

MINISTERE DE LA SANTE

-----

SECRETARIAT GENERAL

-----

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE

-----

DIVISION SANTE DE LA REPRODUCTION

-----

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi

-----

# SITUATION DES FISTULES OBSTETRIQUES AU MALI



Décembre 2003

## Table des matières

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
	CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE .....	10
<b>II.</b>	<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>12</b>
	OBJECTIF GENERAL : .....	12
	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES : .....	12
<b>III.</b>	<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>13</b>
1.	ENQUETE MEDICALE : .....	13
1.1.	<i>Matériel</i> : .....	13
1.2.	<i>Méthodes</i> : .....	13
1.2.1.	<i>Type d'étude</i> : .....	13
1.2.2.	<i>Population étudiée</i> : .....	13
1.3.	<i>Sources d'information</i> : .....	13
1.4.	<i>Supports de recueil des données</i> : .....	13
1.5.	<i>Critères de non-inclusion</i> : .....	13
1.6.	<i>Traitement des données</i> : .....	13
1.7.	<i>Difficultés liées à la méthodologie</i> : .....	14
2.	ENQUETE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE : .....	14
2.1.	<i>Raison du choix des enquêtés et stratégie de terrain</i> : .....	14
2.2.	<i>Technique de collecte</i> : .....	14
2.3.	<i>Lieux et périodes d'enquête</i> : .....	14
2.4.	<i>Analyse des données</i> : .....	14
2.5.	<i>Difficultés</i> : .....	15
<b>IV.</b>	<b>RESULTATS</b> .....	<b>16</b>
1.	SITUATION SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE : .....	16
1.1.	<i>Vision populaire de la fistule</i> : .....	16
1.1.1.	<i>Conception populaire de la fistule</i> : .....	16
1.1.2.	<i>Cause de la fistule</i> : .....	17
1.1.3.	<i>Perception populaire d'une femme atteinte de fistule</i> : .....	18
1.1.4.	<i>Conséquence de la fistule</i> : .....	18
1.2.	<i>Prise en charge de la fistule</i> : .....	18
1.2.1.	<i>Prise en charge locale ou pratique traditionnelle</i> : .....	18
1.2.2.	<i>Prise en charge médicale</i> : .....	19
1.2.3.	<i>Démarche communautaire de prise en charge des patientes de Bla à Bamako</i> : .....	20
1.2.4.	<i>Prise en charge sociale</i> : .....	20
1.2.5.	<i>Curabilité de la fistule</i> : .....	20
1.3.	<i>Histoire des fistules</i> : .....	21
	<i>Quelques témoignages</i> .....	21
1.4.	<i>Intervenants en faveur de la fistule et leurs besoins</i> : .....	23
1.4.1.	<i>A Mopti</i> : .....	23
1.4.2.	<i>A Bla</i> : .....	25
1.4.3.	<i>A Bamako</i> : .....	26
1.5.	<i>Commentaires</i> : .....	27
2.	SITUATION MEDICALE .....	28
2.1.	<i>Centres spécialisés dans le traitement chirurgical des fistules</i> : .....	28
2.1.1.	<i>Service d'urologie de l'hôpital national du Point G</i> : .....	28
2.1.2.	<i>Service de chirurgie de l'hôpital régional de Mopti</i> : .....	29
2.2.	<i>Fréquence</i> : .....	29
2.3.	<i>Profil des femmes porteuses de fistules</i> : .....	31
2.4.	<i>Prise en charge médico-chirurgicale</i> : .....	32
2.5.	<i>Prise en charge financière du traitement de la fistule</i> : .....	33
<b>V.</b>	<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>34</b>
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>35</b>

<b>VII.</b>	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>36</b>
<b>VIII.</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>37</b>
	1. FICHE D'ENQUETE MEDICALE : .....	37
	2. FICHES D'ENQUETE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE .....	38

## Liste des abréviations

ASACO	: Association de santé communautaire
CSAR	: Centre de santé d'arrondissement revitalisé
CSC	: Centre de santé de cercle
CSCom	: Centre de santé communautaire
CSRéf	: Centre de santé de référence
DNS	: Direction nationale de la santé
DRS	: Direction régionale de la Santé
DSR	: Division santé de la reproduction
EDS	: Enquête démographique et de santé
ESSC	: Equipe socio-sanitaire de cercle
FENASCOM	: Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
GEU	: Grossesse extra-utérine
HR	: Hôpital Régional
HGT	: Hôpital Gabriel Touré
HPG	: Hôpital Point G
IAMANEH	: International association for maternal and neonatal health
NN	: Nouveau-né
NV	: Naissances Vivantes
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PMA	: Paquet minimum d'activité
SIS	: Système d'information sanitaire
SOU	: Soins obstétricaux d'urgence
SOUB	: Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC	: Soins obstétricaux d'urgence complets
UNFPA	: Fond des nations unies pour la population
UNICEF	: Fond des nations unies pour l'enfance

## Personnes ayant participé à l'étude

L'étude sur les fistules obstétricales a été menée sous l'égide de la Direction Nationale de la Santé, la mise en oeuvre a été assurée par la Division Santé de la Reproduction.

La réalisation de cette étude a nécessité la constitution de :

- *Comité de pilotage :*

Dr Zeïnab Mint Youba	Chef de Division Santé de la Reproduction (DSR)
Dr Benoît Karambiri	Chef de Division Prévention Et lutte contre la maladie (DPLM)
Pr Kalilou Ouattara	Chef du service d'urologie de l'Hôpital du Point G (HPG)
Pr Amadou Dolo	Chef du service de Gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré (HGT)
Mme Diakité Kadiatou Sidibé	Direction Nationale du Développement Sociale (DNDS)
Mme Fatoumata Mary Traoré	Direction Nationale de Protection Sociale et de l'Economie Solidaire (DNPSES)
Dr Kadiatou Keïta	IAMANEH/Suisse
Dr Jean Martin Zino	Représentant MDM/Mopti
Lamine B Traoré	PASAF
Yachim Maïga	CESPA
Dr Hamadassalia Touré	UNICEF
Dr Sarmoye Cissé	OMS
Dr Mariam Sissoko	UNFPA

- *Equipe socio-anthropologique :*

Abdoulaye Boré	Sociologue/Chef d'équipe
Ismaël Famanta	Enquêteur
Mme Dolo Oumou Diombélé	Enquêtrice/IAMANEH Suisse

- *Equipe médicale :*

Dr Aïssata Ba	Chef d'équipe
Dr Kalifa Traoré	Enquêteur/DSR
Pr Kalilou Ouattara	Enquêteur/Hôpital Point G
Dr Mamadou Traoré	Enquêteur/DRS Mopti
Dr Mahamadou Keïta	Enquêteur/Hôpital Mopti
Dr Jean Martin Zino	Enquêteur/MDM

- *Consultant :*

Dr Dian Sidibé	UNFPA
----------------	-------

## Remerciements

Le ministère de la santé remercie les partenaires au développement de leur appui technique, financier et matériel pour la réalisation de ce travail. Il s'agit notamment de :

- L'UNFPA ;
- Médecins du Monde
- IAMANEH/Suisse
- L'OMS ;
- L'UNICEF ;

Ces remerciements vont également à la direction régionale de Mopti, au personnel des hôpitaux du Point G et de Mopti pour leur disponibilité lors de la collecte des données.

Il est reconnaissant à tous ceux qui ont bien voulu faire des commentaires pour l'amélioration de la qualité du document.

## Résumé

La fistule obstétricale est caractérisée par la perte permanente des urines et/ou des selles par le vagin. De toutes les infirmités liées à la grossesse, elle est celle qui cause le plus de séquelles. Elle touche de 50 000 à 100 000 femmes par an dans le monde.

La prévalence de la fistule est la plus élevée dans les communautés pauvres d'Afrique, surtout d'Afrique subsaharienne et d'Asie où l'aide obstétricale qualifiée est insuffisante.

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

Ainsi pour mieux cerner la problématique de la fistule et surtout en connaître l'ampleur, l'UNFPA a décidé de soutenir la formulation de *Projet sur les fistules obstétricales au Mali*.

La présente analyse de situation a porté sur 2 aspects, un aspect socio-anthropologique et un aspect médical.

L'étude socio-anthropologique a utilisé une approche dite communautaire pour comprendre la perception, la connaissance et la prise en charge de la fistule par les populations en milieu rural. L'enquête a concerné des groupes sociaux différents : intervenants étatiques (professionnel de la santé, travailleurs des services sociaux) ; intervenants non étatiques (ONG et autre organisation) ; les communautés (ménage, leader communautaire, religieux, tradipraticiens, accoucheuse traditionnelle) et les femmes atteintes de fistule.

Le choix a été fait dans les zones d'intervention de l'ONG IAMANEH/Suisse qui lutte contre la fistule. L'entretien avec les premiers responsables qui ont intervenu dans le domaine de la lutte contre la fistule a orienté le choix des enquêtés.

L'enquête s'est déroulée à Mopti, Bla et Bamako.

Quant à l'étude médicale, elle était rétrospective basée sur les données sanitaires recueillies dans les hôpitaux qui font des interventions chirurgicales sur les fistules du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 décembre 2002.

Il n'existe que deux centres spécialisés qui s'occupent de la prise en charge chirurgicale des fistules obstétricales. Il s'agit du service d'urologie de l'hôpital du Point G et le service chirurgical de l'hôpital de Mopti.

Pendant la période d'étude, les 2 hôpitaux ont colligés 568 femmes porteuses de fistules, soit 195 cas par an. La majorité de ces femmes sont du milieu rural, 15% ont un âge inférieur à 18 ans avec une moyenne d'âge de 27,1 ans.

La fistule survient le plus souvent au premier accouchement (48%).

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

L'accouchement par voie basse est en cause pour nombre de ces fistules car dans la plupart des cas se faisant sans aide obstétrical et même s'il existe la femme a fait recours tardivement aux soins (au minimum 3 jours après le début du travail).

