

MOZAMBIQUE

Données générales

La guerre civile au Mozambique a pris fin depuis 10 ans, et certains indicateurs sanitaires de base se sont manifestement améliorés tandis que d'autres se sont détériorés au cours de cette période. Le pays est vaste et l'accès aux services de santé reste difficile à assurer, en particulier dans des zones reculées où la nature du terrain rend tout transport périlleux et où les véhicules sont en très petit nombre. En raison du mode de répartition de la population dans les zones rurales, de la pauvreté endémique et du fait que l'infrastructure sanitaire est souvent en miettes dans certaines provinces, de nombreux obstacles continuent de s'opposer à ce qu'un pourcentage important de Mozambicains ait accès aux soins de santé de base.

En dépit de ces graves problèmes, cependant, on note certaines réussites remarquables, et aussi certains besoins évidents. Le pourcentage de la population ayant accès aux soins de santé a augmenté de 10 % entre 1992 et 1999; **on évalue à 35 % la proportion des Mozambicains qui ont accès à des soins de santé de bonne qualité**. Le pourcentage des individus classés « nouveaux clients de la planification familiale » est passé de 2,3 % en 1996 à 7,2 % en 2000 – mais **le taux de prévalence des contraceptifs modernes reste faible** (5 %) et seulement 60 % des femmes connaissent au moins une méthode de planification familiale²⁰.

Le taux total de fécondité est de 5,86 %, et la majorité des femmes ont au moins un enfant avant d'atteindre 20 ans²¹. Environ **44 % des accouchements ont lieu dans des centres médicaux** (la proportion est bien plus élevée à Maputo que partout ailleurs), mais le ratio de mortalité maternelle et le nombre des décès de nourrissons dans les centres est élevé, sans aucun doute en raison de divers facteurs : retard dans l'arrivée au

centre, retard dans les aiguillages ; surcharge de travail du personnel dans les centres ; insuffisance de l'équipement dans les centres, etc. **Dans les centres, le ratio de mortalité maternelle semble varier entre 175 et 600 pour 100 000 naissances vivantes, contre une moyenne nationale (qui comprend les femmes donnant naissance tant dans les centres qu'en dehors d'eux) de 980 décès maternels environ pour 100 000 naissances vivantes²².**

Pour chaque décès maternel, on compte 17 cas de mortinatalité. Les données recueillies de 1997 à 2002 indiquent que **pour chaque tranche de 100 cas de mortinatalité signalés dans une institution, 10 femmes y étaient admises avec un fœtus dont le battement de cœur était perceptible**. Ce fait, aussi bien qu'un **taux national de césariennes de 1,12 %**, indique qu'il est nécessaire de travailler à améliorer davantage la qualité des soins maternels délivrés dans les centres²³. Les taux de couverture des soins prénatals semblent être assez élevés dans la plupart des provinces et ont augmenté au cours des 10 dernières années. Un autre fait moins encourageant est que la très grande majorité des femmes qui ont recours aux soins prénatals ne commencent à s'en aviser qu'à leur sixième mois de grossesse.

Comme dans toute la région, le VIH/sida a déjà causé de terribles ravages et semble devoir réduire considérablement l'espérance de vie moyenne au cours des 10 prochaines années si le taux d'incidence ne baisse pas. **La prévalence du sida semble actuellement un peu supérieure à 12 % chez les femmes enceintes, et en 2001 les femmes de tout âge ont représenté 52 % des nouveaux cas de sida**. L'espérance de vie est actuellement pour les femmes de 38,6 ans; pour les hommes, de 37,3²⁴.

Malgré l'écrasante pauvreté manifeste dans la plus grande partie du pays – le Mozambique reste

l'un des pays les plus pauvres du monde selon le « Rapport mondial sur le développement humain » du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) –, il est impossible de surestimer l'importance du rétablissement de la paix au cours de la décennie écoulée. « Nous sommes inondés de lumière à la pensée de pouvoir maintenant espérer vivre », a expliqué un homme à Quelimane. Il reste terriblement difficile de faire en sorte que cette attente soit satisfaite pour chacun, y compris les femmes qui affrontent une urgence obstétricale.

