

**Back Donor Project No (if any):**  
**Name of your Organisation: Norwegian Church Aid**  
**Local Partner(s): MDM (Médecins du Monde)**

## **ABOUT THE EVALUATION**

**Evaluation year: 2006**  
**Conducted by: RESADE Sarl**  
**Country: Mali**  
**Region: Mopti**  
**Theme/DAC sector: 121 / 91**

## **SUMMARY OF THE EVALUATION (maximum 2 pages)**

### **Title of Evaluation Report:**

External evaluation of Médecins du Monde fistula programme in Mopti

### **Background:**

NCA started its collaboration with MDM concerning this fistula project in 2002. From mid 2006 MDM started a new phase of its project, since from that moment the project would be run solely by local staff. NCA wished to have an external evaluation done before the entering into a new phase of the project.

### **Purpose/ Objective:**

The main objective as expressed by the terms of reference to the evaluation was to evaluate the impact of NCA's contribution to the project, and come up with recommendations to a new phase.

### **Methodology:**

Qualitative.

### **Key Findings:**

Since the start of the fistula programme in the Mopti hospital in 1998, it has had three main components (curative, social and preventive). The curative component consists of on the one hand the recruitment of the fistula patients and their surgery and on the other hand the training of local surgeons. The results of the evaluation show that this component has been the most successful of the three components: 88% of the patients who have undergone a surgery have recovered. The training of the local surgeons has also had success as three Malian doctors are now capable of doing the surgery. The system that has been put in place by MDM is considered technically viable as the transfer of competencies to the local doctors has been implemented as planned and as the fistula surgery has become part of the hospital's ordinary activities. The most important weakness of this component is the fact that the project has not yet managed to develop viable solutions for funding of the activities after end of programme.

As for the two other components, the social and the preventive ones, these have not had the same level of success as the curative component. The social component consists of literacy and professional training of the patients. Only two of the women having followed the literacy training (12.5% of the women participating) know how to write a letter in their mother tongue. As for the professional training, it gives the women some income, but it is too early to say whether this will help them reinsert socio-economically in their local communities. The big weakness of this component is the lack of dialogue with the patients on the psychological and social aspects of their disease.

The preventive component consists of information campaigns through local radio and theatre, in order to give information on the disease and to recruit patients for surgery. The theatre has reached out to 206 villages in the Mopti region, but the effects are difficult to measure as there has not been adequate follow up by MDM of the activity. As for the radio messages, these have been done twice annually, but this is considered by the evaluators to be insufficient in order to have a viable impact.

**Recommendations:**

- Improve the programme documents (rephrase objectives and indicators, introduce a logical framework);
- Improve the programme's strategies and approaches (especially regarding the social and preventive components);
- Improve the programme's implementation (by doing a new baseline study in the region of Mopti, by covering the whole of Mali with information campaigns, by giving the responsibility of the social and preventive components to another organisation, increasing the budget allocated to the literacy training, introducing adequate tools for follow-up of the activities).

**Comments from Norwegian Church Aid (if any):**

NCA is in dialogue with MDM concerning the main findings of the evaluation as well as the main recommendations. Some steps have already been taken, but NCA hopes to intensify its follow up of the results of the evaluation from mid July, when our new coordinator for gender based violence will start her work.

REPRESENTATION SOUS  
REGIONALE DE L'AFRIQUE DE  
L'OUEST DE L'AIDE  
DE L'EGLISE NORVEGIENNE-  
BAMAKO



MEDECINS DU MONDE  
MOPTI

## RAPPORT DE L'EVALUATION DU PROGRAMME FISTULE VESICO VAGINAL DE MOPTI



**RESADE SARL**

### **Consultants**

- Dr. ALY TIMBELY
- Mme TOURE Halimatou MAIGA

**Bamako, octobre 2006**

## REMERCIEMENTS

L'équipe de consultants voudrait profiter de cette opportunité pour remercier toutes les personnes et les institutions qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réalisation de la présente évaluation.

Elle exprime sa gratitude :

- Aux responsables de la Direction Régionale de la Santé de Mopti , de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti et du Centre de santé de Référence de Bandiagara qui ont donné leurs appréciations sincères sur la mise en œuvre du projet et pour leur engagement
- Aux personnels de la Direction du Développement Social et de l'Economie Solidaire et aux personnels de la Section Alphabétisation Fonctionnelle (SAF) de Mopti pour leur disponibilité
- A l'Organisation Non Gouvernementale Delta Survie pour avoir accepté de soutenir les femmes atteintes de fistules et de partager leur expérience en matière d'activités génératrices de revenu.

Les remerciements particuliers au Docteur Jean Martin Zino et Mr Yaya Coulibaly du projet FVV de MDM pour le rôle important qu'ils ont joué durant la phase collecte des données et surtout pour les initiatives prises dans la programmation et la mise en œuvre des activités de terrain.

Une motion spéciale aux hommes accompagnants (époux et père) rencontrés sur le site pour leur courage et la leçon d'humanisme adressée à toutes les familles de femmes atteintes de FVV.

Enfin toute notre sympathie aux femmes atteintes de FVV qui souffrent dans leurs chairs et leurs âmes et qui cependant gardent espoir.

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>AEN</b>	Aide de l'Eglise Norvégienne
<b>MDM</b>	Médecins du Monde
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>SAF</b>	Section Alphabétisation Fonctionnelle
<b>FNUAP</b>	Fonds des Nations Unies pour les Affaires de Population
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PRODESS</b>	Programme de Développement Sanitaire et Social
<b>CCC</b>	Communication pour le Changement de Comportement
<b>AGR</b>	Activités génératrices de revenus
<b>IEC</b>	Information, Education, Communication

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

## LISTE DES ABREVIATIONS

### 1. INTRODUCTION

- 1.1. Rappel des TDR
  - 1.1.1. Contexte et justification de l'évaluation
  - 1.1.2. But de l'évaluation
    - 1.1.2.1. Objectifs généraux
    - 1.1.2.2. Objectifs spécifiques
- 1.2. Rappel du contexte du programme
- 1.3. Rappel des objectifs du programme
- 1.4. Rappel des principes de base de gestion et de fonctionnement du programme.

### 2. METHODOLOGIE D'EXECUTION DE L'EVALUATION

- 2.1. Les intrants du projet
  - 2.1.1. Les ressources humaines du projet
  - 2.1.2. Les ressources matérielles du projet;
- 2.2. Description du processus d'intervention du programme

### 3. LES REALISATIONS ET RESULTATS DIRECTS DU PROJET :

- 3.1. Niveau d'exécution des activités du volet curatif
- 3.2. Niveau d'exécution des activités du volet social
- 3.3. Niveau d'exécution des activités du volet préventif

### 4. ANALYSE DE L'EVALUATION

- 4.1. Aspects financiers de la mise en œuvre du programme
- 4.2. Mesure dans lesquelles les mutilations génitales féminines et les mariages précoces constituent des facteurs favorisant la survenue des fistules.
- 4.3. Appréciation du système de prise en charge des malades sur les volets curatif et social. :
  - 4.3.1. Qualité des soins pré per et post-opératoires :
  - 4.3.2. Contribution des différentes parties (AEN, MDM, Hôpital, la malade elle-même, les structures de prise en charge sociale)
  - 4.3.3. Analyser l'impact de l'alphabétisation sur le vécu quotidien des malades
  - 4.3.4. Viabilité du système
- 4.4. Contribution du programme dans l'amélioration du système de référence/contre référence des femmes malades de fistule.
- 4.5. Impact de la prise en charge en amont (volet préventif)
  - 4.5.1. Analyse de l'impact du théâtre sur la thématique abordée
  - 4.5.2. Analyse du contenu et de l'impact des messages radio
- 4.6. Equilibre entre les différents volets :

