25000
Ambulance		0	200000	0	0	0	200000
	Sous total	43000	360000	15000	12000	0	430000
Contraceptifs							0
Approvisionnement en contraceptifs pour la prévention primaire des FO		0	200000	0	0	0	200000
	Sous total	0	200000	0	0	0	200000
	Total composante	43000	569000	24000	19000	5000	660000
Divers							0
Fonctionnement et entretien de l'équipement		0	5000	5000	5000	5000	20000
Rapport et coût d'impression		0	5000	5000	5000	5000	20000
Communication		0	15000	0	0	0	15000

Audit		0	2000	2000	2000	2000	8000
	Sous total	0	27000	12000	12000	12000	63000
	Total composante	0	27000	12000	12000	12000	63000
	Total général	115000	961000	285000	270500	158500	1790000

**Annexe 1 : CADRE DU COUPLAGE RESULTATS –RESSOURCES DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES FISTULES
OBSTETRIQUES 2004 - 2008**

	I.O.V	Ressources indicatives par composante du programme (par an, en dollars us)					
		2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Produit 1 : En 2008, l'utilisation des services de soins obstétricaux essentiels et d'urgence dans les formations sanitaires s'est accrue	la couverture en CPN recentrée atteint au moins 80% des femmes enceintes 15% des naissances ont lieu dans des SOUB et les SOUC Le taux de césarienne atteint 1,5%	56000	410000	300000	112000	40000	918000
Produit 2 : En 2008, l'accès et l'utilisation des services de prise en charge des fistules obstétricales de qualité se sont accrus	Deux centres nationaux de traitement des FO équipés et fonctionnels Nombre de fistules traitées Le taux d'échec est réduit de 75%	50000	165500	82500	58000	36000	392000
Produit 3 : En 2008, des opportunités d'insertion et d'amélioration des conditions de vie des femmes fistuleuses traitées existent	50% des femmes traitées pour une FO et qui en ont besoin ont eu accès dispose d'un moyen d'existence 50% des femmes traitées pour une FO et qui en ont besoin ont bénéficié du financement de leur Programme 100% des femmes qui ont présenté une FO sont acceptées et intégrées dans leur communauté	0	15000	20000	10000	5000	50000
Produit 4 : Les capacités de gestion et de suivi-évaluation et de coordination du Programme sont renforcées au niveau central et décentralisé	90% des ressources nécessaire ont été mobilisées Le taux d'exécution technique est de 100% Le taux d'exécution financière est de 100%	9000	170500	82500	90500	77500	430000
Total du budget par année		115000	761000	485000	270500	158500	1790000

CADRE LOGIQUE DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES FISTULES OBSTETRIQUES

Hiérarchie des objectifs	I.O.V	MDV/SV	DATE PREVUE POUR LA COLLECTE DES DONNEES	STRUCTURE RESPONSABLE DE LA COLLECTE DES DONNEES	HYPOTHESE ET RISQUE
Produit 1 : En 2008, l'utilisation des services de soins obstétricaux essentiels et d'urgence dans les formations sanitaires s'est accrue	la couverture en CPN recentrée atteint au moins 80% des femmes enceintes 15% des naissances ont lieu dans des SOUB et les SOUC Le taux de césarienne atteint 1,5%	Rapports statistiques des formations sanitaires	2005-2008	DEP	Les normes en personnels au niveau des formations sanitaires périphériques et de recours sont respectées ; L'ensemble des partenaires mettent en commun leurs efforts La situation épidémiologique reste calme
Produit 2 : En 2008, l'accès et l'utilisation des services de prise en charge des fistules obstétricales de qualité se sont accrus	Deux centres nationaux de traitement des FO équipés et fonctionnels Nombre de fistules traitées Le taux d'échec est réduit de 75%	Rapports statistiques des sites de cure de fistules	2005-2008	DEP	Les structures hospitalières adhèrent au Programme

Hierarchie des objectifs	I.O.V	MDV/SV	DATE PREVUE POUR LA COLLECTE DES DONNEES	STRUCTURE RESPONSABLE DE LA COLLECTE DES DONNEES	HYPOTHESE ET RISQUE
Produit 3 : En 2008, des opportunités d'insertion et d'amélioration des conditions de vie des femmes fistuleuses traitées existent	<p>50% des femmes traitées pour une FO et qui en ont besoin ont eu accès dispose d'un moyen d'existence</p> <p>50% des femmes traitées pour une FO et qui en ont besoin ont bénéficié du financement de leur Programme</p> <p>100% des femmes qui ont présenté une FO sont acceptées et intégrées dans leur communauté</p>	Rapport d'activité des centres d'accueil	A partir de 2005	MASSN	Les autres Ministères partenaires s'engagent pleinement dans la mise en œuvre du Programme

ANNEXE 2 : PLAN DE SUIVI ET EVALUATION DU PROGRAMME COMPOSANT DE 2004 A 2008

Composantes																		
	2004		2005				2006				2007				2008			
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETUDES ET RECHERCHES																		
Réaliser une étude socio-anthropologique sur les fistules obstétricales																		
1.VISITES SUR LE TERRAIN																		