Problèmes et tâches

Au Mozambique, l'équipe d'évaluation des besoins a rencontré le personnel du bureau de pays de l'UNFPA, le Vice-Ministre de la santé et le Directeur adjoint du Département de la santé communautaire, au Ministère de la santé. En outre, dans la province de Zambezia, l'équipe a rencontré à Quelimane le Directeur provincial de la santé et le Directeur de l'hôpital, ainsi que le chirurgien qui assure les opérations de la fistule à l'Hôpital provincial de Quelimane. L'équipe a aussi eu la possibilité de visiter six patientes de la fistule à Quelimane, dont cinq avait été opérées et recevaient des soins postopératoires et dont la dernière attendait de subir la procédure. À Maputo, l'équipe a rencontré l'urologue qui opère la fistule à l'Hôpital central de Maputo, eu la possibilité d'observer une intervention dans la salle d'opération, et rencontré d'autres médecins qui prêtaient leur assistance dans la salle d'opération.

Malgré la vaste dimension du Mozambique, **on ne connaît que trois médecins qui possèdent les compétences nécessaires et opèrent effectivement la fistule dans l'ensemble du pays** : un urologue mozambicain dans le sud à l'Hôpital central de Maputo, un chirurgien généraliste italien dans le centre à Quelimane, et un OB/GYN tanzanien dans la province de Niassa, au nord du pays²⁵. Le nombre de patientes varie selon les centres – allant de 15 dans le nord à plus de 50 ailleurs –, mais chaque prestataire interviewé

a reconnu que le nombre de femmes qu'ils voyaient ne représentait sans aucun doute qu'une très faible fraction des patientes. Outre le nombre considérable de patientes qu'ils soignent à chacun des trois hôpitaux, les médecins vont tous opérer des fistules dans d'autres localités, mais ils se demandent avec inquiétude s'ils seront capables de maintenir cette pratique et se préoccupent du fait que l'on n'ait pas trouvé d'autres prestataires qui pourraient être intéressés à acquérir les compétences voulues et effectuer des interventions. Deux des médecins sont allés ensemble dans une province effectuer 27 opérations en l'espace de trois semaines. Si cet effort a aidé à diminuer l'arriéré de cas qui ne cesse d'augmenter, ce n'est selon l'un des prestataires « ni le plus avisé ni le plus durable moyen de procéder, si nous ne pouvons pas former d'autres médecins tandis que nous opérons. »

Les patientes de la fistule sont manifestement frappées d'un profond opprobre dans leur communauté et leur famille. Dans le centre du Mozambique, **une femme atteinte d'une fistule peut devenir la domestique de la nouvelle femme que son mari prend pour épouse et le rester aussi longtemps qu'elle ne peut contrôler sa vessie.** Si elle est en mesure d'être opérée avec succès, ses chances augmentent soit de reprendre sa position d'épouse auprès du mari, soit de trouver un autre mari. Dans l'un et l'autre cas, cependant, une forte pression s'exerce sur elle pour qu'elle soit de nouveau enceinte et le prestataire l'a avertie que, pour des raisons de sécurité, elle devrait nécessairement avoir son prochain accouchement (et tous les suivants) dans un centre médical. En fait, le chirurgien de Quelimane a fait des centaines de césariennes sur des femmes qu'il avait auparavant opérées de la fistule.