### 5. LEÇONS APPRISES

- 5.1. La pertinence du projet :
- 5.2. Efficacité du programme :
- 5.3. Efficience du programme
- 5.4. Appropriation et Durabilité des activités du programme
  - 5.4.1. Capitalisation organisationnelle

- 5.4.2. Capitalisation intellectuelle
- 5.4.3. Capitalisation financière
- 5.4.4. Rayonnement
- 5.5. Impacts du programme
- 5.6. Forces et faiblesses du programme

## **6.7. CONCLUSIONS :**

### **. RECOMMANDATIONS**

- 5.1. Améliorer le document du projet
- 5.2. Revoir les stratégies et approches du programme en les améliorant
- 5.3. Repenser la mise en œuvre du projet
- 5.4. Leçons à tirer pour le programme régional de lutte contre les pratiques des mutilations génitales féminines

### **ANNEXES**

- Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées
- Annexe 2 : Liste de présence lors de la restitution

## 1. INTRODUCTION

### 1.2. Rappel des TDR

#### 1.2.1. Contexte et justification de l'évaluation

Médecins du monde (MDM) France s'est intéressé depuis 1993 à la région de Mopti principalement pour le dépistage, le traitement et la prévention des séquelles obstétricales.

En accord avec les autorités sanitaires et universitaires de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali (Professeur Kalilou OUATTARA) ; une étude a été faite sur la problématique des séquelles obstétricales.

Les facteurs favorisant le risque de fistule et de mortalité maternelle et périnatale qui sont nombreux (difficultés d'accès aux structures socio sanitaires, faible pourcentage d'accouchements assistés, nombre élevé de grossesses par femme) ont permis de retenir la région de Mopti comme site du projet.

Depuis Décembre 1998, MDM a donc obtenu l'accord de conduire un programme de prévention intitulé « Programme de Prévention et de Traitement de la Fistule Vesico Vaginal dans la région de Mopti ». Ce programme s'est développé autour de trois axes d'intervention :

- **Un volet curatif :**  
Au sein de l'hôpital de Mopti avec une amélioration du plateau technique à travers le traitement chirurgical de la fistule obstétricale, le recueil de données et la formation des acteurs maliens ;
- **Un volet social :**  
A travers l'alphabétisation des femmes malades et la recherche de solutions assurant la viabilité financière de la prise en charge chirurgicale ;
- **Un volet préventif :**  
Pour la diffusion d'informations sur cette pathologie et ses causes dans toute la région de Mopti par la radio et le théâtre.

Le « Programme de Prévention et de Traitement de la Fistule Vesico Vaginale dans la région de Mopti » a débuté en janvier 2000 pour une durée de quatre (4) ans sur financement de NEDA, MATERRA et MDM. Un quatrième partenaire financier l'AEN, s'est intéressé au programme, en septembre 2002, après trente (30) mois d'exécution.

Le programme initial a pris fin en Décembre 2003 mais MDM a décidé de poursuivre les activités jusqu'à avoir une assurance sur la pérennité et la prise en charge de l'action par des acteurs maliens. Pour cette phase, qui a duré de 2002 à 2006, l'AEN est resté le seul partenaire financier.

#### 1.1.1. But de l'évaluation

Dans l'optique de la conception d'un nouveau programme dans le domaine des violences liées au genre, faire le bilan des actions en cours déjà financés par l'AEN et en tirer des leçons.

#### 1.1.1.1. Objectifs généraux

L'objectif principal est d'évaluer l'impact de la contribution de l'AEN dans le cadre de l'atteinte des objectifs du programme de prévention et de prise en charge de la fistule vésico-vaginale dans la région de Mopti (projet AEN 11 174)

#### 1.1.1.2. Objectifs spécifiques

- Faire le bilan de la contribution financière de l'AEN et le point de réalisation des activités financées ;
- Analyser dans quelle mesure les mutilations génitales féminines et les mariages précoces constituent des facteurs favorisant la survenue des fistules ;
- Evaluer le système de prise en charge des malades sur les volets curatif et social (qualité des soins pré et post opératoires, contribution des différentes parties : A.E.N, M.D.M, Hôpital, la malade elle-même et les structure de prise en charge sociale ; analyse de l'impact de l'alphabétisation sur la vécu quotidien des malades et la viabilité du système. ;
- Mesurer la contribution du programme dans l'amélioration du système de référence/contre référence des femmes malades de fistule ;
- Evaluer l'impact de la prise en charge en amont (volet préventif) par l'analyse de l'impact du théâtre sur la thématique abordée, du contenu et de l'impact des messages radio et demander si les personnes enquêtées font le lien entre la fistule et l'excision ou les mariages précoces ;
- Organiser une analyse institutionnelle du programme, en particulier de l'équilibre entre les différents volets ;
- Formuler des recommandations pertinentes pour la suite du projet si celui-ci est considéré comme viable ;
- Dégager des leçons à tirer pour le programme de violences liées au genre ( mariages précoces, excision ) de l'AEN.

### 1.2. Rappel du contexte du programme

Le Mali est un pays sahélien en développement et essentiellement rural. Comme tout pays pauvre, les dangers graves liés à la maternité livrée à son évolution spontanée sévissent encore. C'est pourquoi, les fistules obstétricales constituent un véritable problème de santé publique. Contrairement à la plupart des pathologies « sociales » comme le paludisme ou les maladies diarrhéiques, la prise en charge curative des fistules ne peut se faire pour l'instant que dans une structure hospitalière de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> niveau<sup>1</sup>.

Deux hôpitaux sont spécialisés pour la prise en charge des cas de fistules. Cette prise en charge dans le second hôpital, celui nommé Sominé Dolo de Mopti a été initié par l'ONG MDM en partenariat avec des partenaires financiers dont l'AEN.

L'aide de l'Eglise Norvégienne (AEN) est une organisation Non Gouvernementale Norvégienne, apolitique, à but non lucratif qui œuvre dans le domaine du développement en général et celui de la lutte contre les violences faites aux femmes en particulier. C'est en 2001, que l'AEN a initié un programme régional de lutte contre les pratiques des mutilations génitales féminines et la prise en charge médicale des femmes souffrant de la fistule vésico vaginale en Afrique de l'ouest et cela grâce à un financement du gouvernement Norvégien

---

<sup>1</sup> D'après Pascale Giron-Lanctuit, rapport d'évaluation du programme de prévention et de prise en charge de la fistule vésico-aginale dans la région de Mopti au Mali ; 2003

(NORAD). Le partenariat entre MDM et l'AEN a effectivement démarré en 2002 avec le cofinancement du projet FVV de Mopti de l'AEN et MDM.

La prise en charge des fistules obstétricales était également inscrite dans le volet 1 du PRODESS 1 dans le domaine de la santé de la reproduction.

Tous s'accordent donc devant l'urgence à agir face à la détresse des femmes atteintes de fistules vésico-vaginales. Il paraît donc logique de poursuivre les actions entamées pour améliorer la situation de la prise en charge des fistules obstétricales avec l'ensemble des partenaires dans le cadre du PRODESS II. Il est à noter que la politique actuelle du Mali avec la mise en œuvre de la décentralisation encourage la réforme hospitalière dont celle de l'hôpital de Mopti.

Si au moment du démarrage du premier programme de FVV de MDM, dans la région de Mopti, peu de partenaires financiers s'intéressent à cette pathologie, force est de reconnaître qu'avec les résultats obtenus et le lancement par l'UNFPA d'une campagne d'éradication de cette pathologie, de plus en plus de partenaires financiers commencent à s'intéresser à la question. Ainsi un programme national de prise en charge des fistules a été élaboré par le gouvernement du Mali, avec un financement du FNUAP. Le PNUD finance le programme de l'ONG Delta Survie nommé « Programme de prise en charge sociale des femmes atteintes de fistules dans la région de Mopti ». Si le projet FVV collabore déjà avec Delta Survie, il doit s'intégrer dans le programme national, surtout en ce qui concerne la formation et la recherche.