Mais nous constatons malheureusement un certain nombre dû aux fautes techniques du prestataire de santé (31% des cas : la césarienne en tête suivie du forceps et d'hystérectomie). Ce qui pose le problème de la qualité des interventions obstétricales majeures dans nos structures de santé.

L'enfant causal de la fistule à une issue dramatique 94,1% de morts nés.

Plus de la moitié des femmes ne voyaient plus leurs règles et n'avaient plus d'activités sexuelles. Cela pose un problème de santé de la reproduction.

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

- Au service d'urologie de l'hôpital du Point G, 77% étaient complètement guéries, 15% des fistules fermées avaient une incontinence urinaire et 8% étaient inguérissables nécessitant une opération de dérivation ;
- A l'hôpital régional de Mopti, 78% des femmes étaient complètement guéries. 3,6% présentaient des troubles sphinctériens et 17,5% n'ont pas pu être guéries.

D'après le service d'urologie du Point G, 55% des malades guérissent à la première intervention si la fistule est de première main (c'est à dire que la fistule n'a jamais été opérée par un non spécialiste). Le nombre de tentative chirurgicale peut atteindre 6 à 7 interventions ou plus, donc la chirurgie de fistule obstétricale reste une chirurgie délicate qui ne doit pas être banalisée.

Dans la majorité des cas, la prise en charge financière est assurée par les ONG et le service social. Le conjoint et la famille contribuent très peu dans la prise en charge de l'intervention chirurgicale.

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

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

Malgré les efforts louables que mènent IAMANEH/Suisse et MDM la fistule est peu connue. La fistule obstétricale est mal perçue par la communauté et très mal vécue par les patientes.

Les grandes orientations pour faire reculer les fistules obstétricales et améliorer les conditions de prise en charge des femmes malades de fistules sont :

1. Volet préventif ;
2. Volet curatif ;
3. Volet social ;
4. Volet suivi/évaluation.

Ces volets seront développés et détaillés dans le document de projet.

## I. INTRODUCTION

La fistule vésico-vaginale (FVV) est une communication pathologique acquise, entre la vessie et le vagin, ayant comme conséquence, un écoulement permanent, une fuite permanente des urines par le vagin.

La notion de cette infirmité remonte à la nuit des temps : « Si une femme a l'urine qui coule en permanence, elle les perdra toute sa vie » a dit Papyrus Ebers 2000 avant Jésus Christ cité par L. Falandry [6].

Ainsi, dans les pays développés, les fistules iatrogènes (chirurgie gynécologique prédominant) alors que dans les pays en développement, les fistules obstétricales prédominent.

La fistule obstétricale est caractérisée par la perte permanente des urines et/ou selles consécutive à l'accouchement. De toutes les infirmités liées à la grossesse, elle est celle qui cause le plus de séquelles ; et elle touche 50 000 à 100 000 femmes par an dans le monde.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) évalue à plus de 2 millions le nombre actuel des femmes atteintes d'une fistule obstétricale [1].

La prévalence de la fistule est la plus élevée dans les communautés pauvres d'Afrique sous médicalisées, surtout d'Afrique subsaharienne et d'Asie où l'aide obstétricale qualifiée est aléatoire.

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

En Afrique de l'Ouest, 5 000 nouveaux cas par an sont recensés dont 600 au Mali (études du Dr Falandry). Les statistiques sanitaires du service d'urologie du Pr Ouattara de l'hôpital national du Point G montrent qu'environ 2 femmes sur 7 vues en consultation portent une fistule. La fistule obstétricale devient dès alors un véritable problème de santé publique au Mali.

Ainsi pour mieux cerner la problématique de la fistule et surtout en connaître l'ampleur, l'UNFPA a décidé de soutenir la formulation de *Projet sur les fistules obstétricales au Mali*. Cette initiative comportait dans un premier temps une analyse de la situation sur les fistules obstétricales et dans un second temps, l'élaboration d'un projet de prise en charge des femmes porteuses de fistules obstétricales.

Le processus d'élaboration de ce projet a été piloté par un comité technique multidisciplinaire<sup>1</sup> regroupant les représentants de la Direction Nationale de la Santé, de la Division Santé de la Reproduction, des services d'urologie et de gynécologie- obstétrique, des ONG IAMANEH/Suisse et Médecins du Monde (MDM). Ainsi que les partenaires au développement : OMS, UNICEF et UNFPA.

L'étude a été menée par le ministère de la santé à travers la Direction Nationale de la Santé (DNS) ; la responsabilité technique et la coordination ont été confiées à la Division Santé de la Reproduction (DSR) et la Division Prévention et Lutte contre la Maladie (DPLM).

---

<sup>1</sup> Voir liste des personnes en page

Les équipes médicale et socio-anthropologique<sup>2</sup> ont assuré la collecte des données au niveau des hôpitaux de Bamako (HPG) et de Mopti, et au sein de la population de Bamako, Bla et Mopti.

L'étude a bénéficié de l'appui financier de l'UNFPA.

### **Contexte et justification de l'étude**

Le Mali est un pays enclavé qui s'étend sur une superficie de 1 241 238 Km<sup>2</sup> avec une population de 10 766 948 habitants en 2002 et une densité de 8 habitants au Km<sup>2</sup>. La population est jeune avec 48,7% de jeunes âgés de moins de 15 ans. Le taux d'accroissement est de 2,26% et l'indice synthétique de fécondité est de 6,7 enfants par femme. Les adolescentes de 15 à 19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale des femmes.

La situation socio-sanitaire, malgré les résultats satisfaisants en matière d'extension de la couverture, est caractérisée par des taux élevés de mortalité maternelle (583 pour 100 000 naissances vivantes), infantile (113 pour 1000 naissances vivantes) et infanto-juvénile (238 pour 1000 naissances vivantes). Cette situation s'explique entre autres par des facteurs liés à l'accessibilité et à la qualité des services de santé.

Le réseau des structures de prestation de soins est organisé sous forme pyramidale allant de la base au sommet :

- Des structures sanitaires du 1<sup>er</sup> niveau appelées Centre de Santé Communautaire (CSCoM) ;
- Des structures de 2<sup>ème</sup> niveau (hôpitaux et les Centres de Santé de Référence (CSRéf) ;
- Des structures de 3<sup>ème</sup> niveau (Hôpitaux nationaux).

Chacun des niveaux sert de référence et de soutien pour le niveau immédiatement supérieur.

Les CSCoM offrent un ensemble d'activités préventives, curatives et promotionnelles constituant le paquet minimum des activités (PMA).

L'analyse de situation des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) faite en 2003 fait ressortir un déficit important et une inégale répartition en structures de Soins Obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB) sur l'ensemble du territoire. Les services de SOU enregistrent des taux d'indicateurs faibles : la proportion des accouchements assistés est faible (7,8%) et les besoins satisfaits en urgences obstétricales sont de 7,7%. Parmi les principales raisons qui pourraient expliquer ces faibles taux nous pouvons évoquer entre autres :

- ❑ Le problème d'insuffisance et de répartition du personnel (notamment les sages-femmes), ainsi que son instabilité surtout dans les zones rurales ;
- ❑ La sous utilisation des services par les femmes ;
- ❑ Le problème lié aux 3 retards (dans la décision de recourir aux soins, rejoindre la structure de soins, recevoir les soins adéquats) ;
- ❑ L'insuffisance de l'accessibilité géographique et financière.

---

<sup>2</sup> Voir composition des équipes dans le chapitre : personnes ayant participé à l'étude

Sur le plan des ressources humaines le pays compte 48 gynécologues, 65 chirurgiens, peu d'urologues (5) et 378 sages femmes. Cela aussi dénote également les insuffisances de compétences dans la prise en charge dans les formations sanitaires.

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

La restriction des centres de traitement chirurgicale pour les femmes porteuses de fistules (l'hôpital du Point G à Bamako et l'hôpital de Mopti) est également un facteur qui limite la prise en charge des cas de fistules.

Au vu de tous ces facteurs, la formulation du projet sur les fistules vient à point nommé pour permettre d'étendre la prise en charge chirurgicale et psycho-sociale des femmes porteuses de fistules au niveau de toutes les régions du pays.

## **II. OBJECTIFS**

### **OBJECTIF GENERAL :**

Recueillir des données médicales sur les fistules et des données socio-anthropologiques sur la perception que les hommes et les femmes ont des femmes porteuses de fistules dans la communauté afin d'avoir une situation réelle de la problématique des fistules au Mali.

### **OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :**

1. Déterminer la fréquence des fistules au niveau des centres enquêtés ;
2. Décrire le profil des femmes porteuses de fistules ;
3. Décrire les conditions de prise en charge des fistules au niveau des centres enquêtés ;
4. Apprécier les résultats du traitement ;
5. Déterminer le niveau de connaissance de ces différents groupes cibles par rapport à la fistule (causes, conséquences, manifestations, etc.) ;
6. Apprécier les attitudes des groupes cibles vis à vis de la fistule ;
7. Recenser les pratiques (traditionnelles et modernes) en terme de prise en charge ;
8. Donner la perception (les stéréotypes, les préjugés socioculturels) que la population (hommes, femmes, maris, coépouses) ont de la fistule ;
9. Déterminer le rôle de la famille et de la société par rapport à la prise en charge de la fistule ;
10. Evaluer l'impact socio-économique de la fistule pour la société.
11. Identifier les partenaires et principaux acteurs intervenant en faveur des fistules au Mali (projets, ONGs, services techniques...), leurs besoins et leur disponibilité à collaborer de manière durable avec le futur projet des fistules ;
12. Répertorier et analyser les types d'activités I.E.C/Plaidoyer (forces et faiblesses) des différents intervenants ;
13. Faire des recommandations pour aider la prise en charge chirurgicale et psycho-sociale des femmes porteuses de fistules obstétricales.