L'opprobre frappant filles et femmes paraît bien s'étendre au-delà de leurs familles et communautés. Les trois médecins qui opèrent actuellement de la fistule ont offert d'en former d'autres, surtout des OB/GYN, mais leur offre a éveillé peu d'intérêt. Les deux prestataires interviewés ont noté que cela s'explique probablement

par l'opprobre frappant les patientes de la fistule, entre autres raisons. En fait, dans le cadre de sa formation, chaque étudiant en médecine effectue un stage de trois mois durant lequel on lui apprend à opérer la fistule, mais aucun n'a voulu jusqu'à présent continuer dans cette voie. L'urologue de Maputo a récemment passé trois mois à se perfectionner dans un autre domaine au Cap (Afrique du Sud) et, bien que les autres prestataires de l'hôpital central de Maputo soient suffisamment qualifiés pour effectuer au moins des interventions simples, une seule opération de la fistule a eu lieu durant son absence et ils ont attendu son retour pour s'occuper des autres cas, alors même qu'il s'agissait de cas tout à fait simples. À Quelimane, le prestataire qui effectue les interventions offre depuis trois ans de former les médecins affectés à l'hôpital, mais aucun n'a marqué d'intérêt. Le Département d'OB/GYN a demandé aux clientes de quitter l'aile de maternité, de sorte que maintenant les femmes atteintes d'une fistule doivent séjourner dans l'aile de chirurgie pour les soins préopératoires et postopératoires.

Comme une forte pression est exercée sur les femmes pour qu'elles deviennent mères, il semble bien que **les patientes de la fistule ne reçoivent pratiquement aucun conseil concernant la planification familiale et le VIH/sida**. Selon les prestataires interviewés, le risque pour une femme de contracter le VIH/sida était jugé secondaire par rapport à l'obligation de devenir de nouveau enceinte. De fait, comme il est jugé si important au Mozambique qu'une femme ait beaucoup d'enfants, une campagne de planification familiale visant les hommes y est actuellement menée. Les femmes qui vont au dispensaire de planification familiale passent aujourd'hui pour « avoir plus d'un homme », car autrement elles n'auraient pas besoin de pareils services ; aussi les femmes qui utilisent la planification familiale le font généralement en secret, allant au dispensaire sous prétexte d'une consultation sur la santé d'un bébé. Et c'est probablement parce que les injectables peuvent être utilisés discrètement que ces méthodes sont

le choix le plus répandu.

Comme dans les autres pays, **le système de transport et communication est souvent insuffisant** pour conduire rapidement à un centre de santé la femme qui connaît un accouchement prolongé. Surtout dans le nord du pays où le terrain est montagneux, les brouettes, chars à bœufs et bicyclettes n'ont pas eu de succès. Dans cette même partie du pays, les femmes sont généralement de petite taille et la fistule est plus répandue que dans les districts où les femmes sont plus grandes. Pour ces raisons, en certains endroits, **des foyers d'attente sont créés** afin que les femmes puissent se rapprocher des centres avant de donner naissance. Si la politique normale est de demander aux femmes de venir au bout de huit mois et d'« attendre » un mois, il est rare qu'elles fassent ainsi, car les familles souvent ne veulent pas qu'elles soient absentes si longtemps de leur domicile et elles-mêmes répugnent souvent à quitter leurs enfants si longtemps.

Recommandations et besoins critiques

• **Entretien des foyers d'attente est une partie – non la totalité – de la réponse.**

Comme on l'a noté, la création de foyers d'attente pour les femmes jugées à risque élevé, peut-être à cause d'une fistule antérieure ou pour d'autres raisons, a connu un certain succès. Bien que la notion de « risque élevé » prête à controverse et que la famille ne permette pas toujours que la femme « attende » l'accouchement ailleurs qu'à son propre domicile, les foyers d'attente ont connu un certain succès dans des parties limitées du pays.

• **Créer un système d'incitations pour intéresser les médecins à apprendre comment opérer une fistule et pour entretenir leur motivation.**

Le manque d'intérêt à acquérir les compétences nécessaires aux chirurgiens de la fistule, malgré la formation obligatoire prévue dans le cours des études médicales, a suscité une vive préoccupation. C'est pourquoi divers types d'incitations (certains

membres du personnel médical ont proposé une participation à des conférences internationales sur la santé en matière de reproduction, tous frais payés) doivent être offerts pour susciter et entretenir l'intérêt de prestataires potentiels.