### **1.3. Rappel des objectifs du programme**

#### **a) Objectifs généraux**

- A-** Prendre en charge chirurgicalement toutes les femmes atteintes de fistule obstétricale de la cinquième région
- B-** Doter l'hôpital Régionale de Mopti d'un chirurgien capable d'opérer les fistules obstétricales en 4ans
- C-** En 4ans faire connaître la situation sociale et sanitaire des Femmes atteintes de la fistule afin d'obtenir une meilleure prise en charge au niveau national.

#### **b) Objectifs spécifiques**

- A-1** Informer et sensibiliser tous les acteurs des centres de santé de la région de Mopti afin que toutes femmes atteintes de fistule soient référées à l'hôpital de Mopti
- A-2** Assurer la prise en charge chirurgicale si toutes les conditions sont réunies d'au moins 200 femmes atteintes de fistule obstétricale par an au sein de l'hôpital régional
- B-1** Mettre en formation à la chirurgie un médecin malien et le former aux techniques des fistules pour qu'au bout de 4ans il puisse être l'opérateur sur l'hôpital de Mopti
- C-1** Mettre en place une politique de recouvrement des coûts afin qu'en 4ans au sein de l'hôpital de Mopti 100% des femmes non indigentes, atteintes de fistules participent forfaitairement aux frais d'intervention et d'hospitalisation
- C-2** Favoriser l'application du décret concernant la prise en charge des indigentes afin qu'en 4ans 100% des femmes indigentes aient accès à une intervention gratuite
- C-3** En 4ans recueillir les données épidémiologiques sur les femmes atteintes de fistules sur la région de Mopti.

- C-4** Rédiger un document de synthèse des données épidémiologique avec des recommandations sur la prise en charge des femmes atteintes de fistule en 4ans
- C-5** Diffuse le document de synthèse auprès des autorités sanitaires maliennes et de toutes les personnes concernées par le problème de fistule au Mali (ONG, bailleurs, etc.), la dernière année

**1.4. Rappel des principes de base de gestion et de fonctionnement du programme.**

Comme formulé dans le document de projet, le projet est géré par une équipe de MDM qui s’occupe de l’organisation médicale et de l’organisation administrative. Cette équipe est formée d’un médecin coordinateur du projet et d’un agent administrateur. Le chef de projet et l’administrateur sont basés à Mopti dans l’enceinte de l’hôpital, ils constituent l’équipe technique du projet qui rend compte au siège à Paris et au DESK Afrique. Cette équipe légère joue essentiellement le rôle de facilitation dans le cadre de la collaboration avec les responsables de l’hôpital le développement du partenariat et la coordination avec les services techniques de l’Etat.

En plus de ses fonctions de chef de projet, le médecin est chargé de la formation des chirurgiens. Il est appuyé temporairement par une équipe de chirurgiens de MDM.

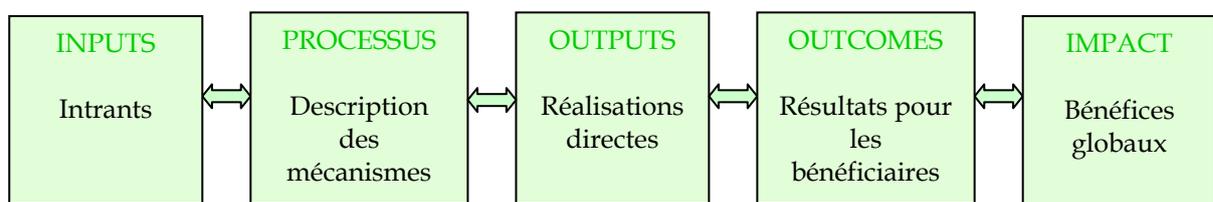
De plus, la prise de décision pour l’utilisation des ressources est essentiellement faite par le chef de projet et cela en fonction des planifications préalablement établies.

Enfin, il faut signaler que le projet bénéficie de l’appui du personnel d’appui de l’hôpital de Mopti. Et il a été possible d’assurer la prise en charge de l’infirmier, qui était au préalable au compte de MDM sur les fonds PTTE. Ce qui est fort louable et permet de mesurer l’ampleur de la collaboration et de la complémentarité.

**2. METHODOLOGIE D’EXECUTION DE L’EVALUATION**

Elle s’est faite à travers l’analyse du document de projet, la lecture des rapports périodique, les entretiens avec l’équipe du projet, les partenaires techniques et les bénéficiaires. Les informations collectées ont porté essentiellement sur le processus mis en œuvre par le projet selon le schéma suivant :

Schéma des dimensions prises en compte pour l’évaluation du projet



Pour chaque étape du schéma ci-dessus, les consultants, dans leur démarche résolument participative, ont partagé avec l’ensemble des acteurs impliqués dans le projet afin d’avoir leur accord et tenir compte de leurs remarques.

**2.2. Les intrants du projet**

**2.2.1. Les ressources humaines du projet**

L’analyse de l’évaluation a porté essentiellement sur :

- L’adéquation compétence/responsabilité

- La cohérence interne de l'équipe de projet
- La cohérence externe en relation avec l'environnement du projet
- Le processus de renforcement des compétences internes
- La conformité avec le document de projet

Vu sous tous ces aspects, on peut affirmer que le projet a mis en place une équipe compétente, parfaitement intégrée à l'équipe de l'hôpital de Mopti. Sur le plan des transferts de compétences l'assistance technique de MDM a assuré la continuité des activités la formation d'une équipe locale actuellement très compétente en matière de prise en charge des FVV.

### **2.2.2. Les ressources matérielles du projet:**

L'analyse des ressources matérielles s'est portée essentiellement sur la pertinence, la disponibilité, l'accessibilité pour la mise en œuvre des activités.

Le projet possède ses moyens logistiques de déplacement et l'équipement indispensable pour la prise en charge chirurgicale des FVV. Au niveau de l'hôpital les FVV disposent de locaux propres.

Globalement, le chef de projet ne se plaint d'aucune lourdeur administrative et d'aucune insuffisance des ressources pour accéder aux intrants indispensables à la mise en œuvre des activités.

## **2.2. Description du processus d'intervention du programme**

Le programme FVV fait partie intégrante des offres de services de l'Hôpital Siminé Dolo de Mopti. Les règles régissant le fonctionnement du programme sont bien définis dans le document de projet. La coordination technique du programme est assurée par le chef de projet en relation avec le Directeur de l'hôpital et des directeurs régionaux de la santé et du développement social. Son poste est entièrement financé sur le budget du programme cofinancé par l'AEN et MDM.

Le chef de projet peut être considéré comme la cheville ouvrière du projet. Il est en effet théoriquement responsable de : (i) la gestion des ressources humaines, (ii) la planification et la coordination des activités du programme. (iii) du suivi et de l'évaluation, (iv) du reportage des activités. (v) de la représentation du projet tant au sein d'ateliers et de conférences internationaux et rencontres techniques qu'auprès des représentants du Gouvernement et du bailleur de fonds.

### **3. LES REALISATIONS ET RESULTATS DIRECTS DU PROJET :**

L'analyse de l'exécution a été faite à partir des activités programmées par le projet durant la phase cofinancée par l'AEN c'est-à-dire de 2002 à 2006;

#### **3.1. Niveau d'exécution des activités du volet curatif**

Le traitement de la FVV d'étiologie obstétricale comporte deux (2) parties : préventive et curative. La composante curative englobe les moyens, méthode et techniques pour réaliser un acte approprié. Autrement dit le traitement curatif de la FVV est chirurgical. Cela correspond au volet curatif du projet FVV de Mopti. Le niveau d'exécution de l'activité principale qui est la chirurgie est bon. La technique opératoire utilisée est une variante de la technique de « chass Nor » qui consiste à une dissection séparation de la paroi vaginale et de la paroi vésicale puis suture de la brèche vésicale. La brèche vaginale n'est pas recouverte sur la paroi vésicale ce qui évite la constitution d'un hématome entre la paroi vaginale et la paroi vésicale. La vessie est bien étendue et drainée par une sonde vésicale. Ce qui augmente le taux de réussite.

