

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE
PROGRAMME NATIONAL DE SANTE
DE LA REPRODUCTION
PNSR



Direction Nationale

**STRATEGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES
FISTULES UROGENITALES EN RDC :
2007-2009**

Kinshasa, décembre 2006



REMERCIEMENTS

L'élaboration du document de plan de stratégie de lutte contre les fistules urogénitales par la RD Congo constitue une étape décisive dans la lutte organisée pour l'élimination de cette grave infirmité qui affecte jusqu'à ce jour des milliers de filles et de femmes congolaises.

Son élaboration a nécessité la contribution de plusieurs experts nationaux et la mobilisation des ressources importantes.

A l'issue de ce travail, le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) adresse ses remerciements au Ministère de la Santé pour les facilités matérielles mises à sa disposition.

Il remercie aussi toutes les personnes qui ont contribué à la conception, à l'élaboration et à la rédaction du présent document de stratégie.

Le PNSR n'oublie pas l'UNFPA à qui il adresse ses vifs remerciements pour son appui financier déterminant.

LA DIRECTION

LISTE DES ABREVIATIONS

AS	: Aire de Santé
BCZS	: Bureau Central de la Zone de Santé
CCC	: Communication pour le changement de comportement
CIPD	: Conférence Internationale sur la population et le développement durable
CNLF	: Comité National de lutte contre les fistules urogénitales
CPN	: Consultation Prénatale
CPoN	: Consultation Postnatale
CS	: Centre de Santé
CSR	: Centre de Santé de Référence
DPS	: Division Provinciale de la Santé
DSRP	: Document des stratégies pour la Réduction de la Pauvreté
ELS	: Etat des lieux du secteur de la Santé
FIGO	: Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens
FUG	: Fistule urogénitale
FO	: Fistule obstétricale
FT	: Fistule traumatique
FVV	: Fistule vésicovaginale
HGR	: Hôpital général de référence
INS	: Institut National de la Statistique
MCZ	: Médecin Chef de Zone
MICS	: Multiple Indicators Clusters Survey (Enquête par grappe à Indicateurs multiples)
MIP	: Médecin Inspecteur Provincial
MSR	: Maternité Sans Risque
NV	: Naissance Vivante
ONG	: Organisation non Gouvernementale
PIB	: Produit Intérieur Brut

PF	: Planification Familiale
PEC	: Prise en charge
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PVD	: Pays en voie de développement
RDC	: République Démocratique du Congo
SE	: Suivi et Evaluation
SMI	: Soins maternel et infantile
SOUC	: Soins obstétricaux d'urgences complets
SOU	: Soins obstétricaux d'urgences
SR	: Santé de la Reproduction
TAM	: Technique d'apprentissage des métiers
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la population (United Nations Population Fund)

TABLE DES MATIERES

0	Remerciements	
0	Liste des abréviations	
I.	INTRODUCTION.....	6
II.	GENERALITES SUR LA RDC.....	9
III.	CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	11
III.1.	Etat de santé de la reproduction en RDC	11
III.2.	Revue de la littérature.....	12
III.3.	Informations disponibles sur les FUG en RDC.....	14
III.4.	Campagne internationale de lutte contre les FUG.....	14
IV.	CADRE STRATEGIQUE.....	16
IV.1.	Stratégie de Prévention.....	16
IV.1.1.	Objectifs à court et moyen terme.....	16
IV.1.2.	Objectifs à long terme.....	19
IV.2.	Stratégie de prise en charge.....	19
IV.2.1.	Objectifs à court et moyen terme.....	19
IV.2.2.	Objectifs à long terme.....	20
IV.3.	Stratégie de réinsertion.....	21
IV.3.1.	Objectifs à court terme.....	21
IV.3.2.	Objectifs à long terme.....	22
V.	CONCLUSION.....	23
VI.	REFERENCES.....	24
VII.	ANNEXES.....	27
CADRE LOGIQUE.....		27.
BUDGET DU PLAN D'ACTION TRIENNAL.....		38
CHRONOGRAMME DES ACTIVITES.....		49

I. INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo (RDC) doit faire face aux fistules urogénitales (FUG) qui affectent des milliers des filles et des femmes dispersées sur son immense territoire. Il s'agit de faire face à une maladie caractérisée par une communication anormale entre les voies urinaires et la filière génitale. La femme souffrant de cette pathologie perd de façon involontaire et permanente des urines par le vagin. Il en résulte des conséquences sanitaires et psychologiques graves en ce qui concerne la vie personnelle et sociale de la malade.

