



Ministère de la Santé Publique

**Ministère de la Promotion de la Femme et
de la Protection de l'enfant**

Réseau pour l' Eradication des Fistules

En collaboration avec

HDI

PROJET DE PREVENTION RAPIDE

DE LA FISTULE OBSTETRICALE

Bankilaré 2007/2008

SOMMAIRE

	Page
Introduction	3
Justification du Projet	4
Objectifs Général	5
Objectifs Spécifiques	5
Résultats attendus	6
Zone d'intervention du Projet	6
Cadre institutionnel/Organisation fonctionnelle	7
Stratégies/Activités	9
Récapitulatif des activités prévues dans le cadre du projet pilote de prévention de la fistule obstétricale (Tableau)	11
Outils de Surveillance	13
Annexe 1 : Plan d'évacuation des grossesses a risque vers les centres spécialisés	15
Annexe 2 : Budget	16
Annexe 3 : Système de Surveillance Epidémiologique	18
Annexe 4 : Carnet de surveillance Epidémiologique de la Fistule Obstétricale dans les villages	19
Annexe 5 : Registre de Surveillance Village de la Fistule Obstétricale	22
Annexe 6 : Fiche de Rapport Cumulatif	25

INTRODUCTION

La fistule obstétricale est une infirmité temporaire ou permanente consécutive à un traumatisme survenant au cours d'un accouchement difficile et prolongé. Elle résulte de déchirures des tissus mettant en communication la vessie, le vagin et le rectum.

De ce fait, l'on distingue les fistules vésico-vaginales (FVV), les fistules recto-vaginales (FRV) et les formes associées. Le mécanisme de survenue d'une fistule obstétricale est simple : au cours d'un travail d'accouchement prolongé, la paroi antérieure du vagin, le bas-fond vésical et l'urètre sont comprimés entre la tête fœtale et la face postérieure du pubis d'une part, le rectum entre la tête fœtale et le sacrum d'autre part.

Cette compression entraîne une perturbation (baisse) de l'irrigation sanguine (ischémie) suivie d'une nécrose des tissus. La chute de la zone nécrosée qui survient au bout de trois (3) à sept (7) jours entraîne la formation d'une brèche par laquelle s'écoulent dans le vagin les urines et/ou les selles.

La compression provoque également un déficit moteur neurologique des membres inférieurs expliquant les difficultés à la marche.

La fistule obstétricale est un exemple type de maladie découlant du sous-développement socio-économique d'un pays. Elle constitue un problème de santé publique qui témoigne de la qualité des soins obstétricaux.

Rare dans les pays industrialisés, elle est très fréquente dans les pays en développement où les principales causes sont :

- le manque d'infrastructures sanitaires et de personnels qualifiés en zone rurale.
- l'insuffisance des moyens de communication.
- les facteurs culturels favorisant la précocité des mariages et des accouchements en dehors d'une formation sanitaire.
- l'analphabétisme, les pratiques traditionnelles, la malnutrition.

La fistule obstétricale est une maladie invalidante :

Très souvent elle est associée à un taux de mortalité périnatal supérieur à 95%. L'incontinence permanente des urines et/ou des selles favorise une infection des voies génitales et l'impossibilité de toute vie sexuelle. L'odeur caractéristique qui accompagne l'écoulement des urines et/ou des selles fait des ces jeunes femmes des personnes marginalisées, perdant leurs foyers, amis et parents. Elles ne mènent aucune activité professionnelle et sont réduites à chercher refuge dans les formations sanitaires en quête de traitement curatif.

Au Niger, la fistule obstétricale constitue un véritable problème médico-social dont l'étendue est inconnue et la prise en charge mal organisée. C'est pour ces raisons et en faveur de la maternité à moindre risque que le HDI (Health and Development International) en appui aux actions du REF (Réseau d'Eradication des Fistules) a convié plusieurs partenaires supportant les activités de développement sanitaire dans le district médical de Téra (DSR, REF, PNEVG, UNFPA, HELP) et intéressés par le sujet à une réflexion sur le sujet avec pour but le démarrage d'un projet pilote de prévention rapide des fistules obstétricales dans les 2 communes de Bankilaré. Au vu de ses résultats le projet pourrait être étendu à l'ensemble du pays.