Les autres activités de ce volet sont : le recrutement des malades et l'organisation de la participation financière des patientes. A cet effet, des lettres d'information sur la prise en charge permanente des malades et la disponibilité des services de l'hôpital à recevoir à tout moment sont envoyées au moins trois fois par an aux centres de santé, hôpitaux régionaux du pays et aux ONG travaillant sur le terrain.

La participation financière est un forfait qui s'élève à 15 000 FCFA par intervention. Généralement, il est payé une fois par la patiente pour tout son traitement. Ces fonds sont destinés à payer les indemnités d'heures supplémentaires du personnel du bloc opératoire et le forfait hospitalier pour les journées d'hospitalisation des malades.

Le recueil des données épidémiologiques consiste à informatiser chaque année les données sociales démographiques et chirurgicales

## Tableau des réalisations du volet curatif

Activités programmées	Activités réalisées			Ecart/observations
	Entièrement	Partiellement	Non réalisés	
Réaliser au moins 150 interventions chirurgicales pour fistule obstétricale par an soit un total de 750 fistules opérées		313 fistules opérées		Prévision, mais en réalité non objective
Assurer des sessions chirurgicales selon les résultats du recrutement	313 femmes opérées en 528 interventions avec un taux de réussite de 87,69% de fistules fermées			Opération de toutes les femmes malades qui se sont présentées
Formation d'un chirurgien local	3 chirurgiens formés			Dépassement de la prévision (1 chirurgien). Mise en place d'une nouvelle organisation par rapport à la cotisation.
Recevoir 5 missions chirurgicales par an	participation à une conférence.	3fois par an des chirurgiens français viennent pour discuter des cas difficiles et ensemble avec le chirurgien du projet et les chirurgiens maliens, ils pratiquent des opérations.		
Recrutement des malades	Tous les centres de santé ont été informés. Toutes les malades sont référées.			Système de renseignement relativement efficace. Patientes venant de plusieurs régions (Sikasso, Gao et Ségou) et des pays voisins comme cote d'Ivoire, Burkina Faso et Guinée Conakry Le CSRef de Bandiagara a référé 10 cas au cours des 5ans du projet. 75% des cas traités ont été référés.
Participation financière des malades	75% des femmes ont payé le forfait de l'acte chirurgical Toutes les femmes indigentes ont été prises en charge			
Recueil de données épidémiologiques	Document informatisé présentant les statistiques est élaboré et distribué aux partenaires			Travail annuel de routine

### **\*\*Impacts du volet curatif**

- ❖ Fort pourcentage de guérison de fistules. Le taux de réussite est de 88% de succès de fistules fermées.
- ❖ 313 patientes guéries pendant la durée du projet, soit 528 interventions dont 1,7 interventions par patiente.
- ❖ Existences de chirurgiens maliens capables d'opérer les FVV
- ❖ Existence de technicien spécialisé en prise en charge post opératoire

### **\*\*\*Forces et faiblesses du volet curatif**

#### **Forces :**

- Formation de tous les chirurgiens (2chirurgiens et 1gynécologue) et d'un infirmier de l'hôpital
- Taux de réussite de 87, 69%de succès de fistules fermées
- Existence d'une structure propre aux FVV (pavillon salle d'examen, hospitalisation, centre d'accueil et d'apprentissage)
- Référence des femmes atteintes de fistules vesico-vaginales

#### **Faiblesses :**

- mauvaise qualité de la table d'examen et de la table d'opération
- Le non développement de stratégies de financement des activités après le retrait du projet.
- Séjour des patientes long à Mopti.

### **3.2. Niveau d'exécution des activités du volet social**

Le volet social est composé de deux rubriques qui sont l'alphabétisation et la prise en charge sociale au niveau du centre.

L'alphabétisation consiste en l'organisation d'une session en langues nationales Bambara et Peulh pendant une session de 51 jours. En faveur des patientes dont le nombre varie selon les années. Le SAF est chargée de conduire cette activité dont le suivi est assuré par l'administrateur du projet FVV.

La seconde activité de ce volet est l'apprentissage de métiers par les femmes. Ce sont des activités d'artisanat comme le joaillerie, le bogolan, le tissage et la savonnerie, complétées par le jardinage. Le centre est géré par Delta Survie qui assure le financement de ces activités.

#### **Tableau des réalisations du volet social**

Activités programmées	Activités réalisées			Ecart/observations
	Entièrement	Partiellement	Non réalisés	
Alphabétisation des femmes atteintes de fistules volontaires		2 néo alphabètes 12,5% de réussite 20 auditrices dont 16 assidues, session de 51 jours		Résultats mitigés Mobilité des femmes
Prise en charge sociale Activités d'artisanat au niveau du centre		Formations de femmes en bogolan, joaillerie, maraîchage, tissage et savonnerie		Les formations continuent

## **\*\* Effets des activités du volet social**

Les effets à retenir sont :

- Le gain de revenus pour la femme employée comme animatrice de centre pendant une session
- Les femmes commencent à comprendre l'importance de l'alphabétisation

Le centre d'apprentissage est un moyen efficace pour la réinsertion socioéconomique. Les femmes ont un revenu minimum avec les 60% des bénéficiaires sur les articles vendus. Il est très tôt de dégager cependant les effets de cette activité.

## **\*\*\*Forces et faiblesses du volet social**

### **Forces :**

- Les femmes néo alphabètes (2) peuvent tenir des correspondances en langues nationales
- Utilisation d'une femme néo alphabète pour l'alphabétisation des autres femmes
- Effort de pouvoir regrouper les femmes
- Apprentissage d'un métier par les femmes

### **Faiblesses**

- Manque de suivi post formation pour l'alphabétisation
- La non mise en place de système de communication avec les femmes sur la maladie
- L'activité prise en charge sociale est limitée par le manque de moyens financiers et cela a conduit à la non mise en œuvre de toutes les activités prévues et la non prise en compte de tous les aspects (social, psychologique) de la maladie

## **3.3. Niveau d'exécution des activités du volet préventif**

Le volet préventif consiste en la diffusion de messages de prévention sur la maladie. Cette diffusion se fait suivant deux procédés : la radio et le théâtre. C'est une forme de sensibilisation et d'information sur la maladie. Il permet également de compléter l'activité recrutement des malades du volet curatif.

**Tableau des réalisations du volet préventif**

Activités programmées	Activités réalisées			Ecart/observations
	Entièrement	Partiellement	Non réalisés	
200 Représentations théâtrales	206 Représentations théâtrales			206 villages ont été couverts
Emissions et spots radiophoniques		2campagnes radiophoniques par an sur 7radios, couplé de spots radiophoniques		Nombre non déterminés dans le document du projet Utilisation du mois de solidarité Absolument insuffisant pour permettre de bien se servir de l'information. Moment de diffusion arrêté de façon arbitraire sans enquête préalable.

## **\*\* Effets des activités du Volet préventif**

Les représentations théâtrales attirent toujours du monde. Cependant ses effets n'ont pu être identifiés parce que l'activité ne possédait pas de supports de suivi

## **\*\*\*Forces et faiblesses du Volet préventif**

### **Forces :**

- Le contenu des messages radiophoniques cadre avec la problématique du projet dans la mesure où ces messages donnent des informations sur la fistule et le lieu de son traitement en français et dans les principales langues de la région.

