



REPUBLIQUE GABONAISE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ

→ STRATÉGIE NATIONALE DE
LUTTE CONTRE LES FISTULES
OBSTÉTRICALES AU GABON

2013-2017

STRATÉGIE

AVRIL 2013

NATIONALE

→ PRÉFACE

→ SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS ET SIGLES	6
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	7
▶ I. GÉNÉRALITÉS	
I.1. Définition de la fistule obstétricale	9
I.2. Problématique de la fistule obstétricale	9
I.3. Etio-pathogénie	9
I.4. Causes et facteurs favorisants	9
I.4.1. Causes physiques	9
I.4.2. Facteurs institutionnels	10
I.4.3. Facteurs socioculturels et économiques	10
I.4.4. Importance de la formation des prestataires	10
▶ II. RAPPEL SUR LA CAMPAGNE MONDIALE D'ÉLIMINATION DES FISTULES OBSTÉTRICALES	
II.1. Historique	12
II.2. Objectifs et axes d'intervention	12
II.3. Leçons apprises	12
II.4. Perspectives	12
▶ III. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	
III.1. Généralités sur le Gabon	14
III.1.1. Situation géographique	14
III.1.2. Situation administrative et socioculturelle	14
III.1.3. Situation socio-économique	14
III.1.4. Situation démographique	14
III.1.5. Situation sanitaire	15
III.1.6. Situation de la Santé de la Reproduction	15
III.2. Analyse de situation des SONU	16
III.2.1. Obstacles relatifs aux ressources humaines	17
III.2.2. Obstacles relatifs à l'équipement, au matériel et aux infrastructures sanitaires	17
III.2.3. Obstacles relatifs à l'organisation des services	17
III.2.4. Obstacles relatifs à la prestation des SONU	18
III.3. Analyse de la situation de la fistule obstétricale au Gabon	18
III.3.1 Causes et ou facteurs favorisants des FO au Gabon	19
III.3.2 Conséquences des FO au Gabon	19
III.3.3. Recommandations	20

▶ IV. CADRE STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LES FO AU GABON

IV.1. Principes Directeurs de la Stratégie	22
IV.2. But	22
IV.3. Objectifs	22
IV.3.1. Objectif général	22
IV.3.2. Objectifs spécifiques	22
IV.4. Résultats attendus	22
IV.5. Axes stratégiques	23
IV.5.1. Prévention des FO	23
IV.5.2. Prise en charge des femmes porteuses de FO	23
IV.5.3. Réinsertion sociale	24
IV.5.4. Promotion de la collaboration entre les différents acteurs	24

▶ V. SUIVI-EVALUATION 25

▶ VI. ASPECTS INSTITUTIONNELS 25

▶ VII. CADRE LOGIQUE 26

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 31

ANNEXES 32

ANNEXE 1	
Indicateurs démographiques nationaux	32
ANNEXE 2	
Liste des fonctions phares permettant de qualifier une structure sanitaire SONUC et SONUB	33
ANNEXE 3	
Répartition des femmes porteuses de FO déclarées et rencontrées par région sanitaire	34
ANNEXE 4	
Calendrier de Suivi et Evaluation	35

▶ ABRÉVIATIONS ET SIGLES

CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CHR	Centres Hospitaliers Régionaux
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CM	Centres Médicaux
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CPN	Consultation Périnatale
CPNR	Consultation Périnatale Recentrée
EDSG	Enquête Démographique et de Santé
EGEP	Enquête Gabonaise d'Évaluation sur la Pauvreté
FIGO	Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens
FVV	Fistule Vésico-Vaginale
FRV	Fistule Recto-Vaginale
FO	Fistule Obstétricale
IEC	Information, Education, Communication
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MGF	Mutilation Génitale Féminine
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEC	Prise en Charge
PF	Planification Familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPS	Point de Prestation de Service
PSGE	Plan Stratégique Gabon Emergent
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
Sida	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SR	Santé de la Reproduction
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

▶ RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Chaque année, un nombre important de femmes en âge de procréer dans les pays en développement est victime de fistules obstétricales. Cette situation a amené le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) à lancer en 2003 la campagne mondiale visant à éradiquer les fistules obstétricales (FO). Dans le cadre de cette campagne d'éradication des fistules obstétricales, plusieurs pays ont déjà organisé des enquêtes nationales, afin d'évaluer les situations et de pouvoir développer des stratégies cohérentes de lutte contre cette maladie.

Ainsi, à l'instar d'autres pays Africains, le Gabon a mené son enquête nationale sur les fistules obstétricales en janvier 2010, avec l'appui technique et financier de l'UNFPA. Les conclusions ont été les suivantes :

- La FO est un problème de santé publique au Gabon. En effet, 90 cas ont été déclarés dans les registres et 15 de ces femmes porteuses de FO ont été rencontrées ;
- Les principales causes sont les accouchements difficiles, les difficultés d'accès aux structures sanitaires, la précarité de la vie, les pratiques socioculturelles néfastes, le retard dans le transfert de la femme à l'hôpital, le faible niveau d'instruction.
- Les rares services médicaux disponibles ne sont pas assez fréquentés, principalement à cause de la pauvreté de ces femmes, qui vivent pour la plupart en milieu rural.
- Le coût d'une opération chirurgicale est de 1.500.000 FCFA dans le secteur privé et de 80.000 FCFA dans le secteur public, coût hors de portée pour la grande majorité de ces femmes.
- Les conséquences des fistules sur les victimes sont dramatiques sur les plans clinique, socio-économique et psychologique.

En 2011, le Gabon, avec le concours de l'UNFPA, a bénéficié de l'appui technique d'un expert pour une prise en charge (PEC) médicale des femmes porteuses des FO.

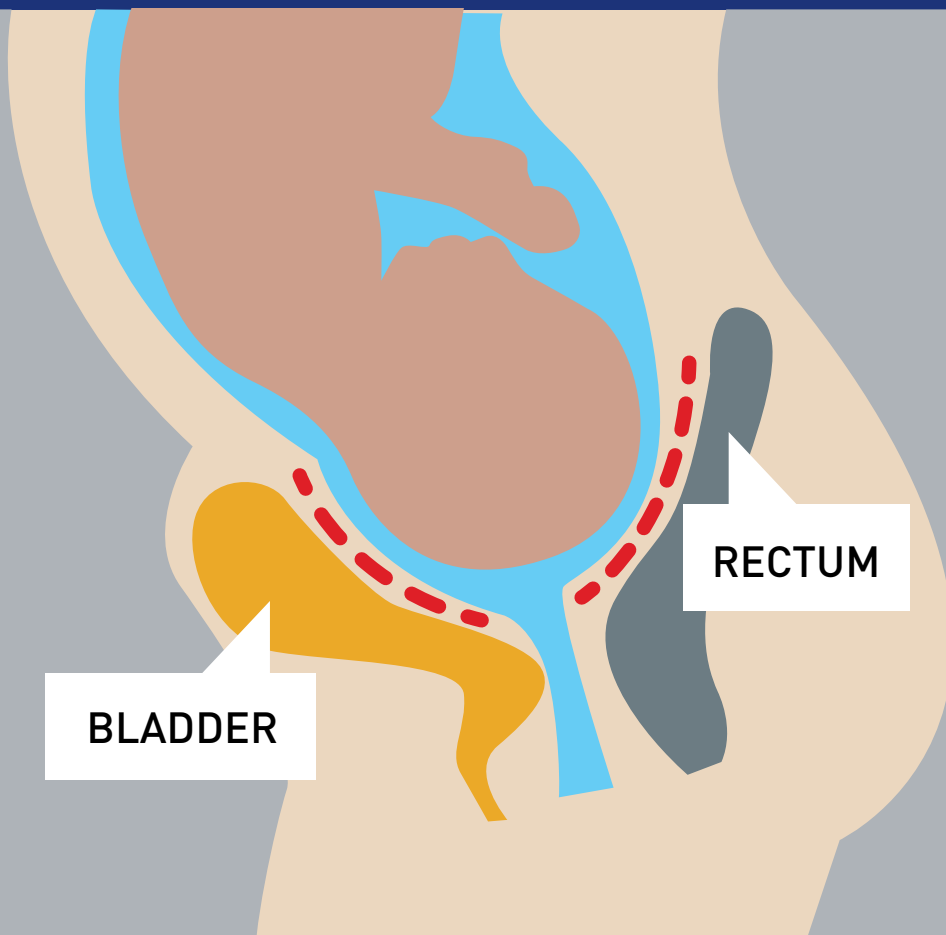
Lors de cette mission, des gynécologues-obstétriciens, des urologues, des chirurgiens et des étudiants en spécialité ont été initiés à la réparation des FO à travers une formation théorique et pratique. Huit (08) femmes ont bénéficié des interventions chirurgicales, la plupart des cas étaient complexes.

Pour une meilleure prise en compte de la problématique de la FO au Gabon, les missions qui se sont succédé ont recommandé d'une part, l'élaboration d'une stratégie nationale en la matière, d'autre part la création d'un réseau national d'élimination de cette pathologie.

Fort de ce qui précède, le Ministère de la Santé a entrepris avec l'appui de l'UNFPA, l'élaboration de la présente stratégie nationale de lutte contre les FO. Cette stratégie comporte un plan opérationnel intégré, afin de rendre pérenne la PEC globale des femmes porteuses de FO au Gabon pour la période allant de 2013 à 2017.

1

➔ GÉNÉRALITÉS



► 1.1. DÉFINITION DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE

La fistule obstétricale est une lésion qui survient à l'accouchement, généralement causée par un travail prolongé et difficile (dystocie), qui dure parfois plusieurs jours, et sans intervention médicale appropriée.

C'est une ouverture anormale entre le vagin et la vessie (fistule vésico-vaginale) ou entre le vagin et le rectum (fistule recto vaginale) survenant à la suite soit d'un accouchement difficile et prolongé, soit d'une grossesse précoce, soit d'une violence sexuelle.

Les fistules ont des conséquences physiques à long terme, notamment la perte constante d'urine, de matières fécales ou des deux empêchant la personne de mener une vie normale.

Cette FO est différente de la fistule uro-génitale qui elle désigne en général une communication anormale, le plus souvent acquise, entre les voies urinaires et génitales chez la femme. Très souvent il s'agit d'une communication entre la vessie et le vagin. Aussi, le terme de fistule vésico-vaginale est utilisé à tort pour désigner les autres types de communications possibles.

► 1.2. PROBLÉMATIQUE DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Chaque minute dans le monde, une femme meurt des complications de la grossesse et de l'accouchement et pour chaque femme qui meurt, 20 à 30 autres survivent mais souffrent de complications aiguës ou chroniques, dont l'une des plus graves est la FO. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'il existe actuellement au moins 2 millions de filles et de femmes porteuses d'une FO, dont 80 % vivent dans les pays en développement. Chaque année, 50 à 100.000 nouveaux cas sont enregistrés. Cette situation est le triste reflet de politiques de santé inadéquates¹.