JUSTIFICATION DU PROJET

En raison de sa nature et de ses retombées sociales, morbides et psychologiques, la fistule obstétricale constitue une des conséquences les plus dramatiques d'un accouchement mal suivi. Or les femmes en travail (en milieu urbain où à la campagne) sont soumises à de nombreuses barrières socio-culturelles et économiques conduisant le plus souvent à un accouchement mal suivi. Face à ce constat il semble indispensable que des actions soient entreprises au niveau communautaire (avec les populations) afin que les femmes en travail accèdent sans délai à une prise en charge thérapeutique adéquate. La complexité de la situation des fistules obstétricales au Niger nécessite d'adopter différentes stratégies permettant de juguler avec efficacité ce fléau.

Le diagnostic d'une femme en travail est identique quelque soit le lieu (milieu médical ou non) où il est effectué ou la personne (médecin ou non) qui le fait, et il ne nécessite aucun instrument ou test. N'importe qui peut le faire et n'importe qui peut en mesurer la durée. La revue de la littérature médicale montre d'autre part que le risque de survenue de fistules obstétricales apparaît uniquement après 24 heures de travail chez la femme enceinte.

On pourrait donc en déduire que les fistules obstétricales pourraient être éradiquées si toutes les femmes en travail depuis au moins 24 heures étaient transférées en milieu médical spécialisé pour une césarienne. Telle est l'hypothèse de travail qui a donnée naissance au projet de prévention rapide des fistules obstétricales

Ce Projet de prévention rapide de la fistule obstétricale s'inscrit parfaitement dans la politique nationale de la maternité à moindre risque et permettra dans sa phase de

réalisation de faire entrer dans les mœurs des populations, par des actions de sensibilisation et d'éducation, la notion de suivi médical de la grossesse et l'accouchement sous assistance médicale et sans délai. L'objectif est qu'à la fin de la phase pilote les populations reconnaissent, acceptent et intègrent dans leurs pratiques les consultations prénatales et les accouchements en milieu médical sans délai, ou du moins que toutes les femmes en travail depuis au moins 24 heures soient évacuées vers un centre spécialisé. Les actions de ce projet sont des actions dont l'effet peut se mesurer à court terme et qui sont complémentaires aux initiatives déjà mises en œuvre, à savoir relever l'âge du mariage, augmenter le niveau d'éducation des filles, l'accessibilité au traitement obstétrical d'urgence, etc... dont l'effet est plus long à mesurer.

OBJECTIF GENERAL

Prévenir la survenue de fistules obstétricales dans la région pilote et contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile ainsi que la réduction du nombre de nouveaux cas de fistules selon les indicateurs définis dans le Programme National de la Santé de la Reproduction par des actions avancées vers la population rurale.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Former le personnel médical des CSI et cases de santé (superviseurs) sur la prévention rapide des fistules obstétricales et l'encadrement des agents communautaires
- Former les agents de santé communautaire et matrones (AC) sur la prévention rapide des fistules obstétricales.
- Former les AC sur les risques du travail prolongé, l'importance de l'accouchement en milieu médical et la référence sans délai de toute dystocie
- Initier le personnel médical et les agents communautaires au plan d'évacuation des femmes en travail
- Référer les femmes à temps pour une césarienne prophylactique
- Améliorer l'utilisation des services de santé de la reproduction
- Améliorer les soins aux femmes victimes de Fistule Obstétricale

RESULTATS ATTENDUS

Au niveau des structures de soins de santé

- Augmentation du nombre de CPN, des accouchements sous assistance médicale, et des consultations post natales.
- Réduction importante du nombre de nouveau cas de fistule (réduire a zéro le nombre de fistules dans les localités qui sont a moins de 2 jours d'accès d'un centre médical pouvant pratiquer la césarienne)
- Réduction importante du nombre de femmes qui meurent suite aux accouchements dystociques (réduire le taux à moins de 75% dans les localités qui sont à moins de 2 jours d'un centre médical pouvant pratiquer la césarienne)
- Prise en charge rapide à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des nouveaux cas de fistules obstétricales pour prévenir les conséquences sociales
- Système de référence et de contre référence fonctionnel pour les fistules

Au niveau communautaire

- Les populations reconnaissent, acceptent et intègrent dans leurs pratiques les consultations prénatales et les accouchements en milieu médical sans délai
- Le transfert en milieu médical de toute femme en travail depuis au moins 24 heures.
- Les communautés reconnaissent la problématique de la fistule et prennent des mesures pour la résoudre (prévention, suivi post opératoire à long terme et réinsertion sociale).