### **Faiblesses :**

- Inexistence de supports de suivi des activités de prévention
- Les actions de CCC sont largement insuffisantes
- Faibles compétences de certains agents du développement social (surtout ceux de Bandiagara) en matière de prise en charge des FVV

## **4. ANALYSE DE L'ÉVALUATION**

### **4.1. Aspects financiers de la mise en œuvre du programme**

Le financement de l'AEN est arrivé à un moment où la question de l'opportunité de continuer le projet se posait à MDM. Ce financement a permis à MDM de se rassurer de la réalisation du programme et de la prise en charge correcte de la fistule.

Un contrat principal a été signé entre MDM et AEN pour un montant total de 32 millions FCFA sur une période de quatre ans. Le budget comprend les apports des deux parties. L'AEN a correctement assuré le versement des tranches financières annuelles. L'ordonnateur des dépenses est le chef de projet, la gestion comptable est assurée par un assistant gestionnaire recruté à cet effet. Presque toutes les activités planifiées ont été exécutées le taux d'exécution financière est très bon 98,5%.

### **4.2. Mesure dans lesquelles les mutilations génitales féminines et les mariages précoces constituent des facteurs favorisant la survenue des fistules.**

L'information générée lors de l'interrogatoire des fistuleuses, les statistiques obtenues par le projet et nos investigations auprès des femmes atteintes et auprès de leurs accompagnants concordent à reconnaître **un lien explicite entre le mariage précoce et la survenue des fistules.**

Il ressort des entretiens avec les femmes atteintes de fistules présentées au centre au moment de l'évaluation ; que l'âge au mariage varie entre 13 et 18ans. Soit un âge moyen de 15,5 ans.

Les données recueillies au cours de la vie du projet confirment aussi à un certain niveau le lien entre le mariage précoce et la survenue des fistules. Ainsi, 3% des fistuleuses prises en charge ont moins de 15ans et 31% sont encore des enfants car ayant moins de 18ans.

Le mariage précoce est donc le facteur essentiel qui conduit à une maternité précoce. Dans un environnement où l'accès aux services de santé est faible, une maternité précoce sans assistance à l'accouchement peut compromettre sérieusement les chances des filles à jouir d'une bonne santé et de vivre dans le bien être. En moyenne les femmes fistuleuses ont eu trois de travaille.

**Qu'entendre par mariage précoce :** Le comité interafricain (CIAF), en charge des pratiques traditionnelles affectant la santé des enfants, définit le mariage précoce comme suit « tout mariage contracté à moins de (18) dix huit ans avant que la fille ne soit physiquement, physiologiquement et psychologiquement prête à assumer les responsabilités du mariage et de la maternité ». Il est donc un mariage qui a lieu avant les transformations de l'adolescence, notamment la réalisation de la maturité psycho sexuel et du raisonnement. « Pour la moyenne des filles, la maturité physique et sexuelle se réalise vers l'âge de seize (16) à dix-sept (17) ans. Quant à la maturité psycho sexuelle et du raisonnement, elle est atteinte aux environs de l'adolescence supérieure vers dix-sept (17) à dix-neuf (19) ans ».<sup>2</sup>

Selon les entretiens avec les femmes atteintes de fistules. 80% d'entre elles sont tombées malade à leur premier accouchement et 20% au deuxième accouchement ; d'après les statistiques du projet 41% des femmes admises à l'hôpital, ont eu leur fistule à la première grossesse ; 25% à la deuxième ou troisième grossesse. Dans une proportion de plus de 90% les enfants associés à la survenue de la fistule sont morts nés. Le plus souvent, les femmes chez lesquels la fistule est survenue à la deuxième où troisième grossesse n'ont pas d'enfant vivant. Cela peut prédire que les complications ont commencé depuis la première grossesse.

Le mariage précoce est donc un des facteurs qui contribue fortement à la maternité précoce. La maternité compromet sérieusement les chances de filles mariées d'être en bonne santé et de vivre dans le bien être.

Les grossesses précoces conduisent à des risques obstétricaux entraînant une dystocie osseuse, des lacérations, des traumatismes et l'apparition de maladies honteuses chez femme comme les fistules vésico-vaginales. Dans le contexte de la région de Mopti on assiste très souvent à des abandons de la femme fistuleuse. Ainsi 77% des femmes atteintes que nous avons rencontré ont déclarées être mariées, 15% ont été répudiées, 5% sont des célibataires et 3% sont veuves ou n'ont pas de statut clair.

Le point de vue des spécialistes n'est pas toujours partagé par les populations. Ainsi, un accompagnant (père d'une femme fistuleuse âgée de 15ans) pense que la survenue de la fistule est due à une insuffisance de suivi de l'accouchement par les praticiens de la médecine et non la précocité de l'accouchement. Cet avis est partagé par l'époux d'une autre patiente.

Par contre **le lien entre l'excision et la survenue des fistules** reste à démontrer car la majorité des femmes malades est excisée (90%) et 10% des femmes malades sont non excisées. Vu les variables contribuant à la survenue des fistules, les spécialistes se réservent de se prononcer sur le lien entre l'excision et la survenue de la fistule.

#### **4.3. Appréciation du système de prise en charge des malades sur les volets curatif et social. :**

##### **4.3.1. Qualité des soins pré per et post-opératoires :**

Les médicaments et consommables pour réaliser l'acte chirurgical sont suffisamment fournis. Et il est correctement fait dans les règles d'aseptise. Les chirurgiens ne devraient avoir aucune inquiétude. La technique d'anesthésie utilisée est correcte et conforme (l'anesthésie loco régional).

---

<sup>2</sup> D'après GILLETTE – FAYE, Isabelle, p9/10

Le constat est que l'équipe chirurgicale (chirurgiens et anesthésistes) est à l'aise dans son poste et possède la compétence requise pour cette activité. Les patientes reçoivent des séances d'IEC en post opératoire.

#### **4.3.2. Contribution des différentes parties (AEN, MDM, Hôpital, la malade elle-même, les structures de prise en charge sociale)**

La contribution de l'hôpital n'a pas été valorisée financièrement. Cette contribution est matérielle (plateau technique, local servant de bureau, courant, infrastructures), humaine (personnel).

La contribution de la malade est une somme forfaitaire de 15000FCFA, payable une fois ? ce montant est à la portée de la plus part des malades non indigentes.

L'AEN finance le projet à hauteur de 52% et

MDM prend en charge 48 % sur fonds propres.

Delta Survie s'occupe de la prise en charge sociale à travers le centre d'artisanat qui s'autofinance. Delta Survie assure le partage des bénéfices tirés des activités. Ainsi 60% des bénéfices reviennent aux femmes atteintes de fistules menant ces activités, 20% aux monitrices et 20% pour l'entretien du matériel.

#### **4.3.3. Analyse de l'impact de l'alphabétisation sur le vécu quotidien des malades**

L'alphabétisation des femmes atteintes de fistules est une initiative pouvant contribuer à occuper les femmes tout en leur procurant des connaissances. La non instauration d'un système de suivi post formation et la mobilité des auditrices ont conduit à des effets mitigés, malgré le fait qu'une femme soit revenue après son retour au village pour se perfectionner. Il est très tôt de parler d'impact quand deux femmes seulement sont néo alphabètes.

#### **4.3.4. Viabilité du système**

Globalement tous les objectifs n'ont pas été atteints. Le système mis en place est viable techniquement dans la mesure où le transfert de compétences a été effectif et l'acte chirurgical du volet curatif est entré désormais dans les activités courantes de l'Hôpital.

La viabilité financière n'est pas encore assurée dans la mesure où le financement est externe et aucune stratégie n'est développée pour assurer la continuité des activités après le retrait du projet.