- **Assurer un appui externe à court terme tandis que le Gouvernement continue de reconstituer l'infrastructure des soins de santé.**

Le Mozambique a magnifiquement réussi à restaurer l'infrastructure des soins de santé après la guerre, mais il reste encore beaucoup à faire. Pour que la chirurgie de la fistule « soit vraiment l'affaire des Mozambicains », comme l'a dit un prestataire, le Ministère de la santé doit reprendre à son compte quelque initiative dans ce domaine, grâce au soutien d'un donateur externe pour une durée limitée, par exemple trois ans.

- **Faire campagne pour que le Gouvernement définisse la fistule comme un problème relevant des droits de la personne.**

Pour faire prendre conscience du problème, il est nécessaire de lancer une campagne qui vise les clientes potentielles et les prestataires potentiels

(ainsi que d'autres parties intéressées clefs) au moyen d'un message qui présente une vie sans la fistule comme un problème relevant des droits de la personne. Le Ministère de la santé pourrait jouer un rôle capital dans le lancement d'une telle campagne.

- **Instituer un ou deux centres de formation à la manière d'opérer les cas les plus difficiles.**

Comme le pays est si vaste, il se pourrait qu'un seul centre de formation ne soit pas suffisant pour y aiguiller les patientes de l'ensemble du pays. Ce(s) centre(s) aurai(en)t besoin d'un apport constant : soutien, équipement et matériel. Si l'Hôpital central de Maputo pourrait être le candidat le mieux placé, la distance entre Maputo et d'autres parties du pays suggère qu'il serait nécessaire d'en créer un autre. Les prestataires notent qu'un plan directeur devrait être établi au niveau national, établissant une relation entre les types de centre, d'une part, et les types d'intervention de la fistule qu'ils doivent être capables de pratiquer ; ce processus d'évaluation pourrait aussi conduire à la sélection d'un ou plusieurs centre(s) national/ux.

Fiches récapitulatives sur les visites effectuées au Mozambique

A. Hôpital provincial de Quelimane, Quelimane, visité le 13 août 2002

Dimension : 420 lits; une salle d'opération avec trois pièces; l'aile de maternité compte 60 lits, mais les patientes de la fistule ont été priées de quitter l'aile de maternité (en raison de l'odeur qu'elles dégagent) et sont maintenant abritées dans l'aile de chirurgie.

Personnel médical : 11 médecins; trois techniciens chirurgicaux; 16 infirmières (dans l'aile de maternité seulement ; davantage dans le reste de l'hôpital).

Nombre de clientes : Au moins 200 accouchements par mois, dont 25 à 30 par césarienne. Chaque année, 40 à 50 cas de fistule, mais il y a une liste d'attente. Six cas étaient en attente le jour où l'équipe a visité l'hôpital. Le Dr. Aldo Marchesini se rend aussi dans cinq autres hôpitaux provinciaux pour opérer. Tous ces établissements ont des gynécologues, dont aucun n'a saisi l'occasion d'être formé.

Provenance des clientes : Les clientes viennent de tout le Zambezia; il existe dans le nord un groupe de population connu sous le nom de tribu Lilongwe où les femmes sont généralement de très petite taille et particulièrement exposées à la fistule. En outre, certaines clientes sont envoyées d'autres provinces : Nampula, Niassa et Capo Delgado.

Profil typique des clientes : Elles ont généralement moins de 20 ans, mais certaines femmes sont âgées de 30, 35 ou 40 ans et souffrent d'une fistule depuis une quinzaine d'années. Chez deux seulement des six clientes vues, la fistule était apparue lors du premier accouchement ; les autres avaient de trois à huit enfants.