ZONE D'INTERVENTION DU PROJET

En 2006 la population de la région cible était de 89517 avec 4654 accouchements attendus, en majorité jeune (52,8% a moins de 15 ans) et diverse : 5 groupes ethniques cohabitent dans la région (Haoussa, Songhay, Touareg, Foulani, Gourmantché). Les 2 principales activités économiques sont l'agriculture et l'élevage. C'est une zone semi-desertique dont l'habitat est majoritairement composé de hameaux et de campements fixes ou mobiles.

Sur le plan sanitaire, Bankilaré est englobée dans le district sanitaire de Téra dont l'hôpital de district est équipé pour la prise en charge de cas chirurgicaux y compris

la césarienne. Les 2 communes de Bankilaré constituant la zone pilote sont composées de 7 centres de soins intégrés (CSI) et de 10 cases de santé (l'utilisation d'une onzième case de santé située dans une commune avoisinante est envisagée dans la réalisation des actions du projet).

Bankilaré a été choisie comme zone pilote en raison de plusieurs facteurs :

- Le district sanitaire de Téra possède une structure médicale fonctionnelle (comparée à d'autres régions du pays). Grâce à l'action combinée de plusieurs acteurs actifs dans la région (HELP, Programme FAD II, REF...), l'hôpital de district est équipé de capacité en chirurgie, il y existe un system de communication (radio BLU) et de transport (3 ambulances et des motocyclettes dans chaque CSI) et la gratuite des soins et des évacuations pour les femmes et les enfants est une réalité.

- Depuis une décennie il existe également dans cette zone une structure d'information et d'éducation communautaire très étendue et intégrée à la population locale. Mise en place dans le cadre du Programme National d'Eradication du Ver de Guinée (PNEVG), son succès ne fait plus aucun doute dans la lutte contre cette endémie. Nous pensons que la somme de la grande réputation dont ils jouissent au niveau des populations locales, et l'expérience et l'expertise de agents communautaires seront un capital inestimable pour nos actions d'information et d'éducation communautaire dans la région.

- Selon les estimations du médecin-chef du district sanitaire de Téra la moitié des cas de césarienne et de fistules admis dans son hôpital proviendraient de la zone de Bankilaré.

- Téra comparativement aux autres régions du pays ne bénéficie pas de l'appui de grands bayeurs de fonds (tels que la coopération Belge pour Dosso ou la coopération Française pour Zinder)

Au vu de ces différents facteurs il nous a semble que Bankilaré possède des avantages uniques pour l'implémentation d'un projet pilote sur la prévention rapide des fistules obstétricales et qu'une aide financière serait grandement profitable à Téra.

CADRE INSTITUTIONNEL/ORGANISATION FONCTIONNELLE

Le Projet de prévention rapide des fistules obstétricales est une activité du REF soutenue par HDI qui en est l'initiateur. Le REF (Réseau d'Eradication des Fistules) est une entité conjointement sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique et du

Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant. Le président du REF est le Directeur Général de la Santé Publique et son vice président le Secrétaire Général du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant.

Un coordinateur désigné par le REF est chargé de l'exécution du projet.

Un assistant technique du HDI a pour charge d'appuyer le REF dans toutes les étapes du projet à savoir la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation des activités.

Au niveau région, le programme est sous la tutelle de la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP).

Au niveau Département (District), le programme est sous la tutelle du District Sanitaire (DS).

A chaque niveau, une coordination assure l'exécution des activités du programme (coordination régionale, coordination sous régionale).

Au niveau des villages :

Si le village dispose d'une formation sanitaire, le responsable de la formation sanitaire assure la mise en oeuvre du programme, en collaboration avec les autres services connexes existants et la population.

Si le village ne dispose pas de formation sanitaire, la mise en oeuvre du programme est assurée par les Agents Communautaires (AC) appuyés par le Chef de village et sa population.

En résumé le projet pilote de prévention rapide des fistules obstétricales englobe aussi bien la structure sanitaire classique (case de santé, CSI, Hôpital de district) que la structure locale du Programme d'Eradication du Ver de Guinée (PNEVG). La structure du PNEVG grâce a sa profonde implémentation communautaire sera utilisée pour les actions communautaires d'information et éducation des populations, alors que la structure de soins classique sera utilisée pour la prise en charge des besoins créés par la sensibilisation et l'éducation des populations (CPN, accouchements en milieu médical, évacuation des dystocies, référence des fistules, etc...)