### **III. MATERIEL ET METHODES**

#### **1. Enquête médicale :**

##### **1.1. Matériel :**

L'étude a porté sur deux hôpitaux qui font des interventions chirurgicales sur les fistules. Il s'agit du service d'urologie de l'hôpital national du Point G et le service de chirurgie de l'hôpital régional de Mopti (projet Fistules Vésico-Vaginales de Médecins du Monde).

##### **1.2. Méthodes:**

###### **1.2.1. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective sur les données sanitaires recueillies dans les hôpitaux enquêtés du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 décembre 2002.

###### **1.2.2. Population étudiée :**

Il s'agit des femmes venues consulter pour fistule obstétricale. L'enquête a également porté sur la situation des ressources humaines, matérielles de la structure.

##### **1.3. Sources d'information :**

Les informations ont été recueillies dans les supports suivants :

- ❑ Le registre des hospitalisations ;
- ❑ Le protocole opératoire ;
- ❑ Le dossier des patientes ;

L'interview du personnel a permis de compléter les informations manquantes dans les dossiers.

##### **1.4. Supports de recueil des données :**

Le questionnaire « Formulaire d'enquête sur les fistules obstétricales dans les formations sanitaires au Mali » (voir annexes).

##### **1.5. Critères de non-inclusion :**

Il s'agit des femmes dont la fistule n'est pas d'origine obstétricale.

##### **1.6. Traitement des données :**

L'analyse des données a été réalisée au niveau de la Division Santé de la Reproduction. Le logiciel Excel a été utilisé pour la saisie et l'analyse des données.

### **1.7. Difficultés liées à la méthodologie :**

- ❑ L'absence dans le dossier des femmes d'information sur certaines variables (si la CPN a été faite lors de la grossesse causale et par qui ? le niveau d'instruction, parfois l'âge au premier mariage et la taille) ;
- ❑ Certains dossiers des femmes n'ont pas été retrouvés au niveau du service d'urologie de l'hôpital du Point G.

## **2. Enquête socio-anthropologique :**

### **2.1. Raison du choix des enquêtés et stratégie de terrain :**

L'enquête a concerné des groupes sociaux différents : intervenants étatiques (professionnel de la santé, travailleurs des services sociaux) ; intervenants non étatiques (ONG et autre organisation) ; les communautés (ménage, leader communautaire, religieux, tradipraticiens, accoucheuse traditionnelle) et les femmes atteintes de fistule. Ce qui nous a amené à développer une approche dite communautaire pour comprendre la perception, la connaissance et la prise en charge de la fistule par les populations en milieu rural.

Le choix s'est fixé sur les zones d'intervention de l'ONG IAMANEH/Suisse qui lutte contre la fistule. *Il faut signaler que les animateurs de IAMANEH ont joué un rôle important dans la prise de rendez-vous avec les enquêtés en zone rurale.*

L'entretien avec les premiers responsables qui ont intervenu dans le domaine de la lutte contre la fistule a orienté le choix des enquêtés.

### **2.2. Technique de collecte :**

Nous avons procédé à l'administration de guides d'entretien, de questionnaires « ménage » avec des prises de notes. On disposait d'un cahier d'observation nous permettant de faire une synthèse de l'activité journalière.

### **2.3. Lieux et périodes d'enquête :**

La période d'enquête a duré du 5 au 23 décembre 2003. L'enquête s'est déroulée à Mopti, Bla et Bamako.

A Bla l'enquête a été faite dans trois aires de santé (Touna, Kéméni et Dougouolo).

### **2.4. Analyse des données :**

Pour faciliter l'analyse des données le groupage des thèmes a été adopté comme procédé. Ainsi les thèmes suivants ont été retenus en fonction de la structuration de nos guides d'entretien :

- ❑ Connaissance et perception populaire de la fistule ;
- ❑ Causes ;
- ❑ Prise en charge de la fistule ;

- ❑ Conséquence ;
- ❑ Histoire des fistules ;
- ❑ Les intervenants en faveurs de la fistule ;
- ❑ Les points forts et les points faibles.

S'agissant de la rédaction, l'analyse des discours des enquêtés a été privilégiée tout en se référant aux thèmes cités ci-dessus. Les points de vue des enquêtés sont rapportés comme tel. Aussi faut-il souligner que quelques expressions ou concepts locaux (en bambara) existent également dans le document.

Le tableau 1 résume succinctement le nombre d'entretiens individuels, de ménages, de patientes, d'ONG rencontrées.

**Tableau I : Le nombre d'entretiens effectués**

<b>Type d'entretien</b>	<b>Nombre</b>
Individuel	37
Ménages	60
Patientes	21
ONG	3
<b>Total</b>	<b>121</b>

### **2.5. Difficultés :**

Les difficultés se résument à l'indisponibilité des enquêtés principalement en milieu rural. L'enquête s'est déroulée en période de récolte de céréales.

## **IV. RESULTATS**

### **1. Situation socio-anthropologique :**

#### **1.1. Vision populaire de la fistule :**

##### **1.1.1. Conception populaire de la fistule :**

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

##### **Les soignants**

Pour le premier groupe la fistule se définit comme un indicateur du sous développement s'articulant autour d'un certain nombre de problèmes : extension de la couverture sanitaire, mauvaise qualité de service (mal assisté ou non assisté), l'utilisation tardive du service de santé et les croyances culturelles.

Quant au deuxième groupe la fistule n'est pas une maladie. C'est une infirmité majeure qui est l'expression majeure de la non assistance d'une personne en danger. Car estiment -t- ils qu'une parturiente est une personne en danger. Elle participe à la prolongation de la vie et à la survie de l'espèce.

Et enfin le troisième groupe définit la fistule comme une pathologie des gens pauvres. Le pauvre n'a pas accès au médecin et s'il a accès au médecin il n'a pas d'argent pour payer le service. Ceci aboutit à la fistule. Bref, c'est la non prise en charge en amont d'une femme en travail.

##### **Les assistants sociaux**

Pour les uns la fistule est un fléau social qui doit être classé comme maladie sociale, la personne atteinte ne souffre pas de douleur physique. Pour les autres la fistule n'est pas une maladie mais une anomalie puisqu'elle n'est pas une maladie pathogène. C'est une maladie redoutable qui se manifeste par un rejet social, un traitement difficile et coûteux sauf pour les cas simples.

##### **Les patientes**

La fistule est une maladie :

- qui paralyse, qui invalide et qui est suivi d'écoulement permanent d'urine et/ou de selles.
- qui fait que les gens refusent d'acheter ce qu'on vend.
- rend la femme inféconde, détruit la vie de la personne durant le reste de sa vie et réduit la chance de fonder un nouveau foyer.
- particulière non contagieuse qui n'atteint pas toutes les femmes.
- qui oblige la femme à porté des garnitures.

##### **Les communautés : leaders communautaires, population**

Les résultats de l'enquête nous donnent les dénominations locales suivantes de la fistule.

**Tableau II : Les différents noms de la fistules en langue locale et leurs traductions en français**

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

### 1.1.2. Cause de la fistule :

#### **Les soignants**

Ils disent que la fistule obstétricale est le plus souvent due à des difficultés d'accouchement. Socialement, ils y associent plusieurs aspects et facteurs notamment :

- La faible couverture sanitaire surtout obstétricale ;
- Le faible suivi des grossesses (insuffisance de consultation prénatale) ;
- La condition économique (maladie des gens démunis) ;
- La lourdeur des tâches domestiques ;
- Le mariage précoce de jeunes filles (14-16 ans).

Ils pensent que l'accouchement dystocique est la cause principale de la fistule. L'excision favorise la dystocie qui entraîne la fistule et est un facteur aggravant mais non causal.

Aussi soutiennent-ils que parfois la fistule est provoquée par une faute technique c'est à dire la non reconnaissance des signes de la dystocie, l'oubli de vider l'urine de la vessie de la parturiente.

#### **Les tradipraticiens et accoucheuses traditionnelles**

La fistule est due à la consommation des aliments sucrés ou de certaines céréales comme le riz, le petit mil par la femme en grossesse. Ils citent certaines pathologie

comme *Toso niimi* (cancer du col de l'utérus), *nkoro signè* ou *nièguènè biblen* (bilharziose) *N'gakèkè kono dimi* (maux de ventre liés aux règles douloureuses); *Damadialan*. Au cours d'un accouchement difficile les cheveux de l'enfant peuvent déchirer la vessie de la femme en travail.

Sur le plan des croyances et des pratiques l'analyse des résultats de l'enquête donne les éléments suivants : le fait pour femme de n'avoir uniquement que des garçons dans une famille polygame ; l'introduction des garnitures de règle d'une femme dans le trou d'une termitière ; la traversée d'un lieu hanté par une femme enceinte ; *n'boni* (mauvais sort qu'on jette conception avant le projet de IAMANEH/Suisse).

### **1.1.3. Perception populaire d'une femme atteinte de fistule :**

Selon les enquêtés une femme atteinte de fistule est perçue comme :

- Une femme dépensière (*djiginè fara musu* littéralement c'est une femme qui sépare les greniers) ;
- Un tam-tam déchiré qu'on ramène chez son propriétaire (*Ni dunu farala a bè ta a tiguï so*) ;
- Une femme généreuse qui partage ;
- Une femme qui refuse de s'asseoir ailleurs parce qu'elle mouille ;
- Une femme qui se tait quand l'urine coule ;
- Une femme qui évite les autres parce qu'elle sent ;
- Un vœux de co-épouse (*sina muso sago*) ;
- Une rescapée de la mort.