Les autres conséquences de la fistule sont d'ordre social. En effet les femmes frappées par cette maladie sont souvent abandonnées, l'odeur étant généralement jugée insupportable par le mari ou les proches. Sans traitement, elles ne peuvent espérer retrouver leur dignité.

L'autre aspect tragique est que la fistule survient très souvent chez des adolescentes victimes des grossesses précoces. Elles sont plus exposées aux risques de complications lors de l'accouchement et ont généralement un accès limité aux services de santé.

Cette infirmité a été éliminée dans les pays riches, par le développement et l'amélioration des soins obstétricaux en général et des soins obstétricaux d'urgence en particulier, alors que dans les pays africains, elle reste un problème de santé publique.

► 1.3. ETIO-PATHOGÉNIE

Dans la grande majorité des cas, en Afrique, la cause des fistules vésico-vaginales (FVV) est obstétricale. En effet, elles surviennent au cours d'un accouchement dystocique, par manque de surveillance et de PEC appropriées. Toutes les causes de dystocie peuvent entraîner un travail trop prolongé. La présentation est en majorité céphalique. La tête du fœtus se bloque dans le petit bassin et comprime ainsi la paroi vésicale contre la symphyse pubienne en avant. Après un certain délai, cette compression entraîne une nécrose de la paroi vésicale par ischémie. L'accouchement finit par se produire (l'enfant est le plus souvent mort) et, quelques jours après, la fistule apparaît. Il en est de même de la compression du rectum contre le sacrum qui finira par se traduire en une fistule recto-vaginale (FRV).

L'association d'une FVV et d'une FRV est habituelle et pose le problème d'un double handicap urinaire et fécal. Il se pose par ailleurs, dans ce contexte à risque infectieux majeur, la problématique de la chronologie de la réparation des deux fistules, ce d'autant plus qu'il s'agit la plupart du temps de femmes jeunes, en âge de procréer, et primipares dans leur grande majorité.

► 1.4. CAUSES ET FACTEURS FAVORISANTS

● 1.4.1. CAUSES PHYSIQUES

La cause principale de la fistule obstétricale est la dystocie responsable d'un travail prolongé (plus de 12 à 24 heures).

¹ Source : Campaign to End Fistula - « Faits et chiffres : La fistule et la santé de la reproduction » - UNFPA 2010 http://www.fistules.org/fast_facts.htm

● I.4.2. FACTEURS INSTITUTIONNELS

Il s'agit de la faiblesse de l'accès aux soins de santé maternelle, en particulier du suivi prénatal pour le dépistage et la référence des patientes présentant des bassins dystociques, mais surtout du fait des accouchements non assistés par un personnel qualifié et des difficultés d'accès aux soins obstétricaux d'urgence et à la césarienne.

● I.4.3. FACTEURS SOCIOCULTURELS ET ÉCONOMIQUES

Il s'agit de toutes les pratiques socioculturelles néfastes, associées à la pauvreté, et pouvant favoriser la survenue de fistules obstétricales :

- les grossesses et mariages précoces ;
- le faible accès aux services de PF ;
- la sous utilisation des services de santé ;
- le faible pouvoir de décision de la femme et la pauvreté ;
- l'ignorance ;
- les pratiques traditionnelles néfastes telles que certains rites et pratiques sociales autour de l'accouchement pouvant retarder le recours aux soins et les mutilations génitales féminines (MGF).

● I.4.4. IMPORTANCE DE LA FORMATION DES PRESTATAIRES

La FO, affection sévère et invalidante, constitue l'une des causes de morbidité maternelle les plus graves. Elle est souvent négligée dans les programmes de santé de la reproduction (SR), pourtant non seulement elle peut être prévenue, mais elle peut aussi être guérie.

Le traitement chirurgical, quoique délicat, permet la guérison le plus souvent s'il est pratiqué par des mains bien entraînées. En effet, des chirurgiens expérimentés arrivent à traiter avec succès entre 80 et 90 % des cas (selon le type de fistule) et permettent de la sorte aux patientes de mener à nouveau une vie normale et épanouie.

Cette formation est fondamentale, car de nombreuses femmes présentant des fistules à priori réparables, sont devenues incurables à cause de tentatives de réparation par des praticiens qui n'ont pas l'expertise idoine. La meilleure chance de succès se situe lors de la première tentative. Aussi, tout doit être mis en œuvre pour réussir du premier coup, car chaque nouvelle intervention engendre

une sclérose de plus qui rend davantage difficile les tentatives futures.

Bien que la plupart des cas relèvent de la chirurgie, certains, certes rares, détectés très précocement, ont pu être guéris par la mise en place d'une sonde à demeure prolongée.

Les buts visés par le traitement de la FO sont d'une part la restitution intégrale de l'étanchéité mais aussi de la continence, de la sexualité et de la fonction de reproduction. La PEC intègre aussi le traitement des complications et la prévention des récurrences.

Ce traitement répond à un certain nombre de principes qu'il faut strictement respecter, au risque d'aggraver les lésions voire d'exposer à des complications. Il est donc indispensable de former des prestataires impliqués dans la chaîne de PEC des femmes porteuses de FO. En tout état de cause, la prévention, à travers une maternité à moindre risque, est la seule stratégie efficiente en vue de l'élimination des fistules obstétricales.

2

➔ RAPPEL SUR LA CAMPAGNE MONDIALE D'ÉLIMINATION DES FISTULES OBSTÉTRICALES



▶ II.1. HISTORIQUE

En 2001, l'UNFPA, la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO) et l'Université de Columbia ont organisé une première rencontre d'experts à Londres sur les FO. Le but principal était de stimuler l'action internationale et de réfléchir sur les stratégies et interventions susceptibles de prévenir et de traiter les FO, en particulier en Afrique et en Asie.

Une deuxième réunion de restitution des résultats des évaluations sur la situation de la FO en Afrique réalisées par EngenderHealth, tenue en 2002 à Addis-Abeba, a permis d'obtenir un consensus au sein des parties prenantes sur une stratégie de collaboration pour prévenir et traiter la FO en Afrique subsaharienne.

En réponse, l'UNFPA a lancé, en 2003, une campagne globale de lutte contre la fistule visant à éliminer la FO en Afrique et en Asie, à l'instar des pays industrialisés.

▶ II.2. OBJECTIFS ET AXES D'INTERVENTION

La campagne a pour objectifs d'accroître la connaissance du problème, de déterminer les besoins et de renforcer les systèmes de santé. Elle favorise une approche intégrée situant le programme de lutte contre les FO dans un cadre plus large de la SR et spécifiquement de la santé maternelle.

Elle comporte trois (03) axes d'intervention que sont la prévention, la réparation des cas de fistules constitués et la réinsertion (réintégration) sociale.

A cet effet, trois (03) phases programmatiques ont été retenues :

- Phase 1 – Evaluation des besoins
- Phase 2 – Planification
- Phase 3 – Mise en œuvre

▶ II.3. LEÇONS APPRISSES

Après une décennie de mise en œuvre, quarante-neuf (49) pays d'Afrique, d'Asie et du Moyen-Orient ont rejoint la campagne globale (fig.01 ci-dessus)). Malgré des succès évidents, quelques leçons doivent être tirées afin de réorienter les différentes actions. Il s'agit entre autres facteurs de :

- l'insuffisance de prestataires compétents en réparation des FO ;
- la difficulté d'identifier et orienter les femmes porteuses de FO vers les centres de réparation ;
- l'insuffisance de l'accès et de la qualité des

services effectifs offerts aux femmes porteuses de FO malgré la formation des prestataires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

- la difficulté de la surveillance postopératoire immédiate et à long terme des femmes opérées ;
- le manque de synergie dans les actions des différents intervenants ;
- la faible implication des autorités administratives et sanitaires locales, pourtant indispensable ;
- la faible implication de la société civile, en particulier des Organisations Non Gouvernementales et Organisations Communautaires de base.

▶ II.4. PERSPECTIVES

La PEC de la problématique des FO nécessite une approche multisectorielle impliquant la société civile, les communautés, les universités et écoles de formation aux métiers de la santé et de l'action socioéconomique.

S'agissant de la PEC médicale des FO simples ou complexes, elle doit être réalisée par des praticiens formés. Celle-ci doit être intégrée dans les services de chirurgie et de gynéco-obstétrique des hôpitaux. Cependant la structure de ces hôpitaux ne permet pas une hospitalisation prolongée des cas de FO, d'où la nécessité de créer des centres d'accueil ou des « Guest house » autour des structures sanitaires identifiées pour accueillir les femmes pendant les campagnes de réparation chirurgicale.

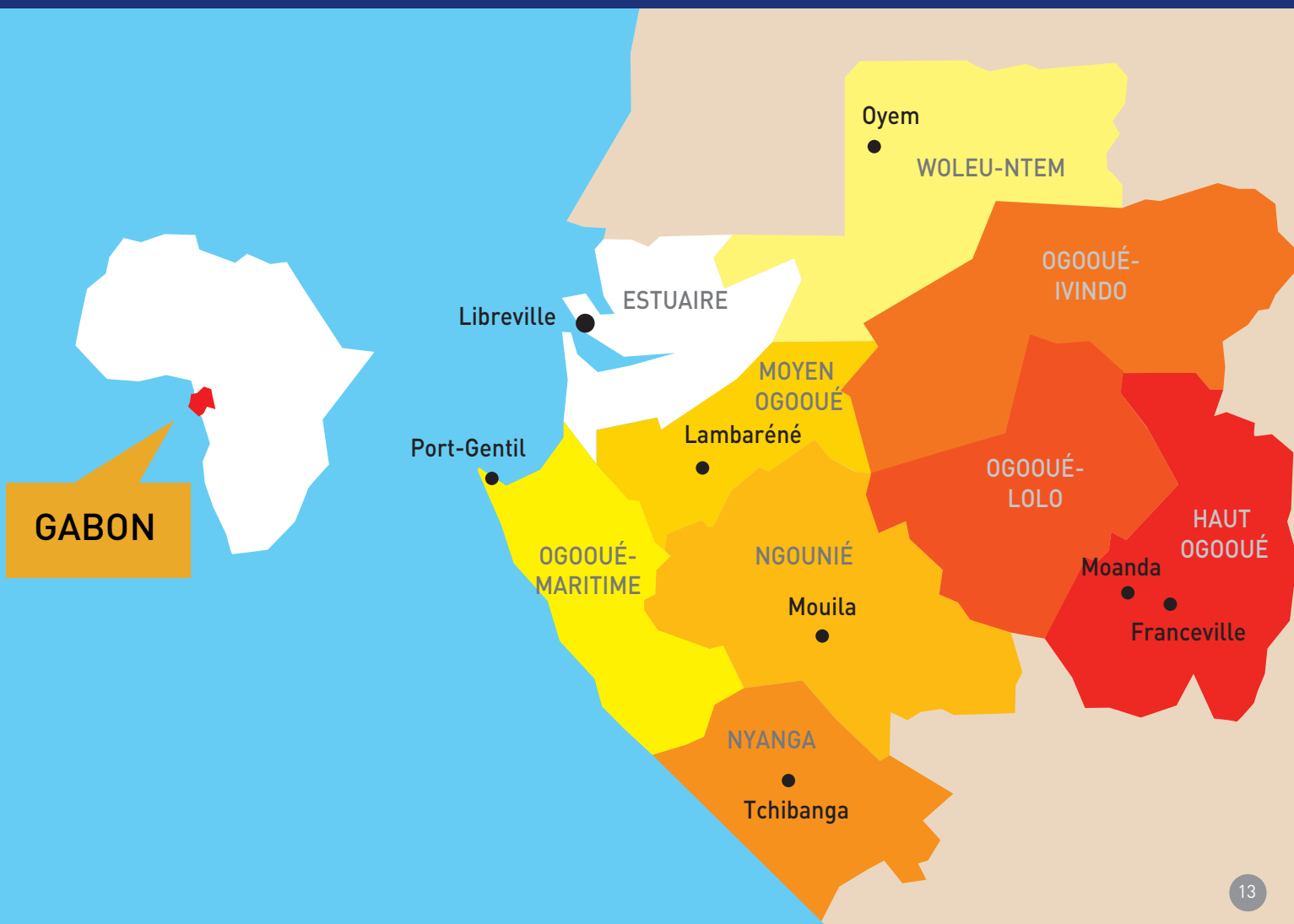
Quand à la réinsertion sociale, elle reste une activité très peu structurée, aussi faudrait-il développer des stratégies pour l'accueil et la réinsertion sociale. La société civile doit jouer un rôle capital dans cette perspective.