STRATEGIES/ACTIVITES

I. Renforcement et coordination des capacités du système de santé et de celles des communautés dans la prévention rapide des fistules obstétricales:

- Information et éducation des autorités administratives et coutumières, des leaders religieux et autres leaders locaux sur la problématique de la fistule obstétricale, son impact sur la communauté et la prévention rapide

- Conception d'outils d'information et éducation d'une part et formation du personnel médical (superviseurs) et des agents communautaires (250 agents de santé et 250 matrones) d'autre part dans le cadre de la mise en place du système d'éducation et d'information communautaire et de celui de surveillance épidémiologique.

- Les responsables des formations sanitaires (CSI et case de santé) sont les superviseurs. Ils seront formés aux mêmes sujets que ceux enseignés aux villageois bénévoles de même qu'aux aspects de la supervision tels que l'encadrement des bénévoles, les qualités pour un bon leadership, le recueil des données mensuelles, l'efficacité sur le terrain.

- Le recrutement des agents communautaires va s'appuyer sur les ASC (250) existants déjà dans les villages d'endémie de ver de Guinée en y associant les accoucheuses traditionnelles et des femmes bénévoles de la communauté (250 matrones).

- Des supports adaptés à l'éducation des populations rurales et pour le recueil de données seront mis en place

- Des actions d'information et d'éducation communautaires sur les consultations prénatales, l'importance de l'accouchement en milieu médical, les risques liés au travail prolongé, l'importance pour les agents communautaires de l'obtention à l'avance de l'agrément familial d'évacuer, et l'organisation de l'évacuation systématique de femmes en travail depuis au moins 24 heures par les agents communautaires seront organisées. Ces rencontres peuvent être groupées ou individuelles. Il est primordial d'expliquer à chaque femme enceinte et aux décideurs de sa famille le plan d'accouchement et d'évacuation en cas d'urgence. Ce plan doit préciser des critères déjà convenus quant au moment, où, et comment une évacuation pourra se faire même si le décideur principal de la famille s'avérait

absent au moment où il faut évacuer; précision importante : il n'y a pas de frais pour la famille de la patiente

2. Suivi et évaluation des activités

- Surveillance épidémiologique : choix des indicateurs, organisation de la collecte des données, transmission des données, analyse des données, définition du système de surveillance (voir annexe 3)

- Supervision mensuelle des agents communautaires par les superviseurs locaux, eux mêmes évalués chaque trimestre par le district. A cela il faut ajouter des missions de supervision régionales et nationales. Les structures du système de supervision mensuelle seront choisies sur la base de celles déjà utilisées dans le programme d'éradication du ver de guinée

- Il est prévu une évaluation à mi-parcours et une évaluation annuelle du projet avec la participation à tous les échelons, depuis les villageois bénévoles jusqu'au niveau national, pour discuter des données, des résultats, des réalisations, des problèmes et des solutions

3. Appui Logistique

Un Appui logistique et fonctionnel sera apporté au district sanitaire de Téra et se fera en fonction des insuffisances observées sur le terrain.

**RECAPITULATIF DES ACTIVITES PREVUES DANS LE CADRE DU
PROJET PILOTE DE PREVENTION RAPIDE DES FISTULES
OBSTETRIQUES**

STRATEGIES	ACTIVITES	BESOINS
Plaidoyer/Mobilisation	Réunion Administrative	Organisation d'une réunion de plaidoyer avec les autorités administratives et coutumières
	Réunion des leaders locaux	Organisation d'une réunion de plaidoyer avec les chefs de villages, tribus, campements et leaders d'opinion
	Mission de mobilisation des villages	Organisation d'une tournée de mobilisation dans 100 villages avant la réunion des chefs de villages, tribus, campement et leaders d'opinion
Formation	Elaboration et multiplication des modules de formation	Module de formation des agents communautaire et superviseurs définissant la fistule, les supports de collecte des données, les méthodes de communication et éducation, la grille de supervision, notions de management et leadership
	Superviseurs	Formation de 19 superviseurs (3 jours de formation par an)
	Agents communautaires	Formation de 500 agents communautaires (250 ASC et 250 matrones) : 3 jours de formation par an
IEC	Sensibilisation par les AC/Superv	Tournées de sensibilisation dans les villages (films, théâtre, sketches)
	IEC media	Messages éducatifs par utilisation des radios Communautaires
	Supports éducatifs	300 Pagivolts, 1000 Affiches, 800 pièces de 3 Pagnes, 1000 T-shirts
Surveillance Epidémiologique	Collecte de données	Organisation chaque mois des sorties de collecte de données dans les 250 villages