### **1.1.4. Conséquence de la fistule :**

Pour les interrogés les conséquences de la fistule sont nombreuses et se manifestent à travers :

- La marginalisation (*kèrè fing din*) et l'isolement ;
- L'abandon progressif de la patiente au profit d'une autre femme se soldant par le divorce ;
- La réduction du temps de travail de la patiente par la lessive pour se rendre propre ;
- La réduction de son pouvoir d'achat due à la limitation de ses rapports sociaux ;
- L'exclusion religieuse (musulmane) la prière exige la propreté ;
- Le traumatisme psychologique causé par l'espoir et/ou l'obsession de guérir.

## **1.2. Prise en charge de la fistule :**

### **1.2.1. Prise en charge locale ou pratique traditionnelle :**

Selon les résultats de l'enquête, il existe des formes de traitement et de prise en charge sociale.

Dans la société traditionnelle on isolait la femme atteinte de fistule loin des yeux indiscrets. Elles étaient assistées d'un membre de la famille. Ce dernier fait la lessive pour elle et gère son alimentation. Elle est dispensée de toute activité et de contact avec les objets usuels de la famille. Elle est qualifiée d'impure. Ce qui fait qu'elle est isolée, cachée.

Pour la prise en charge thérapeutique on lui administre des décoctions ou des feuilles de plante ou d'arbre qui servent de boisson et/ou d'eau de bain. Les noms des plantes n'ont pas été révélés ni par les patientes encore moins par les tradipraticiens enquêtés.

Cependant l'analyse des résultats montre que le fruit de l'acacia-nilotica (*bonè*) infusé est utilisé comme produit de toilette vaginale par des patientes dans certaines localités.

### **1.2.2. Prise en charge médicale :**

La prise en charge médicale se fait à l'hôpital du Point G et à l'hôpital régional de Mopti.

#### **Hôpital national du Point G**

Au Point G, il existe deux types de femmes atteintes de fistules : celles qui sont arrivées d'elles-mêmes à la recherche de soins et celles qui sont orientées par l'ONG IAMANEH/Suisse et d'autres structures de santé.

Il existe trois schémas de prise en charge des patientes dans les structures visitées. Au Point G, IAMANEH prend en charge les patientes qu'elle oriente et les autres sont à la charge du service social grâce aux dons des personnes généreuses, des organisations caritatives et des clubs. Une faible partie est prise en charge par les parents de la patiente.

#### **Hôpital régional de Mopti**

A Mopti, les patientes arrivent sur la base des informations reçues par la radio mais surtout sur la base de celles reçues de bouche à oreille. Par exemple en 2002 une patiente guérie du secteur de Koutiala a orienté des femmes porteuses de fistule vers le l'hôpital de Mopti.

A l'hôpital régional de Mopti, Médecin du Monde (MDM) prend les charges financières en amont et en aval.

Le coût par intervention chirurgicale est de 167 500 FCFA ou soit un coût moyen de 90 000 FCFA par femme et par intervention. MDM finance également les frais du bilan pré et post opératoire.

Le service social de l'hôpital intervient pour la prise en charge alimentaire des patientes indigentes.

### ***1.2.3. Démarche communautaire de prise en charge des patientes de Bla à Bamako :***

Dans cette démarche les animateurs sont au centre du processus d'identification. IAMANEH/Suisse a élaboré des fiches de recensement des malades qui sont déposées dans les centres santé de référence et dans les CSCom de sa zone d'intervention.

On enregistre toutes les informations relatives aux patientes référées à l'hôpital du Point G.

La 1<sup>ère</sup> condition de prise en charge par IAMANEH/Suisse est la présentation de la fiche.

Une fois référée, IAMANEH/Suisse oriente la patiente pour faire l'analyse du bilan pré-opératoire. Ce bilan coûte 13 000 FCFA.

Les programmations se font chaque vendredi et les interventions se font les lundis.

Les frais de l'acte chirurgical et d'anesthésie coûtent 30 000 FCFA.

Les frais d'hospitalisation coûtent 1 250 FCFA par jour.

En moyenne, une patiente fait 7 jours au lit.

IAMANEH/Suisse offre 20 000 F CFA à la patiente comme frais de nourriture.

La contribution de la patiente se résume à la prise en charge de ses frais de transport de son village à Bamako plus une somme forfaitaire de 5 000 FCFA.

IAMANEH/Suisse peut financer jusqu'à 3 interventions par patiente.

Le suivi médical des patientes est fait par des étudiants internes qui travaillent sur la fistule vésico-vaginale. Ils traitent les plaies, conseillent les patientes sur les mesures hygiéniques.

Après les soins post-opératoires, les patientes sont raccompagnées au village et sont suivies par l'équipe du projet.

### ***1.2.4. Prise en charge sociale :***

En général, les femmes malades de fistules qui sont référées arrivent à l'hôpital malade de paludisme ou d'une autre pathologie. Aussi sont-elles accompagnées de leurs enfants. Cette situation génère une prise en charge supplémentaire.

IAMANEH/Suisse dispose d'un fonds annuel de 500 000 FCFA pour l'achat de médicaments et de 400 000 FCFA pour les charges de scolarisation et les cadeaux de fête des enfants des femmes atteintes de fistule.

### ***1.2.5. Curabilité de la fistule :***

Les réponses des enquêtés varient d'une catégorie à l'autre :

- ✚ Les praticiens de la santé notamment l'équipe chirurgicale parle de «drame ». Ce drame arrive quand la 1<sup>ère</sup> intervention n'est pas couronnée de succès. Les soignants soutiennent que plus le nombre d'intervention est élevé moins la patiente a de chance d'être guérie. Ils hiérarchisent le degré : la fistule guérie, la fistule résiduelle et l'incurable.

- ✚ Pour les tradipraticiens, il n'y a pas de bon arboriste mais c'est l'acceptation des prières (duwau) du traitant qui guérie la fistule. Ils attribuent la guérison à Dieu.
- ✚ Quant aux patientes non guéries les 2/3 des interrogées pensent que la maladie est curable parce qu'elles ont vu des patientes guéries. Les 1/3 doutent de la guérison mais gardent l'espoir de guérir un jour.

S.K., 45 ans, non guérie, bozo, mariée : « Elle est curable. J'ai constaté avec des femmes qui ont entièrement recouvert leur santé, moi pas encore. Peut-être parce que ça duré trop longtemps chez moi. Et d'après le médecin il y a eu trop de **trous** chez moi. En tout cas les selles ne sortent plus, ce qui est un pas. Mais les urines continuent toujours ».

### 1.3. Histoire des fistules :

Pour avoir des éléments pathologiques il nous a paru nécessaire de rapporter quelques témoignages descriptifs des enquêtés notamment de soignant, d'époux de femme malade de fistule (patiente guérie ou non). Chaque témoignage révèle une dimension de la pathologie : une souffrance, un soulagement, une impuissance, un lieu d'espoir.

#### *Quelques témoignages*

N.D. 41 ans, bambara, aire de santé de Touna, patiente non guérie : « Je l'ai constaté aussitôt après l'accouchement. Les urines ne s'arrêtaient pas. Je sais seulement que je l'ai eue après l'accouchement. J'ai fait trois maternités dans mon 1<sup>er</sup> mariage, et 6 au mariage actuel. C'est à mon 6<sup>ème</sup> geste que j'ai attrapé la maladie....

Toutes mes grossesses étaient difficiles. Et comme les autres, l'accouchement qui m'a amené cette maladie a été difficile. Le cordon ombilical avait pratiquement attaché le mort-né. Je ne fréquentais pas un centre de santé. Je le faisais seulement lorsque j'avais une maladie particulière ou quelconque. J'ai toujours accouché à domicile, même après la survenue de la maladie. Avant la maladie, je n'avais aucun problème relationnel avec les gens. Mais la maladie apporte toujours des difficultés avec l'entourage. Que ça soit avec mon mari ou les autres, ça a été difficile. Je ne me souviens pas de bons rapports avec quelqu'un le jour où je partais au Point G. A part quelques uns, avec une telle maladie surtout lorsqu'elle perdure, tu te trouves isolées. J'ai fait environ 10 ans avant d'aller me faire traiter. J'ai subi une intervention. Aujourd'hui, il y a beaucoup d'amélioration mais je ne suis pas toujours guérie. Et cette amélioration s'est ressentie positivement dans mes rapports avec les gens....

J'ai fait de multiples traitements traditionnels qui n'ont servi quasiment à rien. Ensuite IAMANEH est venu ici quand j'avais le dégoût de tout. IAMANEH avait organisé une causerie que m'avait rapportée une femme. Ils sont venus. Je ne suis pas partie. Puis après j'ai pu rentrer en contact avec l'association. J'ai été intéressée par l'intervention, mais mon mari pas tellement parce qu'il n'était pas prêt pour la prise en charge en nourriture à Bamako. Il voulait simplement donner de l'argent pour le transport. Moi je n'avais rien. Finalement, j'ai pu aller grâce à la coordinatrice du projet IAMANEH. En plus de la fistule elle m'a aidé à traité d'autres maladies. C'était en 2001.