Dans les deux cas, les actions nécessaires peuvent se décliner comme suit :

- organiser, en collaboration avec les différents services impliqués, l'accueil, l'hospitalisation, l'accompagnement psychosocial et la préparation à la réinsertion économique et sociale ;
- référencer les cas graves nécessitant une chirurgie reconstructrice complexe ou une dérivation urinaire ;
- tenir à jour le fichier socio-économique des femmes ;
- organiser le retour au domicile et la réinsertion sociale et économique ;
- assurer le suivi post-opératoire et la recherche des femmes en cas de pertues de vue ;
- développer des stratégies de formation sur le moyen terme ;
- développer des stratégies de financement d'activités génératrices de revenus.

3

➔ CONTEXTE ET JUSTIFICATION



III.1. GÉNÉRALITÉS SUR LE GABON

III.1.1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Le Gabon est un pays d'Afrique Centrale à cheval sur l'Equateur. Il est limité au Nord par le Cameroun, au Nord-Ouest par la Guinée Equatoriale, à l'Est et au Sud par le Congo et à l'Ouest par l'Océan Atlantique qui baigne ses côtes sur plus de 800 km de long. Sa superficie est de 267 667 km² dont 85 % couverte par la forêt équatoriale.

Son climat est du type équatorial chaud et humide, avec une température moyenne annuelle de 26°C et une hygrométrie de plus de 80 %. Le pays connaît des précipitations abondantes et fréquentes et s'y alterne deux saisons des pluies et deux saisons sèches. La durée moyenne des pluies est de 140 jours par an avec une pluviométrie de 1500 à 3000 mm d'eau par an.

Les principales voies de communication sont terrestres, ferroviaires, aériennes, maritimes. Son réseau de télécommunication est assez performant.

III.1.2. SITUATION ADMINISTRATIVE ET SOCIOCULTURELLE

Le Gabon est divisé en 9 provinces, 47 départements, 27 sous-préfectures, 153 cantons, 50 communes, 27 arrondissements et 3304 villages et regroupements de villages. Sa capitale politique est Libreville. Le pays compte quarante (40) ethnies toutes attachées à leurs traditions et regroupées en six (6) groupes de langues vernaculaires. Cependant la langue officielle est le français.

Les niveaux d'éducation sont globalement appréciables. Le taux net de scolarisation pour les enfants de 6-14 ans tous sexes confondus est de 91,2 %². En outre il n'y a pas de différence significative pour le taux de scolarisation entre les filles et les garçons (93 % contre 94 %).

Les taux d'alphabétisation des jeunes de plus de 15 ans sont de 81,6 % chez les femmes et 89 % chez les hommes.

Le Gabon est un pays laïc, la liberté des cultes est garantie par la constitution.

III.1.3. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

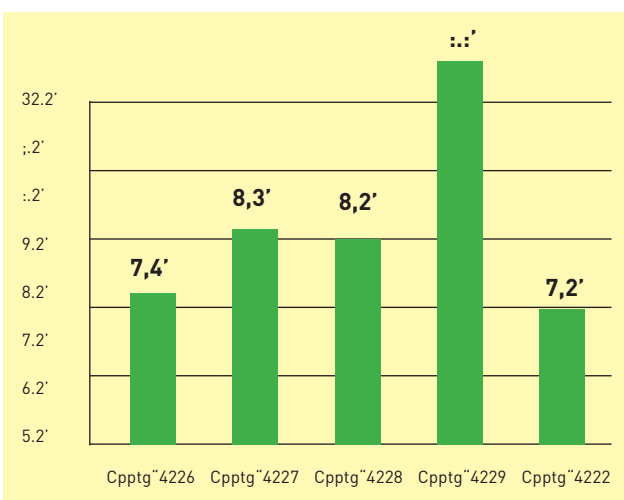
Le Gabon est un pays à revenus intermédiaires avec un Produit Intérieur Brut par Habitant (PIB) de l'ordre de 13 998 \$PPA.

Le pétrole, l'uranium, le manganèse et le bois constituent les principales ressources de l'économie. Cependant l'Indice de Développement Humain (IDH) le classe 106^e sur les 186 pays³. On note une grande disparité entre les zones urbaines et rurales. La population urbaine vit des revenus provenant du secteur moderne de l'économie tandis que celle des zones rurales vit de l'économie de subsistance.

L'enquête Gabonaise d'Evaluation sur la pauvreté a indiqué que 33 % des Gabonais vivent en dessous du seuil de la pauvreté⁴. La pauvreté grandissante et le faible pouvoir d'achat limitent l'accès des populations aux soins de santé.

Néanmoins le Gouvernement gabonais fournit des efforts pour contribuer à l'amélioration de la santé de la population et cet effort se traduit par l'augmentation du budget affecté à la santé, en progression depuis 2004, mais qui a connu une baisse en 2008 suite à la crise mondiale (fig.03).

Fig.03 PART DE LA SANTÉ DANS LE BUDGET D'INVESTISSEMENT DE 2004 À 2008



Source : Ministère du Plan et de la programmation du développement

III.1.4. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE

La population gabonaise est estimée à 1.587.685 habitants dont 52 % et 48 % d'hommes. L'espérance de vie est de 63.1 ans en 2012⁵. Le nombre moyen d'enfants par femme est de 4,1. Le taux d'accroissement annuel est de 2,7 %. Les 15-49 ans représentent 46 % de la population et les moins de 15 ans⁶ 41% .

Le taux brut de natalité est de 33,2⁷.

Selon le Programme des Nations Unies pour

2 Source : EGEP - 2005

3 Source : Rapport sur le développement humain - PNUD - 2013

4 Source : EGEP - 2005

5 Source : Rapport sur le développement humain 2013 - PNUD

6 Source : EDSG - 2000

7 Source : EDSG II - 2012

le Développement (PNUD), près de 83 % de la population vit en zone urbaine dont plus de 50% dans les quatre principales villes que sont: Libreville, Owendo, Port Gentil et Franceville. Le reste de la population est dispersé à l'intérieur du pays, principalement le long des axes routiers et fluviaux (voir annexe 1).

● III.1.5. SITUATION SANITAIRE

Le Gabon comprend 10 régions et 52 départements sanitaires. Le système sanitaire est composé de trois types de secteurs à savoir : le Public y compris les services de Santé Militaire, le Privé (lucratif, non lucratif et traditionnel) et le Parapublic de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

L'organisation sanitaire est du type pyramidal à trois niveaux : périphérique, intermédiaire et central :

- Le niveau périphérique ou opérationnel est constitué des Centres Médicaux (CM), des Centres de Santé, des Dispensaires et des Cases de Santé. Le Centre Médical implanté au chef lieu du département sert de structure de référence.
- Le niveau intermédiaire ou niveau d'appui technique est essentiellement composé des Directions Régionales de Santé et des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ou Hôpitaux Régionaux qui servent de Référence au premier niveau.
- Le niveau central ou stratégique comprend l'ensemble des Directions Centrales y compris les Programmes de Santé, les Instituts et Structures des Soins qui servent de référence.

La Santé Militaire dépend directement du Ministère de la Défense Nationale et comprend un Hôpital d'Instructions des armées et un réseau d'infirmes de garnison.

Le pays connaît une situation épidémiologique caractérisée par des maladies transmissibles, infectieuses et parasitaires (paludisme, infections respiratoires aiguës, parasitoses intestinales, tétanos néonatal, rougeole etc.) et une croissance des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancers, diabètes). A cela s'ajoute les maladies émergentes (fièvre hémorragique à virus Ebola, ulcère de Buruli) et la réémergence des maladies suivantes : la tuberculose, la trypanosomiase et la lèpre. Cette situation sanitaire est aggravée par la pandémie du VIH/SIDA⁸.

Ce profil épidémiologique est traduit par les indicateurs suivants : le paludisme (28,3 %), les infections respiratoires aiguës (10,7%), les maladies diarrhéiques (8,8 %), les affections néonatales (35,1%). Les taux de malnutrition chronique et sévère chez les moins de 5 ans sont respectivement de 21 % et 7 %. On observe également un faible poids à la naissance chez 12 % d'enfants et une prévalence moyenne des troubles dus à la carence en iode de 17,4 %⁹. Les taux de mortalité infantile et infanto juvénile sont respectivement de 43 et 65 pour mille¹⁰.

● III.1.6. SITUATION DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Le droit à la santé en général et à la santé de la reproduction en particulier est reconnu par la Constitution Gabonaise comme un droit fondamental. C'est à ce titre que le pays a adhéré aux initiatives de la communauté internationale visant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Il s'agit notamment de l'Initiative de la Maternité Sans Risque et l'Initiative de Bamako en 1987, du Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en 1994, de la Quatrième Conférence Mondiale sur les femmes à Beijing en 1995, du Plan d'Action de Maputo et du Sommet du Millénaire pour le Développement en 2000.

En effet, en 2000, la communauté internationale, profondément préoccupée par la persistance du niveau élevé de la mortalité maternelle et néonatale, a adopté les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et a convenu d'augmenter les efforts pour la promotion de la santé et de la survie de la mère et de l'enfant.

A la demande du Groupe de Travail Régional sur la Santé de la Reproduction, réuni à Dakar en 2003, les partenaires ont développé la Feuille de Route Africaine pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en 2004. Tous les pays de la Région ont reçu mandat de l'OMS de s'inspirer de cette Feuille de Route Régionale pour développer leur Feuille de Route Nationale. Le Gabon l'a adoptée en 2004, l'a développée en mars 2007 puis révisée en septembre 2012, avec l'appui technique et financier de l'OMS et de l'UNFPA.