	Supports	Impression de : 300 carnets de surveillance villages ; 300 registres de surveillance villages ; 1000 fiches de rapports mensuel
Suivi / Evaluation	Evaluation	Organisation d'une évaluation a mi parcours en Mai 2008 et d'une évaluation annuelle en décembre 2008
	Supervision	Organisation de 4 tournées de supervision par le district et 2 tournées de supervision par la région et le niveau national
	Enquêtes	Organisation d'une enquête de collecte de données sur les cas de fistule, les décès maternels, décès néonataux, les dystocies de l'année précédente lors de la mission d'information sur la formation des agents communautaires.
Prise en Charge Médicale	Evacuation	Expliquer à chaque femme enceinte et aux décideurs de sa famille le plan d'accouchement, et d'évacuation en cas d'urgence : Toute femme en travail depuis au moins 24 heures doit être transférée en milieu médical
	Prise en charge des cas de fistules	Dépistage et référence des femmes fistuleuses en centre de soins spécialisés
	Sorties foraines	Au moins une sortie mensuelle
	Réinsertion sociale	Budget initial de réinsertion sociale
Logistique	Evaluation des besoins logistiques	3 motocyclettes 3 radios BLU pour CSI Radio pour 2 ambulances
Fonctionnement	Appui au Fonctionnement	Fournitures de bureau 3 ordinateurs Photocopieurs, Fax, Printers Frais d'entretien

INDICATEURS DE PERFORMANCE (inclus en annexe)

OUTILS DE SURVEILLANCE (inclus en annexe)

- **Carnet de surveillance épidémiologique de la fistule obstétricale**

La page de garde comprend une entête des différentes structures concernées par ce programme à gauche c'est à dire : le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant, et le Réseau de l'Eradication de la Fistule. Et à droite, le nom de la région, du département, de la commune et le village/campement concernés.

Le carnet de surveillance comprend 24 feuillets dont 12 sont en Carbone. Le carnet est annuel. Chaque page est munie de 9 cases d'images et de transcriptions décrivant les 10 informations à recueillir au niveau village par les agents communautaires.

La transcription de chaque image est faite en français, djerma, tamasheq et fulfuldé, avec une transcription en arabe des trois dernières langues.

Le carnet de surveillance village est conçu pour que les agents communautaires recueillent les données de leurs activités menées au sein de leurs communautés.

Le remplissage se fait sous forme de tiret, et chaque tiret représente une personne ou activité qui répond au critère recueillis.

- **Registre de surveillance village de la fistule obstétricale**

Le registre est un rapport mensuel qui permet de faire la synthèse des données recueillies au niveau du village par le superviseur.

Il indique le nom, prénom et âge des femmes ayants de nouvelles grossesses et fistules. Il relate également le nombre d'accouchement à domicile, le nombre de cas de dystocie, le nombre de séances d'EPS, le nombre de décès maternels, et le nombre de décès périnataux.

Par rapport aux observations au niveau des nouvelles grossesses, le superviseur indiquera les informations pertinentes à ces femmes. Par exemple, si la femme part en CPN ou non, si elle est perdue de vue, si elle refuse catégoriquement la CPN, ou autres informations pertinentes.

Pour les observations au niveau des nouveaux cas de fistule, le superviseur indiquera si la femme a été référée à une formation sanitaire ou si elle est perdue de vue. Dans les cas des fistules non référées et de refus de CPN, le superviseur expliquera pourquoi.

Pour le nombre d'accouchement à domicile, le nombre de dystocie, le nombre de séances EPS, le nombre de décès maternels et périnataux, il devra tout simplement indiquer le nombre relevé dans le carnet de surveillance épidémiologique.

Le box « observations et recommandations » au bas de la page est indiqué pour les différentes remarques et recommandations que le superviseur aura à faire par rapport aux problèmes et aux insuffisances constatées dans la mise en œuvre des activités de l'agent communautaire.

A la fin de chaque mois le superviseur doit mentionner son nom, la date de passage et sa signature.