*En partant à Bamako, mon mari m'a simplement remis le prix de l'aller. Mais j'ai compris qu'il n'a pas simplement les moyens.*

*Seul Dieu sait si la maladie est curable. En tout cas, ça s'est beaucoup améliorée. D'ailleurs, à part vous à qui je ne dois pas me cacher, ici je dis à tout le monde que je suis complètement guérie.*

*Il faut sensibiliser les femmes à fréquenter les centres de santé. Faire en sorte que les femmes enceintes accouchent dans un centre de santé ».*

*A.C., âge 54 ans, cultivateur, époux d'une patiente non guérie ; aire de santé de Bla : « Je l'ai marié depuis 9 ans. Je suis son 2<sup>ème</sup> époux. Elle a attrapé la maladie dans son 1<sup>er</sup> ménage. Ce jour là elle avait amené le repas des cultivateurs au champ. A son retour le travail a commencé. Elle est restée longtemps au bord de la route. C'est un passant qui lui a porté secours. Il l'a conduit au village. Après trois jours de travail, elle s'en est sortie vivante mais l'enfant est mort-né. C'était son 1<sup>er</sup> geste. Elle a été abandonnée par son 1<sup>er</sup> époux.*

*Lorsque je suis allé demander sa main en mariage, son père me dit qu'elle est malade. Je me suis engagé en espérant la guérir. Elle a subi trois interventions. La 1<sup>ère</sup> opération a été faite à Markala. Je suis allé avec 175 000F plus un sac de mil. Nous sommes restés au moins 4 mois elle n'est pas guérie. Nous sommes retournés au village. Nous avons entendu parler de IAMANEH. Elle a accepté de partir avec les gens de IAMANEH à Bamako. Elle a subi deux opérations à Bamako. J'ai payé respectivement 30 000 FCFA, 15 000 FCFA plus 1 sac de maïs pour chaque intervention. Je suis dans l'embarras actuellement. Je ne peux plus la divorcer. J'ai des problèmes de devoir conjugal avec elle. Elle est mouillée surtout en saison de pluie et saison froide. Ensuite j'ai honte si mes amis viennent causer chez moi. Si elle passe à côté d'eux, je sens qu'ils sont dérangés par l'odeur qu'elle dégage. Mais on garde une mauvaise chose en espérant la dompter un jour. J'ai eu trois enfants avec elle. Elle n'est pas encore guérie. On continue le traitement mais je suis vraiment fatigué ».*

*H.D. 48 ans, ménagère, patiente guérie, aire de santé de Dougouolo : « Je remercie le projet IAMANEH. Je vivais avec cette maladie il y a près de 20 ans. J'ai eu la maladie au cours d'un accouchement difficile. L'enfant est mort-né. Et depuis l'urine qui coule quelle que soit ma posture. J'ai fait trois jours de travail. C'était mon 6<sup>ème</sup> geste dans mon 2<sup>ème</sup> mariage ici. Avant j'étais mariée à Kéméni. J'ai eu une fille pour mon 1<sup>er</sup> époux. Là, je partais au centre pour accoucher. Mais ici je ne parts pas au centre de santé. J'ai fait 2 avortements dans le 1<sup>er</sup> mariage et 3 dans le second. Au cours de la maladie j'ai eu un enfant. C'est le garçon qui était assis à côté quand vous êtes arrivés.*

*Avant la maladie, mes relations étaient bonnes avec les membres de ma famille et les habitants du village. Au cours de la maladie j'ai eu des relations difficiles avec les membres de ma famille. Mon époux est polygame. Si je prépare certains membres de la famille mangent et d'autres non. Finalement, j'étais isolé. Je prépare mon repas et je mange seule. Dans ma famille et au village je sélectionne mes collaborateurs. J'étais dégoûtante aux yeux des autres. C'est un fait de Dieu.*

*J'ai fait plusieurs traitements traditionnels mais je n'étais pas guérie. J'ai appris l'arrivée d'un projet qui soigne ma maladie. J'ai informé mon mari. Il a refusé que je parte car il a perdu espoir. J'ai envoyé une commission pour informer ma famille. J'ai eu leur accord. J'ai fait mes bagages pour Bamako. Le projet a financé les frais d'opération. J'ai eu la chance après une seule intervention je suis guérie. Avant mon retour au village chacun commentait ce qu'il peut : les uns croyaient à ma guérison et les autres n'y croyaient pas. Quand je suis venue guérie les gens qui se moquaient, se gênent quand ils me croisent. Je suis redevenue une*

personne. Je peux approcher les gens. Je remercie infiniment les médecins. Je ne sais plus que dire.... ».

D.B. 27ans, peul, Patiente guérie, Divorcée, village Guidjo : « je me suis mariée à 12ans. J'étais la 4<sup>ème</sup> épouse de mon mari. J'ai contracté la maladie lors de ma 1<sup>ère</sup> grossesse. Je fréquentais le centre de santé. Quand ma grossesse est arrivée à terme je sentais des douleurs aiguës. Je suis restée 3 jours à la maison. On m'a transportée au centre où j'ai été césarisée. L'enfant est mort. J'ai eu la vie sauve mais je constate un écoulement continu de l'urine. J'ai demandé de l'argent à mon mari. Il a refusé. Il me dit qu'il ne peut pas gaspiller son argent. C'est ainsi que ma mère et mon frère m'ont conduite à l'hôpital de Mopti pour le traitement. J'ai subi 8 interventions avec Dr Zino. Je suis guérie. Après la guérison mon ex-mari est venu me voir pour me remarier. J'ai refusé. Il peut m'abandonner encore si je tombais malade. Je serais responsable de mon sort ».

O.Z. 48 ans, médecin : « J'ai rencontré une femme atteinte de fistule qui a fait « n » fois des opérations. Elle me dit 'j'ai peur... je veux seulement être propre le jour de ma mort'. J'ai fermé sa fistule. Elle passe me voir et dit ' mon fils tu m'as guérie'. Elle me donne un coq. Deux mois plus tard nous sommes rencontrés. Quand je l'ai regardé, ses yeux étaient chargés de larmes. J'ai dit maman c'est ouvert ! Elle me dit comment tu as su ? J'ai dit... En suite j'ai fait une seconde intervention. Quatre semaines après elle est décédée. Son fils est un directeur d'école. Un matin, il est venu me dire, docteur, ma maman est délivrée... vous voyez jusqu'où ça peut aller.

J'ai une patiente qui se prépare pour sa 16<sup>ème</sup> intervention. Entre la 13<sup>ème</sup> et la 14<sup>ème</sup> elle a fait une grossesse. Ce qui est phénomène rare ».

#### **1.4. Intervenants en faveurs de la fistule et leurs besoins :**

##### **1.4.1. A Mopti :**

###### **Médecin du Monde (MDM)**

Installé en 1993, Médecin du Monde a pour vocation le traitement et la prise en charge des cas de fistules à l'hôpital régional de Mopti. A l'origine, une infirmière recensait les malades et un médecin français venait faire les interventions chirurgicales. Il restait deux semaines pour le suivi des patientes.

En 2000, un projet FVV a vu le jour. Dans le cadre de ce projet une convention a été signée entre le gouvernement et MDM. Le gouvernement devait affecter un chirurgien à l'hôpital de Mopti et MDM devait former ce chirurgien pour assurer le relais à la fin du projet. En 2001 encore la partie malienne n'avait pas satisfait sa participation. De fil à aiguille MDM a allégé sa structure pour maintenir un service minimum dans son domaine d'intervention. Finalement, c'est en 2002 qu'un médecin chirurgien a été affecté.

##### **Activités :**

MDM assure la réception des malades, la formation du médecin chirurgien. Pour les cas difficiles l'équipe se réunit et prend une décision collégiale.

En plus des interventions chirurgicales MDM mène des activités de sensibilisation : réalisation des émissions à la radio, émissions micro trottoirs, représentation de troupe théâtrale dans les villages. Il pratique une autre approche qui consiste à adresser des lettres aux hôpitaux régionaux, aux districts sanitaires pour qu'ils orientent les cas de fistule vers l'hôpital régional de Mopti.

Selon les statistiques, de novembre 1993 à novembre 2003 MDM a reçu 654 patientes et effectué 1 047 interventions chirurgicales avec un taux de réussite de 83%.

### ***Synergie :***

MDM travaille avec des structures de l'état comme la Direction Régionale de la Santé et la Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire et l'ONG national Delta Survie. Les deux structures étatiques assurent la caution morale pour faciliter les activités de MDM et celle de Delta Survie.

L'hôpital régional met le bloc opératoire et des lits (6) à la disposition de MDM. Les patientes restent au lit 8 jours après l'opération. Il sert de lieu d'accueil, d'hébergement et octroie la ration alimentaire aux patientes.

Dans le cadre du mois de la «Solidarité » la Direction Régionale du Développement Social et de la Protection Sociale apporte un appui ponctuel aux patientes. Par exemple en 2002 elles ont bénéficiées de 2 500 000 FCFA en médicaments et en 2003 de 2 000 000 FCFA en consommables.

### ***Delta Survie***

ONG nationale, Delta Survie a été créée en 1994 et fonctionne depuis 1998. Selon le secrétaire général sa structure a pour objectif de participer au développement du pays et à la prise en charge des couches défavorisées.

En 2001, MDM avait confié une étude (Gestion Populaires et Médicales de la Fécondité dans la région de Mopti) à Sahel Consul<sup>3</sup>, étude à laquelle ont participé des responsables de Delta Survie. Suite à cette étude des membres de Delta Survie découvrent la fistule et décident de créer un projet allant dans le sens de la réinsertion sociale des patientes. Selon Z.M : *« nous avons débarqué avec nos pinces et nos ciseaux croyant pouvoir résoudre le problème de la fistule. Et très vite nous nous sommes trouvés devant la dure réalité de la prise en charge sociale... »*

Ainsi, l'hôpital régional a attribué un espace à Delta Survie qu'on nomme communément Palais Bourbon- zone réservée aux femmes atteintes de fistule. Delta Survie y a installé un atelier de tissage pour les patientes.

### ***Activités :***

Delta Survie forme les patientes en tissage, en teinture, en coupe et en couture, et en alphabétisation. Selon nos informateurs la vente des produits de l'atelier procure de l'argent aux patientes. Argent, qui permet aux femmes atteintes de fistule de financer leur contribution (15 000 FCFA) au frais de l'opération et de subvenir aux petits

---

<sup>3</sup> Bureau d'étude

besoins comme l'achat de savon pour la lessive. Delta a signé un contrat avec une association spécialisée dans la formation artisanale pour encadrer les femmes malades de la fistule. Le cadre de collaboration se détériore petit à petit entre Delta et l'Association. Ce qui secoue le fonctionnement du centre pendant une bonne période. Il y aurait même constitution d'un groupe de pression de femmes atteintes de fistule pour la défense de leur intérêt. Comme dit d'un enquêté : « *la philosophie du centre est de traiter les femmes.... Ce sont des femmes blessées en elles-mêmes...on les traite comme des animaux de Zoo...Elles réclament leur place dans la société* ».