Cette Feuille de Route a pour but d'accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale, infanto juvénile et des

8 Source : Carte sanitaire 2008

9 Source : Carte sanitaire 2008

10 Source : EDSGII 2012

adolescents en vue d'atteindre les OMD 4 et 5. Elle est une réponse, parmi tant d'autres, aux nombreux problèmes qui empêchent l'amélioration de la santé des mères et des enfants notamment :

- la faible disponibilité et l'accessibilité des services de santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents dans les départements sanitaires ;
- l'insuffisance du personnel qualifié dans les structures sanitaires ;
- la faible capacité des individus et de la communauté à se mobiliser pour améliorer la santé de la mère, du nouveau-né, du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent¹¹.

La feuille de route est intégrée dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). C'est un mécanisme pour mettre ensemble toutes les initiatives nationales en faveur de la Santé Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et des Adolescents.

Malgré de nombreux efforts consentis et des progrès notables dans l'offre de services, la situation sanitaire de la mère et de l'enfant reste encore préoccupante comme le traduit le ratio de mortalité maternelle de 316 décès pour 100.000 naissances vivantes et une mortalité infantile de 43 pour 1000 naissances vivantes¹².

Les principales causes de décès maternels sont :

- les hémorragies de la délivrance ;
- les infections ;
- les dysgravidies comme l'hypertension artérielle ;
- les complications des avortements provoqués.

Par ailleurs la précocité des rapports sexuels des adolescents constitue un problème de santé publique. En effet, l'EDSG de 2000 montre qu'à 19 ans, plus de la moitié des filles ont déjà prouvé leur fécondité. Les estimations de la Banque Mondiale montre un taux de natalité chez les adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) qui est de 83 pour 1000 en 2012¹³.

Cette vie sexuelle précoce expose les adolescentes et les jeunes aux IST et aux grossesses non désirées ayant pour conséquences des taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales. Cette morbi-mortalité est aussi liée au taux élevé d'avortements clandestins estimé à 45 % dans la tranche de 15-24 ans chez les filles des lycées et collèges¹⁴.

Concernant le VIH/Sida, le Gabon fait face à une épidémie généralisée. En effet, la prévalence du VIH est estimée à 5,2 % en 2009¹⁵ et 4,1 % en 2012¹⁶. Cependant, la surveillance des tendances évolutives

de la prévalence du VIH chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans en consultation prénatale (CPN), reflet de l'incidence du VIH dans la population générale, montre une progression de 3,6 % en 2007 à 4,8 % en 2009. Cette évolution est à surveiller et devrait alerter les décideurs sur la nécessité d'intensifier les efforts de prévention¹⁷.

La couverture des soins prénatals, avec au moins une CPN, n'a pas connue une évolution satisfaisante. Elle est passée de 94 % en 2000 à 95 % en 2012, par rapport à la proportion d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié qui a progressé de 84 % à 89 % au cours de la période 2000 - 2012¹⁸.

La prévalence contraceptive pour les méthodes modernes est passée de 14 % en 2000 à 19,4 % en 2012¹⁹. L'analyse de la situation sur la disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux essentiels en SR a montré des faiblesses au niveau du système de gestion, des stocks et de la formation des prestataires.

Globalement, le système de santé du Gabon ne répond que partiellement aux besoins de la population et est confronté aux problèmes suivants :

- l'inégale répartition du personnel qualifié de santé entre zones rurales et zones urbaines ;
- la faible implication des populations ;
- l'insuffisance de la qualité des prestations ;
- l'exécution partielle des budgets ;
- l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financière.

▶ III.2. ANALYSE DE SITUATION SUR LES SONU

Les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) sont une des stratégies permettant de lutter contre la morbidité et la mortalité maternelles et néonatale, il en est de même pour la prévention des FO. Cette stratégie comporte neuf (09) fonctions phares.

On entend par structure SONU, toute formation sanitaire qui au cours des trois derniers mois a offert toutes les fonctions relatives aux Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) et les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes (SONUC), confère annexe 2.

La mise en œuvre de ces neuf (09) fonctions phares dépend du niveau du plateau technique de la structure sanitaire et du niveau de compétence des prestataires. Toutefois, l'étude d'évaluation sur les SONU

11 Source : Feuille de route/Ministère de la Santé - 2007

12 Source : EDGS II, 2012

13 Source : Division des Nations Unies pour la population, Perspectives pour la Population mondiale

14 Source : Enquête sur la Maternité sans risques - Gabon - 1995

15 Source : Rapport Ungass 2010

16 Source : EDGS II 2012

17 Source : rapport Ungass 2010

18 Source : EDGS II - 2012

19 Source : idem

réalisée par le Ministère de la Santé en 2010, avec l'appui technique et financier de l'UNFPA, a identifié de nombreuses faiblesses à ce niveau. Il s'agit notamment de : (i) la faible de fréquentation des CM, (ii) l'existence des trois retards (retard dans la prise de décision, retard dans l'accès à la structure et retard dans la PEC) (iii) l'insuffisance des matériels et équipements, des médicaments et des consommables (iv) l'insuffisance des ressources humaines qualifiées (v) la répartition inéquitable du personnel de santé (vi) la mauvaise tenue et la faible utilisation des outils de collecte des données (vii) la faible utilisation des protocoles de gestion (viii) l'approvisionnement irrégulier en médicaments essentiels (ix) la faible PEC du nouveau-né.

Des solutions appropriées à ces problèmes permettent de prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales, y compris les FO.

● III.2.1. OBSTACLES RELATIFS AUX RESSOURCES HUMAINES

Il se pose un sérieux problème de répartition du personnel obstétrical dans les structures sanitaires. Sur dix (10) structures sanitaires, près de deux (2) n'ont pas de médecins dans les CM, qui sont les niveaux de référence les plus proches de la population. En outre près de deux (2) structures sanitaires sur dix (10) n'ont pas de sage-femme et les accouchements sont effectués par les matrones qui ont appris la prestation de l'acte obstétrical sur le tas. Dans les quelques CM où l'on trouve des médecins généralistes, il ne leur est pas autorisé de poser les actes suivants (i) la césarienne (ii) l'utilisation de la ventouse/ forceps, l'organisation actuelle des services de santé ne permettant qu'aux gynécologues de poser ces actes. Notons que les vingt-neuf (29) gynécologues rencontrés lors de l'évaluation ne travaillent que dans (i) les CHR (ii) secteur privé (iii) secteur parapublic.

L'absence de ces deux fonctions SONU dans tous les CM révèle l'absence de structure SONUB dans le pays. On note également une inégale répartition de médecins dans le pays. La plupart de médecins (y compris les spécialistes) travaillent à Libreville et dans la région de l'Estuaire. Les normes de l'OMS indiquent qu'il faut en moyenne 1 médecin pour 10.000 habitants, on constate que l'Estuaire et Libreville ont un surnombre avec respectivement 4 à 5 médecins pour 10.000 habitants. Le Woleu-Ntem n'atteint pas la norme avec une proportion de 0,9 pour 10.000 habitants.

● III.2.2. OBSTACLES RELATIFS À L'ÉQUIPEMENT, AU MATÉRIEL ET AUX INFRASTRUCTURES SANITAIRES

Selon les normes, l'échantillon de matériel suivant doit être disponible et fonctionnel dans toutes les structures sanitaires qui prestent les services obstétricaux et néonataux d'urgence. Il s'agit : (i) du thermomètre médical (ii) du tensiomètre (iii) de la boîte à speculum (iv) de la boîte d'accouchement, de la sonde urinaire (v) de l'autoclave (vi) des pinces intermédiaires (vi) des bassins réniformes. Or toutes les structures sanitaires n'en disposent pas, ce qui démontre que la qualité des services ne peut pas être à la hauteur des besoins. L'autoclave, qui sert à la stérilisation, n'est disponible que dans moins de six (6) structures sanitaires sur dix (10). Pour le contrôle des infections, on remarque que certains matériels, comme les poubelles avec couvercle, ne sont disponibles que dans moins de six (6) structures sanitaires sur dix (10).

Excepté les CHR, construits récemment, la majorité des CM ont des infrastructures qui méritent une réhabilitation. En outre leurs équipements sont parfois vétustes et méritent d'être renouvelés.

Même si dans l'ensemble, les médicaments d'urgence, les antipaludéens, les antibiotiques et les anticonvulsivants sont disponibles dans les structures sanitaires, il a été remarqué que pour les antipaludéens, certains médicaments recommandés par l'OMS comme l'artésunate n'étaient disponibles que dans moins de six (6) structures sanitaires sur dix (10). Quant aux anticonvulsivants, le phénytoïne et le sulfate de magnésium injectable étaient presque inexistantes dans les structures sanitaires.

● III.2.3. OBSTACLES RELATIFS À L'ORGANISATION DES SERVICES

Les obstacles relatifs à l'organisation des services ont trait à l'existence des documents de travail, à l'exploitation des données statistiques produites. Concernant les documents de travail, certaines structures sanitaires ne disposent pas de registres des avortements (27 %) et des registres de décès maternels (35 %). Ces documents sont pourtant indispensables, en termes de gestion des informations pouvant permettre l'amélioration de la qualité des services à prester. Il devrait exister dans chaque structure sanitaire un dossier individuel pour chaque malade, mais il a été constaté qu'à peine huit (8) structures sur dix (10) en disposent.

Même si la majorité des structures sanitaires élaborent des rapports de service, il sied de noter que toutes les informations n'y figurent pas, celles relatives aux décès maternels et aux avortements sont peu disponibles.

● III.2.4. OBSTACLES RELATIFS À LA PRESTATION DES SONU

Les normes de l'OMS recommandent que pour 500.000 habitants, il faut quatre structures SONUB et une structure SONUC. Il a été constaté que le pays n'a pas de SONUB alors qu'il devrait en avoir au moins douze (12). Il y a plus de SONUC qu'il n'en faut, au lieu de quatre (4) selon son volume de population, il en a seize (16).

A peine 20 % des prestataires ont une formation en réanimation néonatale. Dès lors que l'on considère cette fonction pour déterminer le nombre de SONU, on note que le pays a quatorze (14) SONU, c'est-à-dire 14 structures de santé qui ont rempli au cours de trois derniers mois les neuf (9) fonctions énumérées dans la section relative aux fonctions phares de SONU.

Quant à la qualité des services, on a noté que le taux de létalité est de 2,7 % alors qu'il devrait être de moins 1 %. Les besoins non satisfaits en SONU sont assez élevés et atteignent des proportions de 75 %.

Concernant la prestation des soins maternels relatifs à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), il a été constaté qu'à peine trois (3) structures sur dix (10) réalisent le test de VIH quand la sérologie de la mère n'est pas connue. Les différents types de protocoles ou lignes directrices qui orientent les prestataires des services ne sont pas disponibles dans toutes les structures. Les protocoles pour la gestion des complications et ceux pour la prestation de la PF ne sont disponibles que respectivement dans 36 % et 51 % des structures sanitaires.