Celle-ci est non seulement rejetée par la communauté mais elle est aussi l'objet d'une stigmatisation systématique de la part de la communauté. Ainsi souffre-t-elle dans la solitude et sans aucun espoir de guérison ou de réinsertion sociale. (23)

Deux causes principales expliquent la présence de la fistule chez la femme :

- * la dystocie due à un travail prolongé sans assistance médicale.
- * La violence faite à la femme par l'introduction forcée des divers agents traumatiques dans le vagin et le périnée.(1, 12, 14)

Dans le souci de mieux cerner les tenants et les aboutissants liés à cette pathologie, la RD Congo par le canal du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) a initié avec l'appui de l'UNFPA une enquête sur l'estimation de l'ampleur et des besoins des FUG. (23)

A ce jour les actions entreprises par quelques intervenants dans la prévention, le traitement et la réinsertion des fistuleuses (DOCS / Goma, PANZI/ Bukavu, Maternité Sans Risque./ Kindu) (14) demeurent, limités et peu connus. D'où leur faible impact sur la vie femmes congolaises. Cette situation ne saurait perdurer et mérite des actions énergiques, organisées et systématiques si on veut renverser la tendance, et faire bénéficier aux filles et femmes congolaises les soins appropriés que nécessite leur état, et à d'autres plus nombreuses d'accoucher en toute sécurité ou de vaguer paisiblement à leur activité sans que ne survienne une FUG invalidante.

De manière globale, l'élimination des fistules et la résolution du problème de santé publique bénéficient à toute la nation. La famille, base de la Nation, est mieux protégée et la promotion de tous les membres automatiquement garantie.

Mais les bénéficiaires directs de plan sont constitués par les personnes qui seront touchées par la mise en œuvre des différentes stratégies :

- la femme en âge de procréer qui pourra ainsi accoucher en toute sécurité en bénéficiant de tous les moyens offerts pour lui assurer des soins obstétricaux de qualité,
- la jeune fille sera sensibilisée sur le risque d'une grossesse non désirée ou du mariage précoce ;
- le personnel de service de santé recevra une formation pour la prévention, la PEC ou le traitement chirurgical ;
- les relais communautaires et les leaders qui recevront une formation.

Le plan National de lutte contre les fistules élaboré par le PNSR avec l'appui de l'UNFPA sera mis en œuvre par le Ministère de la Santé qu'en assumera l'entière paternité.

La gestion sera assurée à travers un mécanisme à 3 niveaux :

1. Le niveau d'orientation et de décision,
2. Le niveau des organes décentralisés ;
3. Le niveau de gestion et d'exécution.

- Le niveau d'orientation et de décision

Il est assuré par le Comité National de Lutte contre les FUG (CNLF). En tant que cadre de concertation, cet organe comprendra : Les représentants des ministères (Santé, Condiffa, Droits Humains, Intérieur, Affaires Sociales), les délégués des Bailleurs de fonds, de l'UNFPA, le PNSR, les ONG internationales et nationale de Santé de la Reproduction (SR). Il a pour mandat de donner les orientations nécessaires, d'examiner les plans annuels d'activité, de suivre l'exécution technique et financière.

Il se réunit 3 fois par an sous la présidence du Ministère de la Santé. Le PNSR en assurera le Secrétariat Technique.

- Le niveau des organes décentralisés

Ce niveau représente le CNLF dans les provinces. IL comprend : le Médecin Inspecteur Provincial (MIP), les coordinations provinciales SR, 1 délégué du HGR, les délégués des ONG internationales de SR, les ONG SR locales et l'antenne UNFPA. Il a un rôle consultatif et exécutif. Le MIP en assure la présidence.

- Le niveau de gestion et d'exécution

Il est assuré par le PNSR. Celui - ci coordonne et suit toutes les actions de prévention, des PEC des FUG et de la réinsertion des fistuleuses. En sa qualité de Secrétaire permanent du CNLF, le PNSR détient la responsabilité d'animer les différents organes et de suivre l'exécution physique du Plan.

II. GENERALITES SUR LA RDC

La République Démocratique du Congo (RDC) est un vaste pays en Afrique Centrale. Elle s'étend sur une superficie de 2.345.409.000 km² et partage ses frontières avec 9 pays : l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi, la Tanzanie, la Zambie, l'Angola, la République du Congo, la République Centrafricaine et le Soudan.

Sa population est estimée actuellement selon l'Institut National de la Statistique (INS) à 60 millions d'habitants et atteindra 72.784.000 habitants en 2010. Le rapide accroissement démographique s'accompagne d'une structure de la population extrêmement jeune. Près de 48,1% de la population est âgée de moins de 20 ans tandis que la population âgée de 20 à 59 ans représente environ 37,5%. La répartition par sexe de la population congolaise révèle que les femmes représentent 51% de la population totale (18)

Les indicateurs démographiques selon les rapports de l'Etat des lieux du secteur de la Santé (ELS) (16) et l'enquête MICS2 (18) sont repris dans le tableau 1
Tableau 1 : Les indicateurs démographiques de la RDC.