**Besoins :**

- ❖ Construction d'un centre d'accueil et d'hébergement des femmes en traitement ;
- ❖ Construction d'une boutique de vente de produits finis ;
- ❖ Construction d'un magasin de stockage de matière première ;
- ❖ Equipement en matériel de coupe et de couture ;
- ❖ Constitution d'un fonds de fonctionnement du centre sur une période de 3 ans ;
- ❖ Equipement en logistique pour préparer le retour des patientes dans leur village respectif.

**1.4.2. A Bla :**

 **IAMANEH/Suisse**

International Association for Maternal and Neonatal Health ( IAMANEH/Suisse) est une ONG qui a pour but la protection et la promotion de la santé physique et sociale des femmes, des mères et des enfants.

La stratégie d'intervention de IAMANEH est l'appui aux associations et ONG locales, mais pour ce projet d'appui aux femmes atteintes de fistule obstétricale, elle a adopté spécifiquement une stratégie d'intervention directe.

L'initiative du projet d'appui aux femmes atteintes de fistule obstétricale est venue de IAMANEH/Suisse en 1999, qui a organisé les femmes atteintes du Point G en une association dénommée Benkadi. Benkadi est bénéficiaire des activités du projet qui ont démarré en 2000.

Toutes les activités préventives, curatives et sociales ont été exécutées par IAMANEH/Suisse en collaboration avec le service d'urologie du Point G à Bamako et le CSRéf de Bla avec 4 de ses aires (Bla central, Dougouolo, Kéméni et Touna)

**Activités :**

- Formation du personnel socio-sanitaire en périnatalité (accoucheuses traditionnelles, matrones, chefs de poste médicaux, sages femmes) ;
- Equipement des CSRéf et des Cscm ;
- Octroi des kits de césarienne au CSRéf de Bla ;
- Recensement des cas de fistules ;
- Organisation d'émission radio (information de masse) sur la fistule ;

- Processus d'identification :  
Les personnes atteintes ou leur parent informe le relais qui a son tour prend contact avec l'animateur. Ce dernier oriente la patiente vers le chef de poste médical pour confirmer la fistule obstétricale. La programmation est faite pour la référence en accord avec la coordinatrice qui accueille les patientes à la gare de Bamako. Elle les conduit à l'hôpital du Point G. La programmation est faite en fonction de la capacité d'accueil du Point G. Au retour la patiente se réinscrit auprès de l'animateur pour le suivi.
- Causerie sur de thèmes comme : définition et cause de la fistule ; les mesures préventives ; conséquence socio-économique de la fistule ; processus de traitement et Prise en charge médicale ; importance des consultations prénatales accouchements assistés ;
- Actions de soutien : AGR (activités génératrices de revenus) , appui moral et psychologique.

### *Synergie :*

Sur le terrain IAMANEH dispose d'un siège à Bla et de trois animateurs. Les animateurs travaillent avec le centre de santé de la préfecture de Bla, les CSCOM et les ASACO de 4 aires de santé citées ci-dessus. Dans chaque village les animateurs collaborent avec des relais villageois. Les relais travaillent avec le délégué de l'ASACO qui siège au conseil villageois. Aussi les animateurs de IAMANEH ont-ils noué de relation partenariale avec des organismes comme Vision Mondiale et l'ASDAP qui interviennent dans le domaine de la santé reproductive.

### *Besoins :*

- ❖ Kit vidéo, d'IEC pour femme et pour homme ;
- ❖ Réalisation d'un document de sensibilisation sur la problématique de la fistule ;
- ❖ Réalisation de micro planification participative ;
- ❖ Dotation des relais en boîtes à images spéciales pour la fistule ;
- ❖ Elargissement de la formation aux AT ;
- ❖ Motivation financière des acteurs.

### *1.4.3. A Bamako :*

#### *Hôpital du Point G (les services d'urologie et sociale)*

Selon nos enquêtes depuis 1982, le service d'urologie et le service social de l'hôpital du Point G interviennent dans le traitement et le suivi des femmes atteintes de fistule.

En 1999, l'épouse du président de la république (Présidente de la Fondation Partage) avait effectué une visite à l'hôpital du Point G, visite au cours de laquelle elle a découvert les conditions de vie difficiles des femmes atteintes de la FVV. Elle a initié un projet de construction d'un centre d'accueil et d'hébergements des femmes

victimes de la fistule. La construction du centre a été financée entièrement par l'Etat malien.

Le 7 novembre 2000, le centre a été inauguré et a pris le nom de centre oasis. Mais les patientes l'appellent *Sokuraniw* (les nouvelles petites maisons). De l'inauguration à nos jours le statut du centre n'a pas encore été défini. Ce qui pose un problème institutionnel et entrave le fonctionnement du centre. Théoriquement, le centre est démedicalisée et est rattaché au service social mais il est pratiquement occupé par des patientes qui sont suivies par le service d'urologie du Point G.

Un certain nombre d'interrogations se posent à savoir :

- A qui appartient le centre ?
  - Aux patientes ?
  - Au service social ?
  - Au service l'Urologie ?
  - Ou à l'hôpital ?
- Alors quel statut faut-il pour le centre ?

Dans le cadre de la prise en charge des patients IAMANEH travaille avec le service d'urologie. Le service d'urologie coopère avec le service social qui fournit des kits opératoires aux patientes.

#### *Activités :*

- Service social : distribution des dons pendant le mois de la solidarité aux patientes et la gestion des kits opératoires.
- Service d'urologie : assure le bilan pré-opératoire, l'intervention chirurgicale et le suivi post opératoire des patientes (toilette vaginale, bain de siège).

#### *Besoins :*

- ❖ Création d'un bloc opératoire équipé uniquement pour la fistule ;
- ❖ Reconnaître la fistule comme une pathologie relevant d'une spécialité ;
- ❖ Formation et le recrutement d'un personnel supplémentaire ;
- ❖ Création d'une structure d'accueil : service de soins ;
- ❖ Affectation d'un assistant social pour le suivi social des patientes ;
- ❖ Constitution d'un fonds spéciale pour la prise en charge des fistules ;
- ❖ Parietex Easepriq (prothèse avec voie ouverte sans tension) ;
- ❖ Diligenter le processus d'acquisition des résultats du bilan pré opératoire.

### **1.5. Commentaires :**

L'analyse des résultats de l'enquête socio-anthropologique fait ressortir des points forts et des points faibles dont les solutions seront abordées dans le chapitre des recommandations.

#### *Points forts :*

- Existence de services de soins pour les femmes atteintes à l'hôpital du Point G et à l'hôpital régional de Mopti ;

- Existence de centre d'hébergement (centre oasis du Point G) ;
- Existence d'équipe de chirurgiens (4 à Bamako et 2 à Mopti) ;
- Existence de partenaire intervenant dans la prise en charge (MDM et IAMANEH/Suisse) ;
- Existence d'une approche communautaire (prise en charge intégrée de la patiente) ;
- Existence d'ONG spécialisée dans la formation de patiente (Delta Survie) ;
- Appui ponctuel aux femmes atteintes de fistule pendant le mois de la solidarité par le gouvernement ;
- Existence d'une volonté politique à travers l'extension de la couverture sanitaire.

**Points faibles :**

- Absence d'une politique nationale de lutte contre la fistule ;
- Inexistence de service spécialisé dans la prise en charge de la fistule dans les hôpitaux régionaux ;
- Absence d'un service social à l'hôpital de Mopti ;
- Inexistence de structure d'accueil et d'orientation ;
- Absence d'une politique de communication sur la fistule ;
- Incapacité de partenaires intervenant à couvrir toute la région dans laquelle ils opèrent ;
- Non-implication du Ministère de la protection de la femme, de l'enfant et de la famille pour le plaidoyer ;
- Existence de conflit autour de la gestion des centres (centre Oasis à Bamako et Delta Survie à Mopti) ;
- Absence d'un mécanisme de réinsertion sociale ;
- Transformation des hôpitaux en logement par les patientes (fistule résiduelle et incurable) ;
- Inexistence d'un suivi psychologique pour les incurables ;
- Manque de suivi des cas guéris.

## **2. Situation médicale**

### ***2.1. Centres spécialisés dans le traitement chirurgical des fistules :***

Il existe deux centres spécialisés qui s'occupent de la prise en charge chirurgicale des fistules obstétricales. Il s'agit du service d'urologie de l'hôpital du Point G et le service chirurgical de l'hôpital de Mopti.

#### ***2.1.1. Service d'urologie de l'hôpital national du Point G :***

Le service d'urologie comporte une salle opératoire pour toutes les interventions, un nouveau bloc qui sera réservé aux femmes porteuses de fistules est en cours d'équipement avec le financement de l'UNFPA. Le service ne dispose que d'une seule boîte chirurgicale pour les fistules obstétricales.

Dans la semaine, 4 journées opératoires sont programmées et aucune journée n'est réservée pour les fistules, car il existe d'autres pathologies que le service doit prendre en charge. Ainsi le nouveau bloc opératoire va permettre de prendre beaucoup plus de fistules et de diminuer le temps d'attente des femmes au Point G.

Sur les 6 lits qui sont réservés pour les femmes dans le service aucun n'est réservé pour les femmes porteuses de fistules, ce qui pose un problème dans le suivi post-opératoire de ces femmes.

Il existe une structure d'accueil au niveau de l'hôpital appelée centre oasis qui a été évoqué ci-dessus dans le volet socio-anthropologique. Il comporte 40 lits ; la mise à disposition de ces lits au service d'urologie permettra d'augmenter la capacité d'accueil des femmes porteuse de fistules et de résoudre le problème de suivi post-opératoire de ces femmes. Tout en sachant que le volet chirurgical est primordial pouvant guérir complètement bon nombre de femmes.