Les prestataires n'administrent pas tout le paquet des services de soins immédiats aux nouveau-nés lors de l'accouchement. Il a été constaté que lors de l'accouchement, à peine quelques prestataires font (i) le nettoyage de la bouche et du nez (58 %) ; (ii) le contrôle de la respiration (44 %) ; (iii) la vérification que le nouveau-né est bien sec (34 %) ; (iv) l'observation de la couleur de la peau (42 %). Le ratio de mortalité maternelle dans les structures sanitaires évaluées s'élève à 306 pour 100.000

naissances vivantes. Les causes de ces décès sont : les hémorragies (50 %), les avortements (12,5 %), la dystocie (12,5 %), l'éclampsie (12,5 %). Le taux de mortalité avoisine les 11,6 %.

▶ III.3. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE AU GABON

Dans le contexte sanitaire tel que décrit plus haut, l'hypothèse d'existence des FO n'était pas exclu. C'est à ce titre que le Ministère en charge de la Santé, avec l'appui de l'UNFPA, a entrepris la réalisation d'une enquête nationale pour analyser la problématique de la fistule obstétricale au Gabon et proposer des alternatives de solutions²⁰.

Les résultats de l'enquête ont confirmé l'existence des FO au Gabon, quatre-vingt dix (90) cas ont été identifiés dans les dix (10) régions sanitaires. Toutefois, ces données sont loin de refléter la réalité en raison de l'absence des SONU et du caractère honteux de la maladie.

Par ailleurs l'étude a révélé que les régions sanitaires de Libreville-Owendo (20 cas), du Sud-Est (16 cas), de l'Est (16 cas) restent les plus affectées. Les malades ont été rencontrés pour plus de la moitié en milieu rural. Le nombre élevé de cas à Libreville ne signifie pas que cette région sanitaire est le foyer de cette pathologie, mais que ces femmes sont venues chercher des soins de qualité non disponibles dans d'autres régions (voir répartition des cas identifiés en annexe 3).

En examinant les résultats relatifs à l'âge de survenue de la fistule, on constate que près de la moitié des femmes porteuses des fistules (7/15 femmes interviewées) étaient jeunes, leur âge variait entre 15 et 24 ans et trois (3) d'entre elles étaient adolescentes.

La majorité des femmes rencontrées étaient mariées (13/15) et avaient un niveau d'instruction faible. Plus de la moitié de ces femmes (8/15) vivent en milieu rural, dans des zones enclavées.

La césarienne et la chirurgie ne sont pratiquées que dans les CHR. Les CM qui sont les structures sanitaires les plus proches de la population n'offrent pas ce type de services.

Par ailleurs l'enquête a révélé que sur vingt-deux (22) structures de santé qui pratiquent la

²⁰ Rapport final de l'enquête nationale sur les fistules obstétricales dans les structures sanitaires au Gabon, 11 juin 2010

réparation chirurgicale des fistules au Gabon, dix (10) appartiennent au secteur privé, qu'il soit à but lucratif ou non. En effet, la PEC de la FO nécessite un environnement hospitalier comprenant tous les services modernes, au premier chef le laboratoire et l'imagerie, or la plupart des structures du secteur public ne remplissent pas ces critères.

Au moment de l'accouchement, la majorité des femmes se sont rendues en retard dans un établissement sanitaire (13/15). Elles ont pris un véhicule (12/13) et la majorité d'entre elles ont passé près de 12 h avant d'atteindre l'hôpital (10/13) tandis que les trois autres femmes ont passé près de 24 h en route. La majorité des femmes ont accouché d'un mort né (11/15).

Près du tiers de femmes victimes de FO (4/15) pensent qu'elles sont rejetées par leur mari et par la communauté. Elles croient qu'elles sont aussi l'objet d'indifférence par certains membres de la famille (3/15). Si la majorité des femmes pensent qu'elles sont acceptées par la famille, c'est parce qu'elles font allusion au soutien éventuel dont elles bénéficient parfois des autres membres de la famille. En réalité la femme porteuse de la FO est l'objet d'une discrimination, d'une stigmatisation tant dans la famille que dans la communauté.

Les prestataires enquêtés pensent que pour lutter contre cette pathologie il faut :

- assurer les CPN (22 %) car c'est à travers elles que les risques de complications seront identifiées et évitées ;
- former le personnel de santé en obstétrique (12 %) ;
- sensibiliser la population sur la maladie (9,9 %) parce qu'il faut impliquer la communauté dans cette lutte. Chaque membre de la communauté doit savoir qu'il a un rôle à jouer dans la prévention des décès maternels ;
- éviter les grossesses précoces (8 %) étant donné que le bassin immature des adolescentes constitue en lui-même une dystocie ;
- améliorer le plateau technique des structures sanitaires (8 %) ; en effet, il a été noté que la plupart des structures sanitaires qui sont les plus proches des populations, en l'occurrence les CM, ne pratiquent pas de césarienne par manque d'équipements (plateau technique) et de personnel qualifié.

● III.3.1 CAUSES ET OU FACTEURS FAVORISANTS DES FO AU GABON

Les principales causes des FO au Gabon sont :

- les accouchements difficiles ;
- les difficultés d'accès aux structures sanitaires (le mauvais état des routes et du réseau fluvio-lacustre) ;
- la précarité de la vie (manque des moyens financiers) ;
- les pratiques socioculturelles néfastes « la vraie femme accouche seule et supporte la douleur » ;
- le retard dans le transfert de la femme à l'hôpital ;
- le faible niveau d'instruction des femmes.

● III.3.2 CONSÉQUENCES DES FO AU GABON

Les conséquences des FO sur les victimes sont multiformes :

- sur le plan social, la femme subit une discrimination de la part de la société et de la famille et finit par vivre dans l'auto-exclusion ;
- sur le plan sanitaire, la femme est exposée aux infections permanentes, à cause des mauvaises conditions hygiéniques. En effet l'enquête indique que plus de la moitié des femmes porteuses de fistules utilisent des chiffons de fortune pour se protéger contre les urines (8/15) ;
- sur le plan psychologique, du fait de la faible acceptation dont elle est l'objet tant par la famille que par la société, la femme a souvent des pensées suicidaires. Elle vit dans un complexe d'infériorité permanent parce qu'elle n'accepte pas sa situation. Sur le plan économique, cette maladie appauvrit davantage la femme et la famille à cause du coût élevé du traitement mais aussi du fait que la femme ne peut plus vaquer normalement aux occupations qui jadis lui apportaient les moyens de survie.

De plus, les rares services disponibles ne sont malheureusement pas assez fréquentés à cause de la pauvreté de ces femmes vivant la plupart en milieu rural. Le coût d'une opération chirurgicale est de 1.500.000 FCFA dans le secteur privé et de 80.000 FCFA dans le secteur public, ce coût et hors de portée pour ces femmes.

● III.3.3 RECOMMANDATIONS

L'analyse de situation sur les FO a permis de faire les recommandations suivantes :

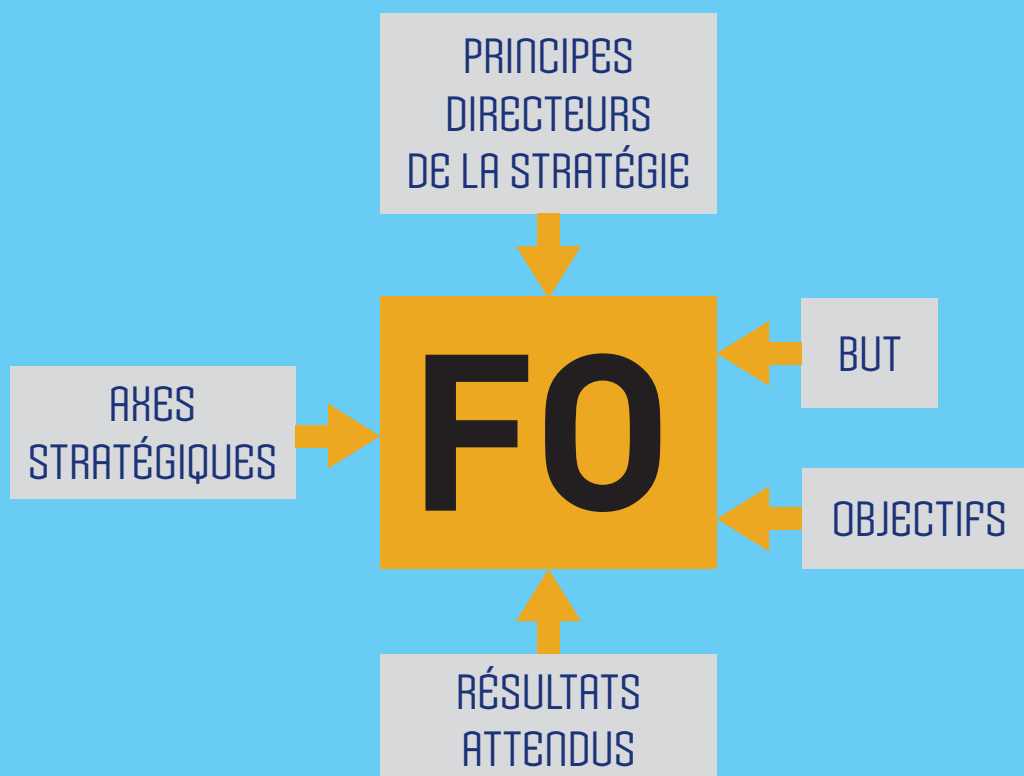
- (i)** Considérer les FO comme un problème de santé publique, vue les conséquences sociales qu'elles occasionnent ;
- (ii)** Mettre en place une équipe formée dans la PEC chirurgicale des cas des FO. Cette équipe pluridisciplinaire devra faire des missions itinérantes dans les régions sanitaires en attendant la création d'un centre de prise en charge ;
- (iii)** Recenser toutes les femmes porteuses de FO pour une PEC globale (médicale et psychosociale) ;
- (iv)** Elaborer un plan d'action national de lutte contre les fistules qui doit inclure les trois principales composantes à savoir : la prévention, le traitement et la réinsertion sociale des femmes atteintes des fistules ;
- (v)** Renforcer le plateau technique de certaines structures sanitaires qui réparent déjà les fistules ;
- (vi)** Organiser les séances d'Information, Education, Communication (IEC) lors des CPN sur la prévention de la FO ;
- (vii)** Renforcer et généraliser le système de référence / contre référence avec la participation active de la communauté en faisant une large sensibilisation de la population sur la problématique « fistule » ;
- (viii)** Subventionner tous les soins en rapport avec la maternité ainsi que la PEC des accouchements et de leurs complications afin de les rendre plus accessibles aux nécessiteuses ;
- (ix)** Créer un service communautaire permettant de réintégrer dans la société les patientes traitées et guéries de la fistule en adoptant une loi qui protège les femmes souffrant de FO ;
- (x)** Elaborer une base de données commune permettant un bon suivi et une évaluation des techniques utilisées pour réparer les FO.

Enfin, la magnitude de la FO au Gabon n'est pas bien connue. Le plus grand défi demeure de retrouver les femmes atteintes, qui se cachent dans la souffrance et la misère. Des initiatives en vue de leur identification et leur orientation vers les centres de traitement sont indispensables.