Indicateur	Valeur
Population totale	60 millions
La densité	24 hab. /km ²
L'espérance de vie	48,9 ans
PIB /hab.	70\$ (DSRP, février 2004)
Taux d'accroissement de la population	3,1%
Enfant moins de 15 ans	48,1%
Population urbaine	31%
Population rurale	69%
Taux de mortalité maternelle	1289/100.000 NV (18)
Taux de mortalité infantile	126‰
Taux d'alphabétisation	88,22%
Taux de prévalence contraceptive	4,6%
Taux d'accouchement assisté	69,70%
CPN	89,1%
Planification familiale	46,5%
CPoN	39,6%
Taux des avortements provoqués	30%
Taux des accouchements non assistés	30,3%

La situation sanitaire est déplorable de façon générale en RDC. Cet état de chose est imputable à des nombreux facteurs parmi lesquels l'accent doit être mis sur :

- une faible accessibilité aux soins de santé de qualité,
- un accès difficile aux médicaments essentiels du fait de l'insuffisance des officines, de la faible capacité des structures de distribution des médicaments et le pouvoir d'achat quasi nul de la population.
- une tendance à l'aggravation du VIH et l'augmentation des personnes vivant avec le VIH/SIDA. (16)

La prévalence de la pandémie à VIH/SIDA en RDC est passée de 4,5% pour les années 1990-1994 à près de 8% pour les années 2000-2003. (6)

Le système de soins de santé en RDC est organisé selon un modèle pyramidal de la manière suivante :

1. Niveau opérationnel (périphérique) : comprend 3 niveaux de structures de santé composé par le poste de santé, le centre de santé (CS), le centre de santé de référence (CSR) et il a comme organe de gestion le bureau central de la zone de santé (BCZS) dirigé par le médecin chef de zone (MCZ). Chaque zone de santé a un hôpital général de référence (HGR). Certaines ZS ont en plus un ou plusieurs CSR,...
2. Niveau intermédiaire : Il applique la politique sanitaire et comprend :
 - * La Division Provinciale de la Santé (DPS) coordonnée par le Médecin Inspecteur Provincial (MIP) avec les coordinations provinciales ;

- * Le District Sanitaire avec le Médecin Coordonnateur de District (MCD),
 - * L'Hôpital Général Provincial
3. Niveau Central est constitué par le Ministère de la Santé. Il conçoit la politique sanitaire du pays et comprend le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général à la Santé, les 13 Directions et les 52 Programmes Spécialisés et on trouve un hôpital universitaire.

Les structures sanitaires sont regroupées en Aires de Santé (AS), qui à leur tour sont regroupées en Zone de Santé dans chaque province. Depuis 2003, la RDC compte 515 ZS. Notons que :

- Une ZS urbaine compte 100.000 habitants
- Une ZS rurale compte 50.000 habitants ;
- Une AS urbaine compte 10.000 habitants ;
- Une AS rurale compte 5.000 habitants. (18)

La situation politico économique de la RDC n'a pas été stable pendant les 10 dernières années. Des guerres à répétition ont secoué le pays aggravant une situation économique et sociale déjà difficile. La guerre a apporté de nouveaux problèmes en SR, il s'agit particulièrement des traumatismes urogénitaux consécutifs à la violence faite à la femme.

III. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1. ETAT DE LA SR EN RDC

L'état de la SR est dramatique comme le montre les indicateurs démographiques repris dans le Tableau 1. Ce fait est en relation avec le faible niveau de la distribution de service de la SR dans les structures sanitaires. Le bas niveau de la SR en RD Congo a de nombreuses conséquences néfastes parmi lesquelles, le taux élevé de la mortalité maternelle et une grande fréquence des FUG. En ce qui concerne le taux de mortalité maternelle. Celui-ci est de 1289/100.000 NV. Il est le plus élevé de l'Afrique où ce taux varie entre 210/100.000 NV pour le Ghana et 810/100.000 NV pour le Burkina Faso (15,16,18), Les principaux facteurs des décès maternels en RD Congo relèvent des 3 retards notamment, le retard dans la décision de recourir aux soins, le retard de rejoindre les structures de soins, le retard de recevoir les soins adéquats au moment opportun.