Ce programme est pourtant valide, de par ses volets d'intervention et ses objectifs, le Projet FVV est conforme à la politique de développement du Mali. En effet ses volets et activités s'intègrent bien dans les axes prioritaires du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) II, adopté par le Gouvernement du Mali en 2006 et constituant le cadre unique de référence et de négociations avec les partenaires techniques et financiers pour le développement du pays durant la période 2006- 2010. L'objectif général du CSLP II est de réduire la pauvreté à travers trois axes prioritaires. Ce programme répond à l'axe développement des ressources humaines et de l'accès aux services sociaux de base (Education, Santé, Eau potable, etc.).

Par ailleurs, à travers les activités des volets curatif, préventif et social, le projet FVV s'harmonise, à une échelle plus restreinte, avec les objectifs du projet sectoriel de la Santé (PRODESS) mis en œuvre par le Gouvernement du Mali.

#### **4.4. Contribution du programme dans l'amélioration du système de référence/contre référence des femmes malades de fistule.**

Le système de renseignement mis en place est relativement efficace. Les patientes viennent de plusieurs régions (Sikasso, Gao et Ségou) et des pays voisins comme cote d'Ivoire, Burkina Faso et Guinée Conakry. Le CSRef de Bandiagara a référé 10 cas au cours des 5ans du projet. 75% des cas traités ont été référés.

#### **4.5. Impact de la prise en charge en amont (volet préventif)**

##### **4.5.1. Analyse de l'impact du théâtre sur la thématique abordée**

L'organisation de représentations théâtrales avec une troupe (Danaya) spécialisée en la matière dans les quarante villages les plus peuplés avec un rayon de 5km de la région est la seconde forme de sensibilisation et d'information sur la maladie. Les données de participation ont été recueillies systématiquement par le technicien de développement communautaire (TCD) qui accompagne la troupe en tant que prestataire. Il est à noter qu'aucune donnée sur l'activité du TCD n'était disponible. Un débat est ensuite organisé pour commenter la pièce et faire passer d'autres informations sur la maladie.

Le théâtre est un procédé intéressant pour faire passer l'information sur la pathologie. L'accent dans la pièce est mis sur le rejet dont peuvent être victime une femme atteinte de fistules. Au cours du débat qui suit dans l'identification des causes, la question du lien entre l'excision, le mariage précoce et la survenue des fistules est abordée, seulement l'analyse de cette question ne se fait pas de manière pointue pour amener les populations à prendre conscience de cette situation. Selon le Directeur de la troupe Danaya les principaux objectifs est de référer les malades et de les percevoir autrement, c'est dire comme une personne atteinte de n'importe quelle maladie et qui a besoin de soutien.

##### **4.5.2. Analyse du contenu et de l'impact des messages radio**

Les messages en langues locales et en Français sont diffusés deux fois par an sur les radios locales. Le contenu de ces messages se résume en informations sur la définition de la fistule et ses causes, la curabilité de la maladie, les moyens de l'éviter et la possibilité de traiter les femmes atteintes à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti à moindre coût. Parmi les causes, il est cité l'excision et le mariage précoce. La fréquence des émissions radiophoniques ne permet pas aux personnes de se souvenir toujours de ce qui a été donné comme information. Certes des malades se font consultées suite à cette information, mais le débat n'est pas pourtant instauré dans les familles pour qu'il puisse avoir des retombées sur le fait de pratiquer ou non le mariage précoce et l'excision. Il est à retenir que pour les populations, les services de santé ont une responsabilité dans la survenue des fistules.

#### **4.6. Equilibre entre les différents volets :**

Programme de cinq (5) ans ; ce temps est suffisant pour l'atteinte des objectifs à travers une mise en œuvre correcte des activités programmées.

C'est au niveau de cette mise en œuvre qu'apparaît un déséquilibre perceptible entre les différents volets. Il se reflète au niveau des objectifs atteints, si les principaux résultats du volet curatif sont satisfaisants, l'appui est encore indispensable pour les volets d'accompagnement. Il apparaît à l'analyse que les plus grands efforts techniques, humains et financiers ont été concentrés au niveau du volet curatif. Certes ce volet est la cheville ouvrière

du projet pourtant l'atteintes des objectifs passe par les activités d'accompagnement qui constituent les deux autres volets (curatif et préventif).

Malgré ces insuffisances, il existe une cohérence interne au Projet FVV entre d'une part, les objectifs et d'autre part, les activités retenues.

La qualité de la description de la situation dans le document de projet est fortement impressionnante. Les données générales sur le Mali sont à jour de même que les données détaillées sur la maladie dans la région de Mopti. L'approche sanitaire développée dans les années précédentes et les corrections à apportées sont bien décrites.

Cependant, il est à noter que le détail des activités par volet est mentionné dans le plan annuel d'activités. Cela peut dérouter un lecteur non averti dans la mesure où traditionnellement les activités et le cadre logique se retrouvent dans le document de projet.

Il faut relever comme autre faiblesse à ce niveau un manque de formulation de résultats attendus par volet, d'activités et d'indicateurs pour les volets préventif et social et la surestimation d'indicateurs pour le volet curatif (par exemple, 200 fistules opérées par d'activités dans le document de projet et 150 fistules opérées dans le plan annuel) et le manque de précision de la situation de départ pour les autres indicateurs et objectifs.

Les stratégies et approches participatives adoptées par le Projet sont pertinentes car elles sont susceptibles de responsabiliser l'hôpital dans la gestion du projet et de l'intégrer dans ses activités courantes, à travers l'octroi du centre, l'utilisation des chirurgiens et des locaux de l'hôpital, l'implantation du projet en son sein et la prise en charge de l'infirmier sur le fonds PTTE.

Il faut néanmoins relever une faiblesse dans la pertinence des stratégies adoptées pour le volet préventif. L'approche (spots sporadiques diffusés par les radios locaux, une représentation théâtrale par village sans système viable de suivi) est peu convaincante parce qu'elle ne permet pas d'atteindre suffisamment les objectifs fixés au projet.

Par ailleurs la collaboration avec l'ONG Delta Survie qui est responsable du volet social à travers la prise en charge sociale est une initiative fort appréciable dans la mesure où cette collaboration (avec le financement du PNUD que l'ONG vient d'acquérir) permettra dans un futur immédiat de corriger les lacunes liées à la composante suivi dans le recrutement des malades et dans leur suivi pour leur réinsertion socioéconomique.

## 5. LEÇONS APPRISES

### 5.1. La pertinence du projet :

Le bien fondé du projet par rapport à la politique nationale, au partenariat, à la zone d'intervention ne souffre d'aucune ambiguïté. Le projet est reconnu comme un projet qui apporte une plus value en terme de soulagement aux populations et femmes atteintes de fistules. Le ciblage spécifique des femmes atteintes de fistules et du reste de la population à travers le volet préventif assure une couverture totale à la population. Ce projet soulage les populations et les autorités sanitaires dans la mesure où sans lui, le Mali ne posséderait qu'un seul centre de prise en charge de la fistule vésico-vaginal.

### 5.2. Efficacité du programme :

L'efficacité d'un programme se fait à travers l'appréciation de l'état général d'exécution des activités prévues.

A partir des observations sur le terrain, des entretiens avec les bénéficiaires, les agents du projet et les responsables de l'hôpital, la DRS, la DRDSES et de l'ONG Delta Survie, il ressort clairement que les performances du programme ont été satisfaisantes car le principal objectif a été atteint. Le volet curatif a été correctement exécuté et parfois les prévisions ont été largement dépassées (exemple : taux de réussite de fermeture de fistules). Cependant les activités des volets social et préventif n'ont pas produit les résultats escomptés. Cela est dû à un certain nombre de facteurs qui dépassent parfois les compétences du programme ; c'est :

- ❑ pour l'alphabétisation : la mobilité des femmes
- ❑ pour les messages, spots radiophoniques et les représentations théâtrales: la visibilité à travers le changement de comportement et la référence des malades

Par ailleurs, il ressort clairement que les femmes atteintes de fistules participent bien à leur prise en charge.