- **Description de la fiche cumulative des rapports**

Elle est remplie mensuellement, et représente la synthèse des données reportées au niveau communautaire

La fiche comprend trois catégories d'informations:

- La première est celle des données figées (ex. Les 5 premières colonnes)

- La deuxième celle des données changeantes mensuellement dont les 10 informations du carnet de surveillance et leurs cumuls

- La troisième représente la partie observation

Au bas de la page est représenté une case de synthèse des informations clés dont: le nombre de localités supervisées, le nombre de nouvelles grossesses, nombre de cas de dystocie, nombre d'accouchements a domicile et le nombre de cas de fistules.

La fiche sera signée par le superviseur, le chef CSI, et le Médecin chef de district.

BUDGET (inclus en Annexe)

ANNEXE 1

Plan d'Evacuation des Grossesses a risque vers les centres spécialisés

Hypothèse de Travail

- Toute femme en travail depuis plus de 24h00 doit être évacuée à Téra ou à Niamey (selon la disponibilité du chirurgien de Téra)

Ressources Disponibles

Centres Médicaux :

- Hôpitaux dotes de bloc opératoires fonctionnels : Téra, Niamey
- 7 Centres de Soins Intégrés (CSI)
- 11 Cases de Santé

Moyens de Transport :

- 2 ambulances a Téra, 1 ambulance a Bankilaré
- Charrettes dans les villages. Tous les villages ne sont pas équipés de charrettes.
- La possibilité de transport a dos de chameau est a l'étude

Moyens de Communication

- CSI sont équipés de radio BLU. 3 CSI ont des radios en panne
- Réseau de téléphonie cellulaire est étendu à certaines parties de la région

Plan d'Evacuation

- Si la patiente est en zone avec accès au réseau de téléphonie cellulaire : appeler un centre de santé pour l'envoi de l'ambulance. Celle-ci transportera la patiente à Téra ou à Niamey en cas d'indisponibilité de chirurgien de Téra
- Si la patiente est non connectée au réseau de téléphonie cellulaire :
 - Dans un village équipé de charrette, transporter la patiente au centre de santé le plus proche (case de santé, CSI) qui se chargera d'appeler l'ambulance par radio
 - S'il n'y a pas de charrette dans le village, envoyer quelqu'un demander le centre de santé le plus proche d'appeler l'ambulance tandis-qu'une autre personne va chercher une charrette dans un village environnant et transporter la patiente au centre de santé ou l'attendrait l'ambulance.

La possibilité de transport a dos de chameau qui semblerait plus rapide est a l'étude...

ANNEXE 2 BUDGET

STRATEGIES	Nombre/Quantité	Coût/Unit(FCFA)	Total(FCFA)
Plaidoyer/ Mobilisation			
Réunion Administrative			
Total Frais Participants			423000
Total Frais de Transport			257500
Autres			328000
Sous Total Réunion Administrative			1,008,500
Réunion des leaders locaux			
Total Frais Participants			686000
Total Frais de Transport			621078
Autres	1	20000	20000
Sous Total Réunion des Leaders Locaux			1327078
Mission de mobilisation des villages			
Sous Total Mobilisation			439137.5
Sous Total Plaidoyer/Mobilisation			2,774,715.5
Formation			
Elaboration des modules de formation			
Modules Superviseurs			
Reprographie	30	3000	90000
Formation des Superviseurs			
Sous Total Formation des Superviseurs			1,298,000
Formation Matrones et Agents Commun			
Sous Total Formation des Matrones et AC			6,677,062.5
Sous Total Formation			8,065,062.5
IEC			
Sensibilisation par les AC/Superv			
IEC media			300,000
Supports Educatifs			12,600,000
Sous Total IEC			12,900,000
Surveillance Epidémiologique			
Collecte de données			
Enquêtes			
Supports			1,312,500
Sous Total Surveillance Epidémiologique			1,312,500
Suivi/ Evaluation			
Evaluation Agents Formes			
Sous Total Evaluation des Agents			311450

Evaluation a Mi-Parcours
Sous Total Evaluation a mi-parcours 615090

Evaluation a 1 An
Sous Total Evaluation a 1 An 878379

Supervision
Sous Total Supervision 8788950
Sous Total Suivi/Evaluation 10,593,869

Prise en Charge Médicale
Evacuation
Prise en charge des cas de fistules
Sorties foraines
Réinsertion sociale

Logistique
Sous Total Logistique 3,178,800

Fonctionnement

Grand Total 38,824,947