Processus d'évaluation et de dépistage :

- Un examen manuel permet de déterminer si la femme est atteinte d'une fistule. La position en est « adéquate » dans 70 % des cas environ.
- Pour les 30 % de cas restants, un chirurgien

examine la cliente dans une salle d'opération afin de déterminer l'emplacement et la taille de la fistule, ainsi que son degré de complexité. Certains de ces examens sont effectués sous anesthésie, d'autres non.

- Dépistage de l'anémie.
- S'il le faut, examen des fonctions rénales.
- Comme 85 % de la population sont atteints de bilharziose, une dose unique de praziquantel est administrée à chaque cliente.
- Le temps écoulé depuis l'accouchement est déterminé : ce doit être entre deux et trois mois. Si une femme vient de loin, elle est admise à l'hôpital pour une période d'attente. Si la période d'attente est inférieure à un mois, toute cliente est admise. Dans le cas contraire, le Dr. Marchesini lui donne les fonds nécessaires pour rentrer chez elle et lui dit de revenir une semaine avant la date de l'opération. En règle générale, 35 % des femmes ne reviennent pas. Les autres 65 % reviennent, mais après la date fixée.

Soins postopératoires :

- Les clientes restent ordinairement 14 jours, jusqu'à la sortie du cathéter.
- On leur conseille de revenir à l'hôpital pour une césarienne élective à leurs futurs accouchements, de sorte que le Dr. Marchesini a effectué de nombreuses césariennes sur d'anciennes patientes de la fistule.
- On leur conseille de ne pas avoir de rapports sexuels avant deux mois.
- Aucun conseil spécifique n'est donné concernant la planification familiale ou le VIH. Les prestataires ont le sentiment que ces femmes veulent réellement être enceintes, de sorte que ce n'est pas nécessaire. « Le VIH est un problème secondaire. »

Réadaptation/réinsertion : Aucun programme spécifique; plus de la moitié des femmes sont abandonnées par leur mari. Parfois, l'épouse

atteinte d'une fistule devient la domestique de la nouvelle épouse que prend son mari. Si l'opération réussit, elle peut être reprise comme épouse au même titre que l'autre ou prendre un autre mari.

Ouverture sur l'extérieur : Aucun des programmes ouverts sur l'extérieur ne concerne particulièrement la fistule. Mais cette ouverture existe pour la planification familiale, l'immunisation, etc.

Appui des autorités : Le Ministère de la santé est conscient du problème de la fistule, de même que les autorités provinciales, mais rien de précis n'est actuellement fait, si ce n'est que la fistule est mentionnée dans le contexte de la politique générale de la santé maternelle, en relation tant avec la santé des adolescents en matière de sexualité et de reproduction qu'avec la santé en matière de reproduction de manière générale.

Coût estimatif global par procédure : Non connu, mais les clientes atteintes d'une fistule ne payent pas si elles satisfont à un certain nombre de critères : gratuité des services obstétricaux; gratuité des services pour les femmes de moins de 18 ans et de plus de 60; et gratuité du traitement pour les femmes en provenance d'autres districts.

Ressources :

- Les amis du Dr. Marchesini, en Italie, fournissent du matériel, par exemple pour sutures. Ils ont donné des lampes frontales à deux autres médecins.
- L'hôpital ne reçoit d'appui que du Gouvernement mozambicain.

Obstacles :

- En raison des inégalités sexospécifiques et économiques, les femmes atteintes d'une fistule n'ont ni argent, ni pouvoir de décision, etc., et ne connaissent pas toutes l'existence des services.
- La fistule n'est pas reconnue en tant qu'affection spécifique dans les centres de santé les plus modestes.
- Parfois, la présence d'une fistule est reconnue, mais sans être considérée comme un problème assez important pour justifier l'aiguillage.
- Les problèmes de transport – état du réseau routier, grandes distances à parcourir et

terrain difficile – compliquent beaucoup l'accès des femmes aux services.