Certes des efforts ont été accomplis dans la prise en charge des fistules. Cependant ils restent insuffisants pour les actions des volets préventif et social.

Le suivi post alphabétisation n'est pas pu être réalisé. Les activités au niveau du centre ne sont pas structurées de façon à faire ressortir le gain de chaque femme malade et l'utilisation de ces ressources financières.

Dans le volet préventif: le manque de données ne permet pas non plus d'apprécier les effets de ce dit volet.

### 5.3. Efficience du programme

Cette partie est le complément du chapitre sur le bilan financier de la contribution de l'AEN. Les fonds alloués aux différentes activités ont effectivement été utilisés dans ces activités ; ils n'ont pas été détournés de leur destination première ni dilapidés.

L'analyse des procédures d'achat du programme fait ressortir que les opérations étaient correctes. Les ressources ont été bien utilisées. Le temps de décaissement n'était pas une contrainte dans la mesure où MDM possède une autonomie financière, leur permettant de pré financer les activités. Dans le dispositif de gestion, le projet FVV a structuré et a rationalisé l'utilisation des ressources pour que les bénéficiaires partent au profit des populations cibles. Avec ce système plus de femmes (15000FCFA) ont bénéficié de la prise en charge curative

des fistules. En fait le programme complète en consommable et médicament pour atteindre l'objectif c'est – à – dire la réalisation de l'acte chirurgical

En dehors de tout système ou autre forme de subvention ou d'aide. La prise en charge du volet curatif au service d'urologie à l'hôpital du point G revient à 1010000 FCFA qui se répartissent comme suit :

- 51000 F CFA pour la 3ème catégorie d'hôpital
- 50000 FCFA pour les médicaments et consommables en per opératoire et poste opératoire)

Toute fois il est possible de réduire voire supprimer cette contribution de 15000 F car il existe des ONG qui prennent les femmes fistuleuses entièrement en charge (IMANEASUSSE) à Ségou.

#### **5.4. Appropriation et Durabilité des activités du programme**

S'il n'en tient qu'à la partie technique du programme, en son volet curatif, les Chirurgiens et techniciens formés sont capables de continuer l'activité sans l'assistance de l'équipe du projet.

Il reste beaucoup à faire pour l'appropriation des activités des volets préventif et prise en charge sociale. La durabilité d'un projet s'effectue à travers les quatre éléments suivants : la capitalisation organisationnelle (auto – organisation), la capitalisation technique (maîtrise d'un savoir-faire des activités), la capitalisation financière (ressources financières autonomes) et le rayonnement. Analysons ces quatre aspects dans le projet FVV.

##### **5. 4.1. Capitalisation organisationnelle**

La dynamique organisationnelle enclenchée par le projet et ses partenaires est révélatrice de la volonté et de la capacité des responsables de l'hôpital à prendre les choses en mains. En effet, le projet a réussi à former trois chirurgiens et un infirmier spécialiste de la prise en charge post opératoire pour faire la cure des FVV. Ces chirurgiens et infirmier pratiquent régulièrement, assurent le pré, le per et le post opératoire avec un bilan et un protocole opératoire satisfaisant.

Chaque patiente possède un dossier médical et chirurgical. Le dossier chirurgical schématise classe la fistule.

Toutes choses qui dénotent de la forte capacité organisationnelle des praticiens hospitaliers.

##### **5.4.2. Capitalisation intellectuelle**

Par compagnonnage, les chirurgiens et l'infirmier ont acquis à la fois de nombreuses connaissances générales et techniques.

- Dans le domaine des connaissances générales, on peut citer la connaissance de la chirurgie et de la médecine en général, la déontologie médicale et les règles de la chirurgie
- Du point de vue connaissances techniques, ils ont la maîtrise de la technique de la cure de la FVV dans sa classification simple et appréhende les formes compliquées des fistules.

Cette capitalisation intellectuelle indique que les chirurgiens de l'hôpital peuvent poursuivre cette activité après le retrait du programme s'ils ont les ressources matérielles et financières nécessaires.

### **5.4.3. Capitalisation financière**

Financièrement le projet FVV a toujours besoin d'être appuyé dans tous ses volets (de la case de la femme atteinte de fistule à l'hôpital et de l'hôpital à la case de la femme atteinte de fistule).

### **5.4.4. Rayonnement**

Le rayonnement du programme s'exprime à travers l'adhésion d'autres régions, en dehors de la zone d'intervention. Ce qui révèle la pertinence de ces activités par rapport aux besoins de la population cible.

## **5.5. Impacts du programme**

### **\*Pour les bénéficiaires :**

Malades complètement guéries et qui ont repris une vie normale. Nous avons rencontré un malade qui a repris sa vie reproductive.

Proximité des malades à travers le centre d'hébergement

### **\*\*Pour l'hôpital**

Acquisition d'une antenne pérenne de prise en charge des chirurgicales des fistules pour le Mali. Acquisition de personnel (3 chirurgiens et 1 technicien de prise en charge post opératoire) compétent. Augmentation du nombre de fistules opérées

### **\*\*\*Pour MDM :**

Acquisition d'expertise de prise en charge et expertise de formation de chirurgiens

## **5.6. Forces et faiblesses du programme**

### **Forces :**

- Projet intégré dans les activités courantes de l'hôpital
- Une grande couverture zonale. Le projet conçu au départ pour une envergure régionale est devenu national avec des malades provenant de différentes zones (Gao, Sikasso et Ségou) dont des zones plus proches de Bamako comme Fana.
- Développement d'une stratégie de prise en charge des pauvres (Accès aux soins à des coûts moins élevés).
- Compétences transférées pour assurer la continuité et la relève à travers une dynamique d'intégration enclenchée des activités du projet.

### **Faiblesses :**

- La plus grande insuffisance est l'insuffisance de fonds pour prendre en compte tous les aspects (social et psychologique) de la maladie
- La formulation des objectifs et des activités crée une certaine confusion dans l'atteinte des résultats escomptés.
- Recrutement de malades non organisé
- Manque de supports pouvant permettre d'enregistrer les effets des émissions radiophoniques et des représentations théâtrales

Un risque important peut menacer la continuité des activités du volet curatif Le système administratif malien. Les chirurgiens peuvent être mutés sans que la relève ne soit préparée.

## **6. Conclusion :**

Médecins du monde (MDM) France s'est intéressé depuis 1993 à la région de Mopti principalement pour le dépistage, le traitement et la prévention des séquelles obstétricales. C'était en Décembre 1998, que MDM a obtenu l'accord de conduire un programme de prévention intitulé « Programme de Prévention et de Traitement de la Fistule Vesico Vaginal dans la région de Mopti ». Ce programme s'est développé autour de trois axes d'intervention : un volet curatif, un volet social et un volet préventif. Le programme en cours est exécuté grâce à un cofinancement de l'AEN (52% du budget) et de MDM 48 % financement). La présente évaluation a pour objectif général d'analyser l'impact de la contribution de l'AEN dans le cadre de l'atteinte des objectifs du programme de prévention et de prise en charge de la fistule vésico-vaginale dans la région de Mopti. Ce projet est géré par une équipe de MDM qui s'occupe de l'organisation médicale et de l'organisation administrative. Le programme FVV fait partie intégrante des offres de services de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti.

La méthodologie de cette évaluation s'est articulée autour de l'analyse du document de projet, la lecture des rapports périodique, les entretiens avec l'équipe du projet, les partenaires techniques et les bénéficiaires. Les informations collectées ont porté essentiellement sur le processus mis en œuvre par le projet.

Globalement tous les objectifs n'ont pas été atteints. Le système mis en place est viable techniquement dans la mesure où le transfert de compétences a été effectif et l'acte chirurgical du volet curatif est entré désormais dans les activités courantes de l'Hôpital.