Parmi les obstacles qui empêchent de réduire significativement la mortalité maternelle en RD Congo en cite:

- L'insuffisance d'engagement national et insuffisance d'appui financier,
- La faible coordination des partenaires et intervenants dans le domaine de SR ;
- La participation inadéquate de l'homme associée au bas statut de la femme dotée d'un faible pouvoir de prise de décision ;

- La pauvreté grandissante, en particulier parmi les femmes ;
- Le manque d'accessibilité, de disponibilité et d'utilisation des soins de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum immédiat ;
- L'accent focalisé sur des interventions inefficaces, tels que l'approche du risque ;
- Un faible système de référence, spécialement lors des urgences obstétricales et néonatales ;
- Le faible développement et gestion des ressources humaines au niveau national, y compris la fuite perpétuelle des cerveaux du personnel qualifié à l'extérieur de la RD Congo, et du secteur public au secteur privé ;
- L'impact négatif de la pandémie du SIDA sur les ressources humaines et financières pour la SMI ;
- L'insuffisance des médicaments, les matériels et l'équipement de PF ;
- La faible implication des communautés dans les activités de SR ;
- Les pratiques et croyances socioculturelles néfastes.

2. REVUE DE LA LITTERATURE

a) Définition et étiologie des FUG

La fistule urogénitale (FUG) est une communication anormale entre d'une part l'uretère, la vessie et l'urètre, et d'autre part l'utérus et le vagin. De nombreuses étiologies sont reconnues aux FUG, mais deux d'entre elles caractérisent cette pathologie en Afrique : l'étiologie obstétricale et l'étiologie traumatique.

Les fistules obstétricales (FO) surviennent à la suite des dystocies caractérisées par un travail prolongé sans assistance médicale.

Les fistules traumatiques (FT) sont consécutives aux agressions sexuelles avec introduction forcée d'un corps étranger (arme, bâton,..) dans les voies génitales de la femme. Ce dernier type de fistule est observé dans le contexte de guerre, surtout au cours de deux dernières décennies. (1, 23, 24, , 26,28)

b) Profil des femmes atteintes de FUG

Ces femmes porteuses de FO sont plus souvent jeunes âgées en moyenne 15 à 20 ans. Elles sont analphabètes et ont un bas niveau socio économique. Elles sont primipares et de petite taille (<150 cm). La fistule dans ce cas fait suite à une dystocie sans assistance médicale ou une prise en charge (PEC) par un personnel peu ou non qualifié et le fœtus est généralement mort.

La patiente porteuse d'une FT est plutôt un peu plus âgée : en moyenne 30 ans, bien que des cas survenus chez les personnes plus jeunes aient été rapportés. La victime est généralement multipare. (20, 23, 26)

c) Les complications

Les complications de gravité variable caractérisent l'évolution d'une FUG non traitée quelque en soit l'étiologie. On peut les regrouper en 2 classes :

- Les complications organiques,
- Les complications psychologiques.

Les complications organiques. Elles sont génitales et extra génitales. On note parmi les complications extra génitales, des anomalies osteoarticulaires comme le pied tombant et l'irritation de la peau par les urines.

On note dans les complications génitales, les infections urinaires fréquentes, la lithiase des voies urinaires, les aménorrhées...

Il faut relever que les lésions de la fistule sont souvent complexes. Plus de la moitié de patientes porteuse de fistule vésicovaginale (FVV), présente une destruction importante du vagin, de la vessie et de l'urètre associée ou non à une destruction du rectum

Les complications psychologiques. La majorité des femmes porteuses des FUG sont dépressives.

En cas de fistule d'origine traumatique, on note particulièrement un syndrome de stress post traumatique caractérisé par : un sentiment intense de terreur, une perte de mémoire, un flash-back quotidien de l'agression.

d) Les facteurs favorisants

L'apparition de la FUG est favorisée par :

- le manque de structures de santé capables de délivrer des soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) en particulier la césarienne,
- le faible taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié ;
- les mariages et les grossesses précoces ;
- la malnutrition, qui entraîne un retard de croissance, le rachitisme, l'ostéomalacie ;
- le manque d'éducation moderne ;
- la pauvreté, l'enclavement.

L'apparition de FT est directement liée au contexte de guerre.(1, 20, 23,26)

e) Les conséquences sociales

Vis-à-vis de la communauté, l'état de malpropreté (odeur, urine, selle etc.) et les autres problèmes que pose la maladie conduisent à l'isolement de la fistuleuse par la société toute entière. Il s'agit d'une exclusion par les bien portants, mais aussi d'une auto exclusion : la fistuleuse s'isole d'elle-même pour cacher sa maladie. Les fistuleuses seraient donc condamnées à vivre dans la solitude toute leur vie.