- L'espace réservé aux patientes de la fistule est limité, avant comme après l'opération. Le Dr. Marchesini a acheté 14 matelas et 10 nattes pour l'aile de chirurgie afin que les clientes puissent s'étendre sur le sol.
- Un prestataire seulement est en mesure d'opérer, ce qui contribue à allonger la liste d'attente. Il faut mettre en place un dispositif aussi bien que dégager des ressources pour assurer un approvisionnement continu de fournitures et matériel.

B. Hôpital central de Maputo, visité le 14 août 2002

Dimension : 1 200 lits, dont 800 seulement sont utilisés en raison des pénuries de personnel, notamment d'infirmières. Il y a des groupes de plusieurs salles d'opération dans le service de maternité, le département des accidents et le département de chirurgie générale. Ce dernier département a le plus important groupe de salles d'opération, à savoir cinq. Mais l'une des salles n'est pas utilisée, en raison des pénuries de personnel, tandis que les autres accueillent parfois simultanément deux opérations sous rachianesthésie. L'équipe d'urologie recherche le financement nécessaire pour rénover un groupe de salles d'opération et une aile à réserver aux patientes de la fistule. Certains examens physiques sont conduits dans le service de consultations externes du département d'urologie, outre certaines opérations mineures de la prostate et de cas d'hydrocèle.

Personnel médical : L'équipe d'urologie comprend un chirurgien, un urologue, un anesthésiste et un interne OB/GYN.

Nombre de clientes : L'équipe d'urologie fait en moyenne deux interventions par semaine et son temps est déjà entièrement pris jusqu'à la fin de 2002. Un nombre beaucoup plus limité de procédures plus simples, c'est-à-dire une ou deux

par mois, sont conduites dans les salles d'opération du service de maternité. L'équipe d'urologie entend visiter des hôpitaux régionaux pour dispenser une formation en cours d'emploi et mettre en place des équipes modèles de spécialistes de la fistule.

Provenance des clientes : Comme cet hôpital fait fonction de principal centre d'aiguillage et d'enseignement dans le pays, les clientes viennent de tout le Mozambique, bien que les femmes qui habitent près de la frontière du Malawi aillent généralement se faire soigner dans ce pays. Beaucoup des clientes aiguillées vers l'hôpital souffrent de complications qui exigent une chirurgie très complexe et un équipement allant au-delà des fournitures et du matériel de base pour les opérations de la fistule.

Profil typique des clientes : Elles sont généralement jeunes, parfois âgées d'à peine 20 ans, pauvres, et de petite taille. La fistule est ordinairement apparue au premier accouchement. Quelques-unes ont eu d'autres grossesses auparavant et certaines, comme la femme que l'équipe a vue dans la salle d'opération, ont près de 30 ans et ont déjà subi d'autres opérations – infructueuses – de la fistule.

Évaluation et dépistage :

- La plupart des procédures ont lieu trois mois au moins après l'accouchement au cours duquel la fistule est apparue.
- Les interventions sont précédées d'un examen, qui est parfois conduit sous anesthésie préopératoire.
- Les tests de la fonction rénale sont conduits conformément à la prescription, mais le service d'urographie ne fonctionne pas actuellement.
- Une dose de praziquantel est administrée avant l'opération, car la bilharziose est endémique.
- On recourt au cathétérisme urétral pour certains types complexes de fistule.

Soins postopératoires :

- Un cathéter est généralement introduit en permanence dans la vessie des clientes pendant 14 jours. Elles ne sont pas entraînées à rééduquer leur vessie.

- Il est conseillé aux clientes de s'abstenir de rapports sexuels et d'éviter d'introduire dans le vagin des tampons et autres objets, cela pendant trois mois.
- Les clientes sont avisées qu'elles devront nécessairement avoir une césarienne à leur prochaine grossesse.
- Les besoins en matière de planification familiale et le risque de VIH ne sont pas examinés de manière systématique; on estime que ces points relèvent davantage de la responsabilité de l'OB/GYN.