A l'instar des autres pays actifs dans la campagne d'élimination des FO, vu le contexte national et les résultats des enquêtes (SONU et FO), une stratégie nationale devrait permettre au Gabon d'éliminer cette Pathologie.

4

→ CADRE STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LES FO AU GABON



Ce plan a bénéficié de la capitalisation des leçons tirées de la campagne de lancement de la PEC chirurgicale des cas avec menée au Centre Hospitalier de Libreville en septembre 2011, au Centre Hospitalier Universitaire d'Agondjé en avril 2013, avec l'appui de l'UNFPA et rehaussée par la présence de Mr le Ministre en charge de la Santé.

Tout au long du processus d'élaboration, la multi-sectorialité a prévalu et a permis l'implication de tous les acteurs, avec une définition claire des rôles et responsabilités des intervenants. La coordination des interventions par le Ministère de la Santé est de ce fait un principe fondamental pour la mise en œuvre efficace de cette stratégie.

▶ IV.1. PRINCIPES DIRECTEURS DE LA STRATÉGIE

Les actions politiques essentielles énoncées par la Communauté Internationale (UNFPA, OMS, société civile...), et auxquelles le Gouvernement gabonais adhère, constituent les principes directeurs de la stratégie, qui vise à éliminer les FO au Gabon.

La présente stratégie nationale de lutte contre les FO opérationnalise une volonté politique des plus hautes autorités de l'Etat gabonais, elle s'intègre à la Feuille de Route Nationale pour la Réduction de la Morbidité et la Mortalité Maternelle, Néonatale, Infanto-Juvenile et des Adolescents visant à atteindre les OMD 4, 5 et 6 et ceux du Plan Stratégique Gabon Emergent (PSGE).

Elle opérationnalise la ligne d'action visant la mise en œuvre d'un paquet de services de soins obstétricaux, dans le but d'augmenter la disponibilité et l'accessibilité des services de qualité pour les soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum.

Elle contribue aussi à l'atteinte des objectifs visant à :

- améliorer le niveau d'utilisation des services de PF afin de couvrir les besoins non satisfaits,
- réduire la propagation du VIH/Sida et assurer une PEC correcte des personnes vivant avec le VIH.

Le Gabon, reconnaissant la FO comme un problème de Santé Publique, s'engage conformément au PSGE, à assurer aux populations l'accès universel aux soins promotionnels, préventifs, curatifs, réadaptatifs continus de qualité. Ainsi les efforts multisectoriels seront déployés en vue de promouvoir la SR, le développement des SONU y compris

la PF et les Consultations Périnatales Recentrées (CPNR).

▶ IV.2. BUT

Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale pour l'atteinte des OMD 4, 5 et 6 d'ici l'horizon 2015.

▶ IV.3. OBJECTIFS

● IV.3.1. OBJECTIF GÉNÉRAL

L'objectif général est d'éliminer les FO au Gabon d'ici fin 2017.

● IV.3.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Les objectifs spécifiques sont :

- Promouvoir la prévention des FO à travers l'IEC et la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) d'au moins 80 % des communautés et des formations sanitaires cibles ;
- Assurer une prise en PEC médicale, chirurgicale et un accompagnement psychosocial adéquats à 100 % des femmes porteuses de FO ;
- Assurer la réinsertion sociale à toutes les femmes traitées de FO.

▶ IV.4. RÉSULTATS ATTENDUS

Les résultats attendus sont les suivants :

- 80 % des communautés ont été sensibilisées sur les FO ;
- 80 % des communautés connaissent au moins trois des causes et/ou facteurs favorisant la survenue des FO ;
- 80 % des prestataires en charge de grossesse et de l'accouchement sont formés à la prévention des FO ;
- Au moins 50 % des CM sont aux normes SONUB ;
- Au moins 2 pools de prise en charge médico-chirurgicale sont fonctionnels ;
- 100 % des femmes porteuses de FO identifiées sont prises en charge médicalement et chirurgicalement ;
- 100 % des femmes réparées bénéficient d'une réinsertion socio-économique ;
- La mise en œuvre de tous les projets de recherche portant sur les FO est effective.

▶ IV.5. AXES STRATÉGIQUES

Pour éliminer les FO, les stratégies suivantes sont préconisées :

- le renforcement des compétences du personnel obstétrical ;
- la sensibilisation de la population (IEC/CCC) sur la pathologie ;
- le renforcement des capacités institutionnelles des structures sanitaires en matériel obstétrical ;
- l'organisation des séances d'éducation sanitaire sur la pathologie lors des CPN ;
- la sensibilisation des jeunes (IEC/CCC) sur les conséquences des grossesses précoces ;
- l'organisation de l'autonomisation de la femme par l'octroi des fonds pour mener les activités génératrices des revenus ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge des femmes dans les structures sanitaires
- le renforcement du partenariat à tous les niveaux ;
- la promotion de la recherche opérationnelle et de la recherche action.

● IV.5.1. PRÉVENTION DES FO

Il s'agit d'assurer la disponibilité de l'information et des services permettant de prévenir la survenue des FO.

Cette stratégie de prévention, à travers les techniques d'IEC et de CCC, vise à :

- retarder l'âge de la première grossesse par la promotion de la PF, la scolarisation et surtout le maintien des filles à l'école ;
- pratiquer l'accouchement de toutes les femmes avec l'assistance d'un personnel qualifié ;
- améliorer l'état nutritionnel des femmes enceintes ;
- lutter contre les pratiques néfastes à la SR des femmes ;
- mettre à disposition de la population des services de soins obstétricaux essentiels de qualité (incluant la CPN avec la reconnaissance des signes de danger, l'assistance qualifiée à l'accouchement), et la PEC des urgences obstétricales en particulier l'accès à la césarienne ;
- renforcer la qualité de la gestion du travail, par une surveillance correcte de l'accouchement, grâce au respect des mesures de prévention conformément aux protocoles définis par niveau ;
- référer à temps toutes les femmes ayant besoin d'une césarienne ;
- assurer la PEC postpartum adéquate de toute femme ayant présenté un travail dystocique selon les protocoles établis.

LIGNES D'ACTION :

5.1.1. METTRE EN ŒUVRE UN PLAN NATIONAL DE COMMUNICATION SUR LES FO

Il s'agit de :

- élaborer et diffuser un plan de communication sur les FO à partir de l'enquête nationale sur les aspects socioculturels et ;
- diffuser la stratégie nationale de lutte contre les FO.

5.1.2. INTÉGRER LES FO DANS LES POLITIQUES ET PLANS DE SR

Il s'agit de veiller à la prise en compte des stratégies de lutte contre les FO dans les plans nationaux (Politiques, Normes et Protocoles de services de SR, Feuille de Route pour accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelle et néonatale) et régionaux.

5.1.3. RENFORCER L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE

Ceci consiste à :

- renforcer les structures de SONU en particulier les soins de base ;
- renforcer le système de référence-recours en complément de la stratégie de subvention des accouchements et des césariennes en cours.

5.1.4. AMÉLIORER LA QUALITÉ DE SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE

Il s'agit de :

- renforcer les capacités du personnel pour l'offre de services de PF, le suivi prénatal, l'accouchement assisté et les SONU ;
- renforcer le plateau technique des structures de SR ;
- développer des stratégies de motivation et de fidélisation des prestataires.

5.1.5. METTRE EN ŒUVRE DES PROJETS DE RECHERCHE SUR LES FO

Il s'agit de :

- promouvoir des projets de recherche sur les FO ;
- mobiliser des ressources pour la recherche ;
- vulgariser les résultats de la recherche.

● IV.5.2. PRISE EN CHARGE DES FEMMES PORTEUSES DE FO

Il s'agit d'assurer la disponibilité de l'information et des services pour la prise en charge des femmes présentant des FO.

LIGNES D'ACTION :

5.2.1. DÉVELOPPER DES STRATÉGIES D'IDENTIFICATION ET D'ORIENTATION DES FEMMES PORTEUSES DE FO VERS LES CENTRES DE TRAITEMENT

Il s'agit de :

- s'appuyer sur les structures de santé provinciales, les organisations communautaires et les organisations de la société civile et autres partenaires pour identifier les cas ;
- susciter la création d'un réseau avec des antennes régionales permettant d'orienter les cas de fistule vers les centres de traitement.

5.2.2. RENFORCER LES COMPÉTENCES DU PERSONNEL POUR LA PEC MÉDICO-CHIRURGICALE ET PSYCHOSOCIALE DES FO

Ceci consiste à :

- mettre en place une stratégie de formation initiale et continue des prestataires pour la PEC des FO ;
- améliorer le système de référence des femmes porteuses de FO à tous les niveaux ;
- organiser des missions de terrain des équipes des centres hospitaliers de Libreville vers les provinces à forte prévalence de FO ;
- assurer la formation des chirurgiens et gynécologues-obstétriciens des hôpitaux provinciaux à la réparation des cas simples de FO ;
- encourager la collaboration entre gynécologues, urologues et chirurgiens pour une PEC multidisciplinaire de la FO au Gabon ;
- introduire la formation en réparation de FO dans le curriculum des médecins en formation de spécialité chirurgicale et gynécologique à la Faculté de Médecine de l'Université des Sciences de la Santé de Libreville.

5.2.3. AMÉLIORER LES INFRASTRUCTURES ET LES ÉQUIPEMENTS POUR UNE PEC MÉDICOCHIRURGICALE ET PSYCHOSOCIALE ADÉQUATE DES FO

Cette ligne d'action consiste à renforcer le plateau technique des structures de PEC des FO aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

5.2.4 METTRE EN ŒUVRE LA POLITIQUE DE SUBVENTION DE LA PEC DES FO

Il s'agit de :

- opérationnaliser le financement de la PEC des FO dans le cadre de la politique de subvention des accouchements et césariennes existante ;
- mobiliser des ressources pour la PEC pérenne des FO.

● IV.5.3. RÉINSERTION SOCIALE

Afin de lutter contre l'exclusion et la stigmatisation des femmes présentant des FO, des mécanismes de réinsertion sociale doivent être mis en œuvre. Il s'agit en particulier :

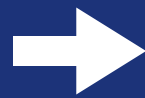
- d'identifier des mécanismes de réinsertion adaptés aux contextes locaux avec l'appui des secteurs concernés ;
- de mobiliser des ressources pour le financement des activités de réinsertion sociale.

● IV.5.4. PROMOTION DE LA COLLABORATION ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS

La multisectorialité dans la PEC des FO nécessite une bonne collaboration et coordination entre les intervenants. Ceci implique la mise en place de mécanismes de coordination avec les différents acteurs.

Il s'agit :

- de mettre en place un comité de pilotage multisectoriel fonctionnel ;
- d'intégrer les stratégies de lutte contre les FO dans les plans des différents acteurs.



SUIVI - EVALUATION

Afin d'assurer le suivi et l'évaluation régulière de ce plan, il est nécessaire de mettre en place un système de collecte des données et de suivi-évaluation des stratégies de lutte contre les FO.