La viabilité financière n'est pas encore assurée dans la mesure où le financement est externe et aucune stratégie n'est développée pour assurer la continuité des activités après le retrait du projet.

Les stratégies et approches participatives adoptées par le Projet sont pertinentes car elles sont susceptibles de responsabiliser l'hôpital dans la gestion du projet et de l'intégrer dans ses activités courantes.

Le niveau d'exécution des activités du volet curatif est fort appréciable à travers la visibilité des résultats obtenus, tandis que ceux obtenus par les deux volets d'accompagnement sont mitigés.

Cette évaluation a également analysé les mesures dans lesquelles les mutilations génitales féminines et les mariages précoces constituent des facteurs favorisant la survenue des fistules. Il ressort de cette analyse que le lien explicite entre le mariage précoce et la survenue des fistules est établi. Comme le mariage précoce est un des facteurs de contribution à la maternité précoce. Cette affirmation est étayée par les statistiques recueillies par le projet.

La pertinence du projet est démontré parce qu'il soulage les populations et les autorités sanitaires dans la mesure où sans lui, le Mali ne posséderait qu'un seul centre de prise en charge de la fistule vésico-vaginale.

L'analyse des apports financiers montre que les fonds alloués aux différentes activités ont effectivement été utilisés dans ces activités ; ils n'ont pas été détournés de leur destination première ni dilapidés.

S'il n'en tient qu'à la partie technique du programme, en son volet curatif, les Chirurgiens et technicien formés sont capables de continuer l'activité sans l'assistance de l'équipe du projet.

Il reste beaucoup à faire pour l'appropriation des activités des volets préventif et prise en charge sociale

Les impacts du projet sont visibles au niveau des bénéficiaires, de l'hôpital et de MDM

Acquisition d'une antenne pérenne de prise en charge des chirurgicales des fistules pour le Mali. Compte tenu des forces et des faiblesses du PFF, la pleine atteinte des objectifs passe par la mise en œuvre des recommandations ci-dessous formulées.

## 7. RECOMMANDATIONS

### 7.1. Améliorer le document du projet

Pour rendre plus compréhensif le programme et faciliter sa mise en œuvre et son évaluation, il est judicieux de le reformuler en tenant compte de

- ☞ Bien décrire la situation de départ
- ☞ reformuler correctement les objectifs et indicateurs des différents volets ;
- ☞ Concevoir un cadre logique

### 7.2. Revoir les stratégies et approches du programme en les améliorant

- ☞ Il serait plus judicieux de profiter à chaud des représentations théâtrales pour identifier les malades et organiser avec elles, leur recrutement. Pour cela la collaboration avec Delta Survie doit être mieux élaboré en déterminant les responsabilités de chacun. Par ce biais l'ONG pourrait être d'un appui fort intéressant dans le recrutement des malades et dans leur suivi post guérison.
- ☞ Réfléchir par rapport à la manière de continuer les activités après le retrait du projet même si toutes les activités sont intégrées dans le PO de l'hôpital.
- ☞ Le séjour long à Mopti pose problème aux femmes, qui ou leurs accompagnants sont obligés de retourner au village pour chercher de quoi tenir le coup. Réfléchir par rapport à un moyen d'écourter leur séjour ou de pratiquer sur place dans un centre secondaire.
- ☞ Adopter des stratégies pertinentes pour les volets préventif et social ;

### 7.3. Repenser la mise en œuvre du projet

- ☞ Le nombre de fistules à opérer a été défini par rapport au nombre de fistules supposées exister dans la région de Mopti, à partir des résultats de l'enquête anthropologique menée en 2000. La prévalence a été estimée en ce moment à environs 1000 cas dans la région. Or depuis 1993, seulement 797 malades dont 434 soit environs 54,50% de ces malades viennent de la région de Mopti.  
Après la mise en œuvre du projet, il s'est avéré que l'objectif d'opérer 150 femmes est trop ambitieux. Alors que l'atteinte de l'objectif est liée à la disponibilité de chiffres fiables. Il s'avère donc nécessaire de refaire une enquête pour déterminer la prévalence réelle de cette pathologie. Cette enquête qui nécessite des moyens financiers considérables est primordiale pour la continuer du projet afin de connaître la prévalence réelle pour organiser la référence des malades.
- ☞ Les résultats obtenus à travers le rayonnement du projet FVV montre que désormais le système de sensibilisation/information à travers la radio et le théâtre doit être étendue sur toute l'étendue du territoire. Cela peut être négocié dans la cadre du Programme National. Et les moyens les plus efficaces pour atteindre cet objectif restent la radio et télévision nationale.
- ☞ La spécialisation en médecine et en finances de l'équipe chargée de conduire et de gérer le projet FVV explique les résultats mitigés des volets préventif et social. Il serait donc souhaitable que la conduite technique de ces volets soit confiée à Delta Survie qui possède de l'expertise dans le domaine de l'animation ; surtout que cette ONG intervient déjà dans la composante prise en charge sociale du volet social.
- ☞ Adopter des stratégies pertinentes pour les volets préventif et social ;
- ☞ Revoir la mise en œuvre du volet préventif et du volet social dans sa composante alphabétisation. Et voter par la même occasion un budget conséquent pour ces activités ;

- ☞ Assurer un suivi régulier des activités mises en œuvre en mettant de supports de suivi en place;

#### **7.4. Leçons à tirer pour le programme régional de lutte contre les pratiques des mutilations génitales féminines**

- ☞ La survenue des fistules est un créneau permettant d'argumenter la lutte contre le mariage précoce et l'excision ; se servir des données médicales pour faire connaître cette pathologie et organiser des stratégies de plaidoyer pour l'âge du mariage
- ☞ Commanditer une étude comparative sur la survenue des fistules dans la zone où l'excision est pratiquée à celle où l'excision n'est pas pratiquée.

## Annexes

### **Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées**

#### **Equipe du projet**

1. Dr Jean Martin Zino coordinateur
2. Yaya Coulibali : administrateur

#### **Femmes atteintes de fistules**

1. Aramata Ongoïba
2. Alima Diallo
3. Shita Keïta
4. Fadimata Guindo
5. Kadia Tapily
6. Aminata waza
7. Hapsatou Coulibaly
8. Oumou Coulibaly
9. Soutoura Tamboura
10. Hadidia Cissé

#### **Accompagnants**

1. Hamadi Dialla (père)
2. Mamadou Sanogo (époux)
3. Diko Tamboura (mère)
4. Mariam Keïta (sœur)

#### **Groupe théâtral : Danaya**

Koniba Koné dit Bemba : Directeur de troupe

#### **SAF**

Sidibé Moussa : Chef de la section

#### **Delta Survie**

Oumou Boré : animatrice

#### **Direction Régionale de la Santé**

Thimoté Dougnon : pharmacien

Kassim Traoré : chef de planification

#### **Direction Régionale du développement Social et de l'Economie Solidaire**

Ibrahim Abba Sangaré : Directeur

#### **Direction de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti**

Dr Bréhima Traoré : Directeur intérimaire

#### **Centre de Santé de Référence de Bandiagara**

Dr Cissé Mamadou Oumar : Directeur

## **Annexe 2 : Liste de présence lors de la restitution**

1. Dr Almoustapha Ouattara : DGA HSDM
2. Dr Bréhima Traoré : Chirurgien HSDM
3. Dr Jean Martin Zino : Coordinateur PFVV
4. Dr Kassim Traoré : chargé de planification DRS
5. Ibrahima Sankaré : SG Delta Survie
6. Dr Karim Sangaré : DRS
7. Pathé Ongoïba chargé de Programmes DRDSES
8. Dr Ali Tembely : chirurgien, urologue consultant RESADE
9. Mme Touré Halimatou Maïga : sociologue, consultante RESADE