Réadaptation/réinsertion : Aucun programme spécifique ni suivi dans la communauté. La plupart des interventions de la fistule réussissent dès le premier essai, mais certaines ont exigé jusqu'à six essais, et quelques-unes une chirurgie très avancée, par exemple la création d'une nouvelle vessie avec du tissu intestinal, la création d'un nouveau vagin ou une dérivation urétrale. On sait que quelques femmes sont revenues pour des césariennes, mais la plupart reparaissent dans le service de maternité ou dans des hôpitaux périphériques. On ignore avec quel succès les clientes se réinsèrent dans la communauté.

Ouverture sur l'extérieur : Aucune ne se rapporte à la fistule, à l'exception des visites proposées d'une équipe modèle de la fistule dans des localités périphériques.

Appui des autorités : Le Ministère de la santé est informé du problème de la fistule et s'y intéresse, ainsi que tout particulièrement aux problèmes généraux de la maternité sans risque, mais son action est sérieusement limitée par le manque de fonds, non seulement pour l'infrastructure, l'équipement et les matériels, mais aussi pour le versement des salaires et traitements. L'urologue doit utiliser son cystoscope personnel et faire des sutures en vicryl pour les clientes du service public.

Coût estimatif par procédure : Aucune évaluation n'a été faite. Les patientes de la fistule ne paient rien.

Ressources : Le Ministère de la santé soutient l'hôpital. L'urologue utilise souvent pour les clientes son matériel propre.

Obstacles :

- Manque d'équipement et de fournitures. En raison de la complexité du type de chirurgie qu'exigent certains des cas aiguillés, l'hôpital a besoin de deux cystoscopes avec trois lentilles de rechange pour chacun, d'un écarteur autostatique des parois vaginales pour éviter que plusieurs assistants ne soient obligés de placer leurs mains dans le champ opératoire, d'articles non réutilisables tels que des cathéters en vicryl/pour l'urètre et des ligatures Liga-Sure pour contrôler plus facilement l'écoulement du sang durant les opérations complexes.
- Perte par les femmes de leur autonomie économique et sociale du fait de la fistule.
- Pénurie de personnel. Les infirmières sont mal payées, touchant un salaire d'environ 100 dollars É.-U. par mois, et beaucoup sont parties pour prendre des emplois non médicaux mieux rémunérés, par exemple dans les petites entreprises et l'horticulture. Les médecins sont payés environ 300 dollars É.-U. par mois, de sorte que beaucoup d'entre eux ont aussi une clientèle privée.
- Infrastructure médiocre.
- Manque d'intérêt/de motivation fréquent chez les médecins locaux, y compris les OB/GYN, concernant la fistule. Un interne OB/GYN se trouvait dans la salle d'opération en tant que membre de l'équipe chirurgicale. Il a reconnu n'être pas réellement intéressé à ce travail et ne se trouver là, par le jeu du roulement, que pour remplir une condition mise à l'obtention de son diplôme.

Principaux contacts

L'équipe d'évaluation des besoins est profondément reconnaissante aux personnes suivantes de l'assistance qu'elles lui ont apportée pour ce projet :

Bureau de pays de l'UNFPA

Dr. Georges Gorgi, Représentant de pays

Dr. Maria de Luz Vaz, Administratrice nationale affectée aux projets

Dr. Clara Santos, Administratrice nationale affectée aux projets

Ministère de la santé

Dr. Aida Libombo, Vice-Ministre de la santé, Directrice adjointe du Département de la santé communautaire

Dr. Leonardo Chavane, Directeur provincial de la santé, province de Zambézia

Hôpital provincial de Quelimane

Dr. Helena Fernando Mula Chong, Administratrice en chef du service médical

Dr. Aldo Marchesini et le personnel infirmier

Hôpital central de Maputo

Dr. Igor Vaz et le personnel infirmier