Il s'agit en particulier de :

▶ 1. DIFFUSER LES INDICATEURS DE SUIVI PAR RÉGION :

- nombre de femmes porteuses de FO identifiées ;
- % de femmes porteuses de FO traitées ;
- % de femmes porteuses de FO traitées avec succès ;
- % de femmes traitées non guéries ;
- % de femmes traitées non guéries et appareillées ;
- % de prestataires formés qui sont opérationnels ;
- % de structures capables de prendre en charge les FO ;
- % de femmes socialement réinsérées ;
- nombre de recherches réalisées sur les FO ;
- nombre de supervisions effectuées par niveau selon les normes nationales ;
- nombre d'évaluations effectuées ;

▶ 2. COLLECTER ET ANALYSER LES DONNÉES AU NIVEAU RÉGIONAL ET NATIONAL ET ;

▶ 3. INTÉGRER LES FO AU MONITORING NATIONAL LORS DES EXERCICES DE RÉVISIONS ;

Le rôle de chaque acteur dans le suivi évaluation : Ministères, communauté, société civile, partenaires techniques et financiers sera précisé dans le plan de suivi évaluation qui va être élaboré (*cf. calendrier en annexe 4*).



ASPECTS INSTITUTIONNELS

Pour une implication et une appropriation effectives par les différents acteurs, le comité de pilotage multisectoriel est placé sous la coordination du Ministère de la Santé.

Celui-ci est responsable des activités techniques, de l'offre de soins au niveau des structures et les autres secteurs contribueront au plaidoyer et aux activités promotionnelles.

L'ensemble des intervenants sera impliqué dans la planification nationale et opérationnelle, dans l'exécution et le suivi évaluation des activités à tous les niveaux conformément au cadre logique de développement du plan stratégique national pluriannuel de prévention et de prise en charge des FO au Gabon (2013 – 2017).

7



CADRE LOGIQUE

STRATEGIES	INDICATEURS	ACTIVITES	PERIODE	ACTEURS	RESSOURCES (FCFA)
------------	-------------	-----------	---------	---------	-------------------

Résultat attendu 1 : la prévention des fistules obstétricales est renforcée

► 1.1. ELABORATION ET MISE EN ŒUVRE DU PLAN NATIONAL DE COMMUNICATION ET D'INFORMATION SUR LES FO	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Plan national de communication et d'information sur les FO élaboré, validé, diffusé et mis en oeuvre 	Elaborer, valider et diffuser le plan de communication sur les FO à partir de l'étude de base sur les aspects socioculturels	2013	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé (DNSMI/ EPS) • Ministère des Affaires Sociales et de la Famille • Ministères chargés de l'Education, de la Jeunesse, de la Communication • Réseaux des communicateurs • UNFPA • Partenaires • Collectivités locales • Société civile 	10 000 000
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'acteurs ayant reçu le document définitif • Nombre d'actions de communication sur les FO mises en œuvre 	Elaborer, valider et diffuser les outils de communication et d'information	2013-2017	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé (Prestataires) • Ministères chargés de l'Education, de la Jeunesse, de la Communication • Partenaires • Collectivités locales • Société civile • Parlement (Sénat et Assemblée Nationale) • Réseau des leaders religieux 	30 000 000
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et types d'outils de communication et de rapportage élaborés, mis à disposition des acteurs et utilisés • Nombre d'ateliers organisé 	Mener des activités de communication et d'information sur les FO	2013-2017	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Partenaires 	5 000 000
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes touchées / sensibilisées lors des actions de communication 	Diffuser la stratégie de lutte contre les FO	2013	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Partenaires 	3 000 000
► 1.2 INTÉGRATION DES FO DANS LES POLITIQUES ET PLANS SR	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de politiques et plans SR prenant en compte les stratégies de lutte contre les FO 	Intégrer les FO dans les Politiques, Normes et Protocoles de services de SR, Feuille de Route pour la réduction de la morbidité et mortalité maternelle et néonatale et Plans de travail annuels	2013-2014	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Société Civile • Partenaires privés 	3 000 000
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de Régions Sanitaires ayant reçu les notes administratives 	Etablir des notes administratives pour la prise en compte des FO dans les plans de travail régionaux	2013-2017	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Partenaires 	0

STRATEGIES	INDICATEURS	ACTIVITES	PERIODE	ACTEURS	RESSOURCES (FCFA)
▶ 1.3. RENFORCEMENT DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE	• % de points de prestation de service (PPS) offrant des services de santé maternelle	Etendre et renforcer la PEC des SONU	2013-2017	• Ministère de la Santé • Partenaires	150 000 000
	• % de PPS qui utilisent des fiches de référence et contre référence	Renforcer les systèmes de référence/ contre-référence et les recours/ orientations	2013-2017	• Ministère de la Santé • Société Civile • Partenaires Techniques et Financiers • Secteur Privé	15 000 000
	• % de PPS qui disposent de moyens logistiques (ambulances, embarcations) fonctionnels pour les références et les évacuations	Identifier les relais communautaires	2013-2017	• Ministère de la Santé	5 000 000
	• Nombre de relais identifiés et formés	Former les relais communautaires	2013-2017	• Ministère de la Santé • Leaders religieux, opinion, • Collectivités Locales • ONG et OBC	25 000 000
▶ 1.4. AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE	• % de PPS offrant des services conformes aux normes	Identifier les prestataires nécessitant un renforcement de compétences en santé maternelle : accueil, counseling sur les FO, en PF, suivi prénatal et post natal, accouchement et SONU, les références-contre références, les recours orientations	2013	• Ministère de la Santé • Société Civile • Partenaires Technique et Financier • Secteur Privé	2 000 000
	• % de PPS dont les prestataires dont les compétences ont été renforcées (Accueil, counseling sur les FO, en PF, suivi prénatal et post natal, accouchement et SONU)	Former les prestataires en santé maternelle : accueil, counseling sur les FO, PF, suivi prénatal et post natal, accouchement et SONU	2013-2017	• Ministère de la Santé • Partenaires	50 000 000
	• % des femmes (clientes) satisfaites de l'accueil dans les services de santé maternelle	Développer des stratégies de motivation et de fidélisation des prestataires	2013-2017	• Ministère de la Santé • Partenaires	5 000 000
	• Nombre de stratégies innovantes développées pour la motivation et la fidélisation des prestataires				

STRATEGIES	INDICATEURS	ACTIVITES	PERIODE	ACTEURS	RESSOURCES (FCFA)
------------	-------------	-----------	---------	---------	-------------------

Résultat attendu 2 : la prise en charge clinique et psychosociale adéquate des femmes porteuses de FO est assurée

<p>► 2.1. DÉVELOPPEMENT DES STRATÉGIES D'IDENTIFICATION ET D'ORIENTATION DES FEMMES PORTEUSES DE FO VERS LES CENTRES DE TRAITEMENT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes formées pour l'identification des cas de FO 	Former des membres de structures de santé, d'organisations communautaires et de la société civile et autres partenaires pour identifier les cas de FO	2013	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Leaders religieux, opinion, • Collectivités Locales • ONG et OBC • Structures de santé 	10 000 000
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cas de femmes porteuses de FO identifiés et orientés dans les structures de PEC 	Créer un réseau avec des antennes régionales pour l'identification et l'orientation des FO	2013	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Leaders religieux, opinion, • Collectivités Locales • ONG et OBC • Structures de santé 	0
	<ul style="list-style-type: none"> • 1 réseau mis en place 				
<p>► 2.2. MISE À DISPOSITION DU PERSONNEL ET RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DU PERSONNEL POUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-CHIRURGICALE ET PSYCHOSOCIALE DES FO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • % des PPS ayant du personnel formé 	Elaborer une stratégie de formation initiale et continue des prestataires pour la PEC : a) médico-chirurgicale b) psychosociale des FO	2013	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Partenaires • Ecole de Formation en Sciences de la Santé • Faculté des Sciences de la Santé de Libreville 	5 000 000
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de prestataires formés à la PEC médico-chirurgicale 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de spécialistes formés et assurant la PEC médico-chirurgicale 	Poursuivre les campagnes de PEC des FO	2013-2014	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Faculté des Sciences de la Santé de Libreville • Ecole de Formation en Sciences de la Santé • Partenaires 	60 000 000
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de prestataires formés à la PEC psychosociale des FO 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de spécialistes formés et assurant la PEC psychosociale 	Elaborer et valider les curricula de formation des médecins en formation de spécialité chirurgicale et gynécologique	2013-2014	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Faculté des Sciences de la Santé de Libreville • Ecole de Formation en Sciences de la Santé • Partenaires 	10 000 000
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de campagnes de PEC organisées 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de nouveaux cas enregistrés (incidence) 	Former les prestataires à la PEC médico-chirurgicale et psychosociale des FO	2013-2017	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Faculté des Sciences de la Santé de Libreville • Ecole de Formation en Sciences de la Santé • Partenaires 	100 000 000 (pour les deux types de formation)
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de centres de formation du secteur santé qui intègrent la PEC médico-chirurgicale et psychosociale des FO 	Recycler les spécialistes assurant la PEC médico-chirurgicale et psychosociale des FO	2013-2017	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Faculté des Sciences de la Santé de Libreville • Ecole de Formation en Sciences de la Santé • Partenaires 	0 (Recyclage in situ lors des supervisions)
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de supervisions réalisées 					
<ul style="list-style-type: none"> • Les documents de références/contre références et de recours/orientations sont disponibles 	Elaborer et mettre en œuvre le plan de supervision post-formation	2013-2015	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Faculté des Sciences de la Santé de Libreville • Ecole de Formation en Sciences de la Santé • Partenaires 	15 000 000	

STRATEGIES	INDICATEURS	ACTIVITES	PERIODE	ACTEURS	RESSOURCES (FCFA)
▶ 2.3. AMÉLIORATION DES INFRASTRUCTURES ET DES ÉQUIPEMENTS POUR UNE PEC MÉDICO-CHIRURGICALE ET PSYCHOSOCIALE ADÉQUATE DES FO	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de structures disposant d'infrastructures et équipements conformes aux normes 	Doter les PPS de matériels et équipements nécessaires à la PEC adéquates des FO	2013-2017	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Faculté des Sciences de la Santé de Libreville • Ecole de Formation en Sciences de la Santé • Partenaires 	50 000 000
▶ 2.4. MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE SUBVENTION DE LA PEC DES FO	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de séances de plaidoyer réalisées • % du budget alloué à la FO par rapport au total alloué; à la santé de mère et de l'enfant 	Faire un plaidoyer pour la prise en compte des FO dans la ligne budgétaire allouée pour la gratuité des césariennes et accouchements	A partir de 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Faculté des Sciences de la Santé de Libreville • Ecole de Formation en Sciences de la Santé • Ministère des Finances • Partenaires 	3 000 000
		Mettre en place le mécanisme opérationnalisant la subvention	A partir de 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Partenaires 	3 000 000

Résultat attendu 3 : la réinsertion sociale des femmes porteuses de fistules obstétricales est assurée