La prise en charge chirurgicale est assurée par 4 médecins urologues. Chacun dispose d'une journée opératoire dans la semaine.

### *2.1.2. Service de chirurgie de l'hôpital régional de Mopti :*

Six lits sur 16 que compte le service pour les femmes sont réservés aux femmes porteuses de fistules. Un bloc opératoire ainsi que 3 boîtes chirurgicales sont exclusivement disponibles pour les cas de fistules. Deux journées opératoires sont prévues par semaine pour la prise en charge de ces cas.

Il existe un hangar dans la cour de l'hôpital pour héberger les femmes porteuses de fistules à leur arrivée et après les soins post-opératoires. Il peut abriter jusqu'à 8 femmes.

Dans le cadre du projet FVV de MDM, une mission de 3 urologues français viennent une fois par an pour faire la prise en charge chirurgicale des cas recensés.

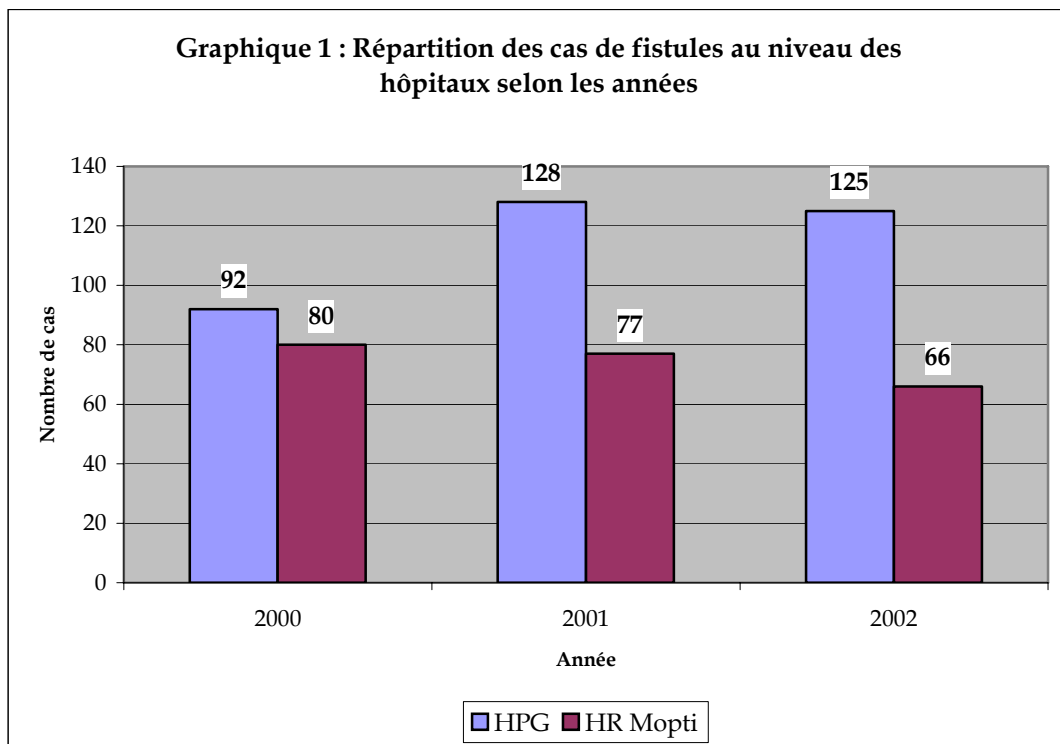
De façon permanente, un médecin gynécologue représentant de MDM à Mopti et 2 médecins chirurgiens maliens interviennent dans la prise en charge des fistules.

### *2.2. Fréquence :*

Durant les trois années d'étude, les 2 hôpitaux ont reçu 568 femmes qui présentaient une fistule obstétricale. 90,8% de ces femmes ont été opérées.

Par mois, la chirurgie pour fistule obstétricale représente environ 12% de l'ensemble des chirurgies hommes et femmes. Au service d'urologie de l'HPG, elle représente 50% des activités chirurgicales pour les femmes toutes pathologies confondues.

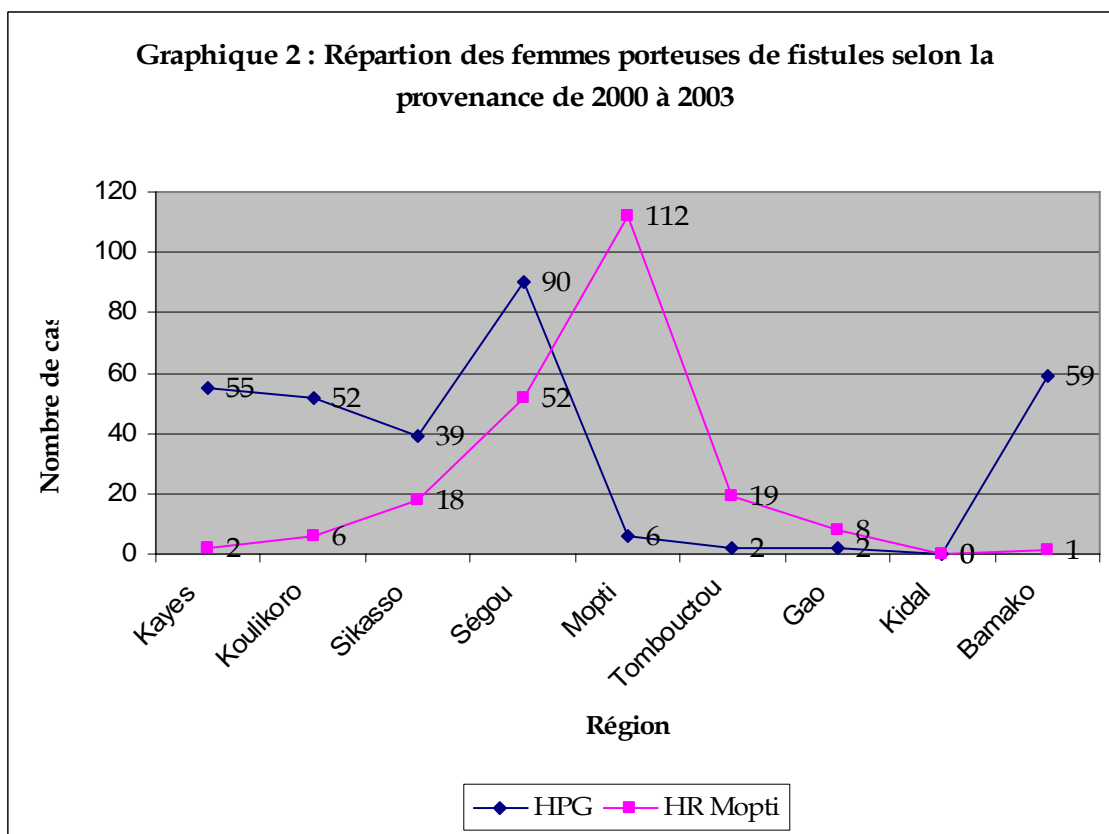
Le graphique ci-dessous montre la répartition des cas de fistules selon les 3 années.



Les cas de fistules obstétricales enregistrées au niveau des régions de Kayes, Koulikoro et Sikasso sont presque équitablement répartis ; leur proportion se situe entre 10 et 10,2% des cas. Malgré la disponibilité des soins obstétricaux au niveau des centres de santé, Bamako n'est pas épargné ; les femmes représentent 10,6 %.

Ségou et Mopti représentent 20 à 25%, ce nombre est plus important que les autres régions. Ceci peut s'expliquer par la présence au niveau de ces régions d'ONG (MDM à Mopti et IAMANEH/Suisse à Bamako et Bla) qui oeuvrent en faveur des femmes porteuses de fistules par de larges informations et sensibilisation.

Il n'y a pas une grande affluence des femmes provenant des régions du Nord ; sachant qu'il n'y a pas de structures de prise en charge des fistules dans ces régions, ce phénomène peut s'expliquer par l'accès difficile aux deux structures enquêtées pour les populations sachant bien que les femmes porteuses de fistules obstétricales sont du monde rural (distance, insuffisance d'infrastructures routières et de transport en commun).



### 2.3. Profil des femmes porteuses de fistules :

15% des femmes porteuses de fistules avaient un âge inférieur à 18 ans, l'âge moyen des femmes est de 27,1 ans. Les données sur le niveau d'instruction n'étaient pas disponibles mais selon les prestataires la majorité des femmes étaient sans instruction.

La majorité des patientes se sont mariées entre 15 et 18 ans. Le mariage précoce est un facteur non négligeable dans la survenue de la fistule obstétricale car le bassin immature et étroit constitue une source de dystocie.

La taille de moins de 150 cm de la femme est un facteur de risque réel non négligeable dans la survenue de la fistule obstétricale. Cette variable n'était pas disponible chez toutes les femmes mais selon une étude sur les fistules vésico-vaginale faite au Point G a montré que 86,2% des femmes atteintes de fistules avaient une taille inférieure ou égale à 150 cm.

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

L'accouchement par voie basse est en cause pour nombre de ces fistules car dans la plupart des cas se faisant sans aide obstétrical et même s'il existe la femme a fait recours tardivement aux soins (au minimum 3 jours après le début du travail).

Mais nous constatons malheureusement un certain nombre dû aux fautes techniques du prestataire de santé (31% des cas : la césarienne en tête suivie du forceps et

d'hystérectomie). Ce qui pose le problème de la qualité des interventions obstétricales majeures dans nos structures de santé.

L'enfant causal de la fistule a une issue dramatique 94,1% de morts nés.

La fistule survient le plus souvent au premier accouchement (48%).

Plus de la moitié des femmes ne voyaient plus leurs règles et n'avaient plus d'activités sexuelles. Ceux-ci concourent à agir sur l'état psychologique de la femme qui en plus de l'écoulement permanent des urines va se sentir diminuer et d'avantage isolée dans sa communauté.