Composantes																		
	2004		2005				2006				2007				2008			
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1.1 Visite trimestrielle de suivi du Programme par la CNP																		
1.2 Mission conjointe du comité de pilotage																		
2. ETABLISSEMENT DES RAPPORTS																		
2.1 Rapports trimestriels d'activités																		
2.2 Rapport annuel d'avancement																		
234 Rapports financiers																		
3. RÉUNIONS																		
3.1 Réunion trimestrielle de suivi au niveau DRS																		
3.3 Réunion semestrielle du comité de pilotage du Programme																		
4. REVUES																		
4.1 Revue annuelle du Programme																		
5. AUDIT ET EVALUATION																		
5.1 Audit annuel du Programme																		
5.2 Audit final du Programme																		
5.2 Evaluation finale du Programme																		
6. INVENTAIRES ET CLÔTURE DU PROGRAMME																		
6.1 Inventaire annuel des équipements du Programme																		
6.2 Clôture du Programme																		

PLAN DE TRAVAIL 2004

Produits du programme attendu et indicateurs	ACTIVITES PLANIFIEES	PERIODE D'EXECUTION				RESPONSABLES	BUDGET		
		T1	T2	T3	T4		Sources des fonds	Description dans le budget	Montant
<p>Produit 1 : En 2008, l'utilisation des services de soins obstétricaux essentiels et d'urgence dans les formations sanitaires s'est accrue ; Indicateurs : i) la couverture en CPN recentrée atteint au moins 80% des femmes enceintes ; ii) 15% des naissances ont lieu dans des SOUB et les SOUC ; iii) Le taux de césarienne atteint 1,5%</p> <p>Objectifs annuels : Renforcement du niveau de connaissance des partenaires sur les fistules obstétricales</p>	Réaliser une étude sur l'ampleur des FO et les capacités de leur prise en charge	X				DSF	UNFPA	Réalisée suivant un contrat de sous traitance, le budget couvre les honoraires des consultants, paiements pour les services de ceux qui collectent les données, les employés de saisie des données ; les coûts de formation des interviewers, la photocopie, les matériaux de collecte de données comme les magnétophones, les cassettes, etc.	15000
	Réaliser une étude socio-anthropologique sur les fistules obstétricales			X		DSF	Union Européenne (UE)	Réalisée suivant un contrat de sous traitance, le budget couvre les honoraires des consultants, paiements pour les services de ceux qui collectent les données, les employés de saisie des données ; les coûts de formation des interviewers, la photocopie, les matériaux de collecte de données comme les magnétophones, les cassettes, etc.	23000
	Elaborer un plan intégré de communication				X	DSF, DRS	UNFPA	Ce montant couvre les frais d'atelier(pause café, location de salle, fournitures de bureau et les DAS des participants venants des districts sanitaires	5000
	Doter les structures intervenant en matériel audio visuel				X	DSF	UNFPA	Plusieurs ONG et associations recevront du matériel télévision magnétoscopes groupes électrogènes, pour les activités de sensibilisation	13000
	Editer les rapports des études				X	DSF	UE	Les rapports de recherche seront édités et multipliés en plusieurs exemplaires pour être diffusés	50000
Produit 2 : En 2008, l'accès et	Identifier les sites			X		DSF	PM	PM	PM

Produits du programme attendu et indicateurs	ACTIVITES PLANIFIEES	PERIODE D'EXECUTION				RESPONSABLES	BUDGET		
		T1	T2	T3	T4		Sources des fonds	Description dans le budget	Montant
l'utilisation des services de prise en charge des fistules obstétricales de qualité se sont accrus ; Indicateurs : Deux centres nationaux de traitement des FO équipés et fonctionnels Nombre de fistules traitées Le taux d'échec est réduit de 75% Objectif annuel : les 2 centres nationaux de traitement des fistules obstétricales disposent de matériel médical technique et 5 CSPPS de RAC	Etablir la liste des besoins les capacités des sites identifiés			X		DSF	PM	PM	
	Equiper les deux centres en matériel médico chirurgical			X		DSF	UE	Le montant indiqué servira au paiement du matériel médical et chirurgical pour les cures de fistules	20000
	Equiper les CSPPS en RAC			X		DSF	UE	Des moyens de communication rapide tels que des RAC seront acquis pour les Centres de santé de premier niveau	10000
<i>Coordination, suivi-évaluation du Programme</i>	Réaliser des voyages d'étude (Mali et Tanguiéta)			X		DSF	UNFPA	Ce montant servira à payer les DSA pour les voyages afin d'identifier un centre de stage de formation pour les chirurgiens burkinabés en cure de fistule	15000
	Elaborer un plan de suivi évaluation			X		DSF	UNFPA	Ce montant couvre les frais d'atelier(pause café, location de salle, fournitures de bureau et les DAS des participants venants des districts sanitaires	5000
	Tenir des réunions de coordination				X	DSF	UNFPA	Ce montant couvre les frais d'atelier(pause café, location de salle, fournitures de bureau et les DAS des participants venants des districts sanitaires	2000

Total Budget 2004 : \$115000 US réparti entre la contribution de l'Union Européenne et de l'UNFPA ainsi qu'il suit :

Sponsor	Union Européenne \$ US	UNFPA \$ US	Total \$ US
Montant en \$ US	60000	55000	115000