▶ MISE EN PLACE DE MÉCANISMES DE RÉINSERTION SOCIALE	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de femmes bénéficiant de mécanisme de réinsertion sociale 	Identifier les secteurs et structures capables d'assurer la réinsertion sociale	2013	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Partenaires • Collectivités locales 	0
		Mobiliser des ressources pour le financement des activités de réinsertion sociale	2013	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Partenaires • Collectivités locales 	Pris en compte par le plaidoyer
		Assurer la réinsertion socio-économique des femmes PEC pour la FO	2014-2017	<ul style="list-style-type: none"> • Organismes de Microcrédits • Ministère de la Promotion de la femme et des Affaires Sociales • Ministère des PME/PMI • Partenaires 	20 000 000

Résultat attendu 4 : la collaboration entre les différents acteurs et partenaires est renforcée

▶ MISE EN PLACE DE MÉCANISMES DE COORDINATION AVEC LES DIFFÉRENTS ACTEURS	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de réunions du comité de pilotage • Nombre d'activités intégrées • Nombre de réunions tenues 	Mettre en place un comité de pilotage multisectoriel fonctionnel et ses attributions	2013	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Partenaires 	0
		Tenir des réunions de coordination et de suivi des réalisations du plan	2013-2017 (trimestrielles)	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Partenaires 	5 000 000
		Mener des activités intégrées	2013-2017	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Partenaires • Parlement (Sénat et Assemblée Nationale) • Réseau des leaders religieux • Collectivités locales • Société civile et OBC • Réseaux des Communicateurs 	10 000 000
		Faire le suivi de l'intégration des stratégies de lutte contre les FO dans les plans des différents acteurs	Continu	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Partenaires 	2 000 000

STRATEGIES	INDICATEURS	ACTIVITES	PERIODE	ACTEURS	RESSOURCES (FCFA)
------------	-------------	-----------	---------	---------	-------------------

Résultat attendu 5 : la mise en œuvre des projets de recherche sur les FO est effective

▶ MISE EN ŒUVRE DE PROJETS DE RECHERCHE SUR LES FO	• Nombre de projets élaborés et exécutés	Promouvoir des projets de recherche sur les fistules	2013-2017	• Ministère de la Santé • Partenaires	2 000 000
	• Montant du budget alloué	Mobiliser des ressources pour la recherche	2013-2017	• Ministère de la Santé • Partenaires	20 000 000
	• Nombre de projets de recherche publiés	Vulgariser les résultats de la recherche	2013-2017	• Ministère de la Santé • Partenaires	30 000 000

Résultat attendu 6 : le suivi et l'évaluation des stratégies de lutte contre les FO sont assurés

▶ 6.1. MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE COLLECTE DES DONNÉES DE SUIVI ÉVALUATION DES STRATÉGIES DE LUTTE CONTRE LES FO	• Taux de complétude des rapports de suivi des stratégies de lutte contre les FO	Insérer les données des FO dans les outils de collecte existants	2013	• Ministère de la Santé	5 000 000
	• Nombre de réunions tenues pour l'analyse et la validation des données	Faire une note administrative pour diffuser les indicateurs sur les FO	2013	• Ministère de la Santé	0
		Tenir des réunions régulières pour l'analyse et la validation des données	2014-2017 <i>(trimestrielles)</i>	• Ministère de la Santé • Partenaires	20 000 000
▶ 6.2. ORGANISATION DE REVUES ANNUELLES	• Nombre de revues réalisées	Tenir les revues annuelles	Annuelle	• Ministère de la Santé • Partenaires	20 000 000
▶ 6.3. ÉVALUATION À MI-PARCOURS ET FINALE	• Nombre d'évaluations réalisées	Organiser les évaluations	2015 et 2017	• Ministère de la Santé • Partenaires	30 000 000

▶ REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) République du Gabon, Enquête Démographique et de Santé, Libreville, 2000
- 2) République du Gabon, Enquête Démographique et de Santé II, Libreville, 2012
- 3) République du Gabon, Ministère de la Santé, 2008, Carte Sanitaire, Libreville
- 4) République du Gabon, Ministère de la Santé, 2007, Feuille de route pour la réduction de la morbidité et la mortalité maternelles, Néonatales, Infanto juvéniles et des Adolescents au Gabon, Libreville
- 5) République du Gabon, Ministère du plan et de l'économie, 2005, Enquête Gabonaise d'Evaluation de la Pauvreté Libreville
- 6) République du Gabon, Rapport national de suivi de la déclaration d'engagement de la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida (UNGASS), 2010
- 7) République du Gabon, Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, Décembre 2010
- 8) République du Gabon, Rapport final de l'enquête nationale sur les fistules obstétricales dans les structures sanitaires au Gabon, 11 juin 2010
- 9) Plan Stratégique Gabon Emergent, Le Gabon Emergent : Plan Opérationnel 2011-2016, Vol. 7 : Santé
- 10) OMS, Replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction : cadre pour accélérer l'Action 2005-2014, Brazzaville, 2005
- 11) République du Gabon, Objectif du millénaire pour le développement (OMD) 3ème rapport, Septembre 2010
- 12) OMS, Santé de la femme : stratégie de la région Africaine, Brazzaville, 2005
- 13) UNFPA, Prévenir le mal et guérir les blessures : en finir avec la fistule, 2008
- 14) UNFPA, Faits et chiffres : La fistule et la santé de la reproduction, 2010
- 15) PNUD, Rapport sur le développement humain, 2013

▶ ANNEXE 1 INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES NATIONAUX

INDICATEURS NATIONAUX	MILIEU RURAL	MILIEU URBAIN	TOTAL
Femmes ²¹	201 432	587 764	789 196
Hommes ¹⁰	185 938	542 551	728 489
0-11 mois ¹⁰	7 489	26 640	34 129
0 à 4 ans ¹⁰	36 099	134 458	170 557
0-15 ans ¹⁰	96 417	389 642	486 059
Femmes en âge de procréer (15-49 ans) ¹⁰	51 787	272 818	324 605
Nombre de naissances vivantes ¹⁰	7 489	26 640	34 129
Taux brut de natalité ¹⁰	-	-	33,2‰
Esperance de vie à la naissance ¹⁰	-	-	63,1
Taux de mortalité néonatale ¹⁰	-	-	26 pour 1000 NV
Taux de mortalité infantile ²²	-	-	43‰
Taux de mortalité de moins de 5 ans ¹¹	-	-	65‰
Taux de mortalité maternelle ²³	-	-	316‰
Indice synthétique de fécondité ¹²	-	-	4,1
Rapport de masculinité ²⁴	-	-	92,30%

²¹, ¹¹, ¹², ¹³, ¹⁴, ¹⁵, ¹⁶ : Source : Carte sanitaire/Ministère de la Santé, 2008

²² Période 2007-2012 - Source : EDGS II 2012

²³ Source : EDGS II 2012

²⁴ Source : Carte sanitaire/Ministère de la Santé, 2008

▶ ANNEXE 2 LISTE DES FONCTIONS PHARES PERMETTANT DE QUALIFIER UNE STRUCTURE SANITAIRE SONUC ET SONUB

STRUCTURES SANITAIRES SONUC	STRUCTURES SANITAIRES SONUB
1. Administration parentale d'ATBs	1. Administration parentale d'ATBs
2. Administration parentale d'ocytociques	2. Administration parentale d'ocytociques
3. Administration parentale d'anticonvulsivants	3. Administration parentale d'anticonvulsivants
4. Délivrance artificielle du placenta	4. Délivrance artificielle du placenta
5. Évacuation utérine par aspiration manuelle (AMIU) ou curetage évacuateur	5. Évacuation utérine par aspiration manuelle (AMIU) ou curetage évacuateur
6. Accouchement instrumenté (ventouse, forceps)	6. Accouchement instrumenté (ventouse, forceps)
7. Réanimation du nouveau-né avec masque et ballon	
8. Transfusion sanguine	
9. Pratique de la césarienne	

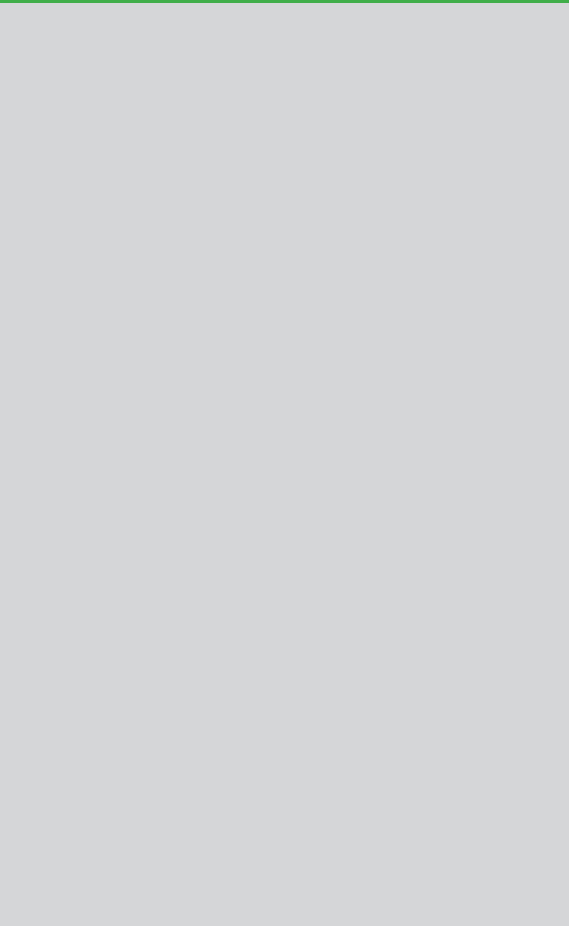
▶ ANNEXE 3 RÉPARTITION DES FEMMES PORTEUSES DE FO DÉCLARÉES ET RENCONTRÉES PAR RÉGION SANITAIRE

RÉGIONS SANITAIRES	FISTULES DÉCLARÉES	FISTULES RENCONTRÉES
Libreville-Owendo	20	2
Ouest (Estuaire)	2	1
Sud-Est (Haut Ogooué)	16	2
Centre (Moyen Ogooué)	2	0
Centre-Sud (Ngounié)	9	1
Sud (Nyanga)	6	0
Est (Ogooué Ivindo)	16	6
Centre Sud (Ogooué Lolo)	4	1
Maritime (Ogooué Maritime)	6	1
Nord (Woleu Ntem)	9	1
Ensemble	90	15

SOURCE : ENQUETE SONU 2010

▶ ANNEXE 4 CALENDRIER DE SUIVI ET EVALUATION

ACTIVITÉS DE SUIVI/ EVALUATION	PÉRIODE	RESPONSABLES	PARTENAIRES
Suivi			
Missions de suivi/ supervision	Semestrielle	Ministère de la Santé	Autres ministère, PTF, société civile, université
Réunions de coordination	Trimestrielle	Ministère de la Santé	Autres ministère, PTF, société civile, université
Evaluation			
Enquête situation de référence	2013	Ministère de la Santé	Autres ministère, PTF, société civile, université
Evaluation à Mi parcours	2015	Ministère de la Santé	Autres ministère, PTF, société civile, université
Evaluation finale	2017	Ministère de la Santé	Autres ministère, PTF, société civile, université



REPUBLIQUE GABONAISE
MINISTRE DE LA SANTE