Les femmes passent trop de temps avec leur fistule avant de se rendre dans un centre de santé : 39% au-delà de 12 mois. Comme hypothèses nous pourrions évoquer :

- La méconnaissance de la possibilité d'un traitement curable au niveau d'un centre spécialisé ;
- Faible accessibilité financière de la communauté avec le faible pouvoir d'achat des femmes qui sont pour la plupart du temps abandonnées par leur mari ;
- Faible accessibilité géographique pour pouvoir rejoindre les centres spécialisés.

#### ***2.4. Prise en charge médico-chirurgicale :***

Les fistules graves étaient les plus dominantes (34,1%) suivies des fistules complexes (32,3%). La survenue de ces 2 types de fistules chez la femme fait qu'on intervient plus d'une fois pour réparer la fistule. Ce qui fait que 40,6% des femmes avaient déjà subi une intervention pour cure de fistules obstétricales.

Parfois le chirurgien est obligé de faire des dérivations, tellement les dégâts sont importants. C'est pourquoi le soutien psychologique doit être parti intégrante dans la prise en charge des femmes atteintes de fistule obstétricale.

La durée d'hospitalisation est en moyenne de 10 jours. Mais il ne faudrait pas négliger la continuité des soins en post-opératoire qui se fait en ambulatoire, ce qui prolonge le séjour de la femme au niveau de l'hôpital. C'est ainsi que 51,1% des femmes opérées ont une durée de séjour entre 21 et 30 jours au niveau de la structure.

Durant les 3 années d'études, le service d'urologie de l'hôpital du Point G et l'hôpital régional de Mopti ont obtenu de très bons résultats pour le traitement des fistules obstétricales :

- Au Point G, 77% des femmes opérées étaient complètement guéries, 15% des fistules fermées avaient une incontinence urinaire et 8% étaient inguérissables nécessitant une opération de dérivation ;

- A Mopti, 78% des femmes étaient complètement guéries. 3,6% présentaient des troubles sphinctériens et 17,5% n'ont pas pu être guéries.

D'après le service d'urologie du Point G, 55% des malades guérissent à la première intervention si la fistule est de première main (c'est à dire que la fistule n'a jamais été opérée par un non spécialiste). Le nombre de tentative chirurgicale peut atteindre 6 à 7 interventions ou plus, donc la chirurgie de fistule obstétricale reste une chirurgie délicate qui ne doit pas être banalisée.

### ***2.5. Prise en charge financière du traitement de la fistule :***

Dans la majorité des cas, la prise en charge est faite par les ONG et le service social. Le conjoint et la famille contribuent très peu dans la prise en charge, même si c'est le cas c'est toujours à la première intervention. Mais plus il y a des interventions et plus le conjoint et la famille se lassent et abandonnent la patiente à elle-même. Les patientes sont généralement démunies et sans ressources.

Le tableau ci-dessous donne une idée du coût des interventions chirurgicales pour fistule à l'hôpital régional de Mopti. A cela il faudrait ajouter les frais d'hospitalisation et l'acte opératoire.

**Tableau III : Les frais pour la prise en charge des fistules à l'hôpital régional de Mopti.**

<b>Désignations</b>	<b>Fistule simple</b>	<b>Fistule complexe</b>
Produits anesthésiques	7 020	8 500
Produits de l'intervention	18 825	51 485
Produits post-opératoires	10 625	10 625
<b>TOTAL</b>	<b>36 470</b>	<b>70 610</b>

Au niveau du Point G le coût des interventions chirurgicales pour fistules est de 150 000 FCFA qui incluent les frais d'hospitalisation, l'acte chirurgical, les médicaments et le bilan pré-opératoire.

## V. RECOMMANDATIONS

Après avoir analysé les résultats des enquêtes socio-anthropologique et médicale qui nous a donné une idée de la problématique des fistules obstétricales ; des solutions possibles ont été dégagées pour prévenir la fistule obstétricale et améliorer d'avantage les conditions de prise en charge des femmes porteuses de fistules sur toute l'étendue du territoire.

Ainsi il est indispensable de :

- ❖ Créer un comité national de lutte contre la fistule obstétricale ;
- ❖ Promouvoir la recherche sur la fistule (intégrer les données de la fistule dans le système d'information sanitaire) ;
- ❖ Faire une évaluation nationale médicale et socio-anthropologique sur les fistules qui va donner la situation réelle dans le pays ;
- ❖ Mettre en place des centres spécialisés de prise en charge chirurgicale au niveau des autres régions notamment Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Tombouctou et Gao (qui couvrira la région de Kidal). L'hôpital est le meilleur endroit où loger ce centre ;
- ❖ Former un gynécologue et un chirurgien au niveau de chacune de ces structures ;
- ❖ Organiser la prise en charge psychosociale des femmes porteuses de fistule (classer la fistule parmi les maladies sociales) ;
- ❖ Couvrir les besoins obstétricaux en amont et en aval avec la création de structures de soins obstétricaux d'urgence de base et de soins obstétricaux d'urgence complets ;
- ❖ Renforcer les structures de premier niveau par la formation du personnel en soins obstétricaux d'urgence ;
- ❖ Renforcer la sensibilisation et l'information sur la fistule ;
- ❖ Instituer une journée nationale de lutte contre la FVV ;
- ❖ Créer des structures d'accueil pour les fistules au niveau des structures de santé ;
- ❖ Définir le statut du centre oasis qui doit être géré par le service d'urologie avec une assistance sociale ;
- ❖ Plaidoyer auprès des autorités et la communauté pour retarder l'âge au premier mariage
- ❖ Créer des activités génératrices de revenus pour les femmes malades de fistules ;
- ❖ Créer des mécanismes de réinsertion sociale, qui doit se faire en dehors de la structure hospitalière.

## VI. CONCLUSION

L'analyse de la situation nous montre que la fistule obstétricale est peu et très mal connue par la communauté et très mal vécue par les patientes.

Ainsi la femme porteuse de fistule est perçue négativement dans la communauté, comme étant une femme dépensière et une femme que l'on doit rejeter comme un « tam-tam déchiré » qu'on ramène chez son propriétaire.

La patiente elle-même ressent la fistule comme une maladie qui (i) paralyse, invalide et qui est suivi d'écoulements impropres (urines, selles) ; (ii) fait que les gens refusent d'acheter ce qu'elle vend ; (iii) rend la femme inféconde, détruit la vie de la personne et réduit la chance de fonder un nouveau foyer.

Ces perceptions de la fistule obstétricale entraînent son cortège de conséquences comme (i) la marginalisation et l'isolement ; (ii) l'abandon progressif de la patiente au profit d'une autre femme se soldant par le divorce ; (iii) la réduction du temps de travail de la patiente par la lessive pour se rendre propre ; (iv) la réduction de son pouvoir d'achat due à la limitation de ses rapports sociaux ; (v) le traumatisme psychologique causé par l'espoir et/ou l'obsession de guérir.

Alors que la fistule obstétricale est une maladie que l'on peut bien prévenir par des gestes très simples comme vider la vessie de la parturiente en salle de travail. Et que si elle survenait la prise en charge est belle est bien possible et qui donne dans la majorité des cas de très bons résultats. Malheureusement, il n'existe que 2 centres spécialisés dans le traitement chirurgical des fistules obstétricales pour tout le pays.

La fistule obstétricale est très fréquente au Mali, vu le nombre de cas que nous avons enregistré seulement pour les 2 hôpitaux (568 cas) et qui ne peut être que la partie visible de l'iceberg. La majorité de nos patientes sont très jeunes (27,1 ans) et qui se sont mariées très jeune entre 15 et 18 ans. L'absence de CPN, la durée du travail et les accouchements à domicile sans assistance obstétricale ont été des facteurs déterminant dans la survenue de la fistule de nos femmes. Ainsi, elles se retrouvent dans la majorité des cas avec un écoulement permanent des urines et/ou des selles et un enfant mort né sur les bras.

Elles sont pour la plupart démunis et sans ressources pour faire face aux frais de l'intervention. Heureusement des ONG comme MDM et IAMANEH/Suisse ainsi que le service sociale contribuent financièrement à leur prise en charge, *mais ça pour combien de temps ?* Il est donc impératif de mettre en place des mécanismes pour la relève de ces institutions et renforcer la synergie des différents intervenants dans la lutte contre la fistule obstétricale.

Les ébauches de solutions proposées permettront d'être la base d'un projet de lutte contre la fistule obstétricale au Mali. Pour ce qui est d'une collaboration future entre le projet et les intervenants dans la lutte contre la fistule il est souhaitable de tenir compte des motivations notamment en salaire ou indemnité. Le projet doit avoir 3 volets : un volet administratif, un volet social et volet médical (préventif et curatif).

## VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - Engender Health  
Campagne pour éliminer les fistules, 2002.
- 2 - Médecins du Monde  
Gestions populaires et médicales de la fécondité dans la région de Mopti,  
Décembre 2001.
- 3 - Médecins du Monde  
Présentations des données recueillies par MDM France de 1993 à 2002 dans le  
cadre de son projet de chirurgie réparatrice de FVV, Mopti-Mali, 2002.
- 4 - Ministère de la santé du Mali  
Enquête Démographique et de Santé (EDSM III) 2001, juin 2002.
- 5 - Ministère de la santé du Mali  
L'approche des besoins obstétricaux non couverts au Mali,  
décembre 2000.
- 6 - Ministère de la santé du Mali  
Evaluation de l'offre des soins obstétricaux d'urgence au Mali, 2003.
- 7 - OUATTARA S.  
Rapport de mémoire sur les fistules vésico-vaginales au service d'urologie de  
l'hôpital du Point G, 2003.

## **VIII. ANNEXES**

### **1. Fiche d'enquête médicale :**

## 2. Fiches d'enquête socio-anthropologique