Cette malpropreté est la dysharmonie de rapports sexuels entraînent la fuite du conjoint, donc l'abandon de la fistuleuse par son mari ou le divorce.

f) Le traitement

De nombreuses techniques de traitement sont décrites. Elles sont plus au moins complexes. La simple pose d'une sonde urinaire à demeure a été proposée à un stade précoce de la maladie. Ce procédé n'est concevable que pour des fistules de très petites tailles (moins de 1 cm). Dans la pratique, le traitement est chirurgical. Il nécessite une maîtrise de la technique opératoire. Les chirurgiens qui s'engagent dans la réparation des FUG est un spécialiste formé et entraîné.(7, 9,14, 20)

3. INFORMATIONS DISPONIBLES SUR LES FUG EN RDC

Les informations sur les FUG en RDC proviennent d'une enquête nationale menée par le PNSR avec l'appui de l'UNFPA, Elle complète les données issues de certains hôpitaux ().

En résumé, le nombre des fistuleuses a été estimé à 3.775 dans les 6 provinces qui ont fait l'objet de l'enquête sur l'estimation de l'ampleur et des besoins des FUG en RD Congo (23). L'étiologie obstétricale est prédominante avec 69,3%. L'enquête fait apparaître un type particulier des fistules que sont les fistules post traumatique par violence sexuelle faite à la femme dont la fréquence est de 16%. Les fistules traumatiques (F.T) n'ont été observées que dans les provinces de l'Est, et n'ont jamais été rapportées dans les statistiques hospitalières.

La PEC de ces fistules est difficile en raison de la carence extrême en matériel et équipement médicaux et la rareté du personnel médical qualifié.

L'enquête a relevé 43% des guérisons, la majorité des patientes sont abandonnées à leur triste sort.

Les conséquences sanitaires et socio-économiques des femmes ainsi abandonnées sont désastreuses : état de malpropreté permanente et ses méfaits sur l'organisme, aggravation de la pauvreté, exclusion par la société.

Les facteurs à l'origine des FUG ont été identifiés en RD Congo. Parmi ces facteurs on note la faible scolarisation encore importante qui soustrait les femmes à l'information et les soumettent aux pratiques coutumières néfastes. L'élimination de ces facteurs implique une réforme de la politique sanitaire du pays, mais aussi au statut de la femme, de la politique intérieure et extérieure pour prévenir les conflits armés et la mobilisation par l'Etat d'importants moyens financiers.(14, 20, 23)

4. CAMPAGNE INTERNATIONALE DE LUTTE CONTRE LES FUG

1. Genèse

La campagne internationale de lutte contre les FUG a été déclenchée en 2001 à la suite d'une réunion des experts de l'UNFPA, de la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO) et de l'Université de Columbia tenue à Londres.

Depuis, d'autres conférences internationales se sont tenues :

- En 2002 à Addis Abeba,
- En 2003 à Dakar ;
- En 2004 à Accra...

L'objectif initial de cette campagne était de stimuler la prise de conscience et de proposer des stratégies et des actions pour prévenir et traiter les FO.

Ultérieurement, les experts internationaux ont cherché à stimuler la collaboration internationale, ces efforts ont abouti au lancement par l'UNFPA de la campagne d' « Elimination de la fistule ». Plusieurs pays participent à cette campagne et ont élaboré les stratégies nationales. (6, 7, 13, 20, 21,36)

2. Méthodologie

Pour mener à bien cette campagne, une méthodologie en 3 points a été proposée :

- L'analyse de la situation
 - La planification
 - La mise en œuvre
- L'analyse de la situation

L'analyse de la situation permet de faire l'état de lieux en particulier, de déterminer des besoins en ressources humaines, en matérielles et en infrastructures.

- La planification

Au cours de la planification, les Etats élaborent une stratégie nationale de prévention et de traitement des FUG qui vise à sensibiliser les parties prenantes sur la gravité des FUG, les complications et effets dévastateurs sur des femmes souvent jeunes. Afin de minimiser le risque de dispersion et d'assurer une coordination efficace des interventions des partenaires dans une dynamique de complémentarité, un réseau national de lutte contre la FUG doit être constitué au niveau de chaque pays.

- La mise en œuvre

A l'étape de la mise en œuvre, le pays se lance dans une approche globale de sensibilisation et de plaidoyer afin d'augmenter l'accessibilité et la qualité de services de SR, non seulement le traitement, mais aussi la prévention et la réinsertion sociale des femmes dans leurs milieux.

Dans la prévention l'accent est mis sur la sensibilisation sociale et le plaidoyer en matière des mariages et des maternités précoces et la disponibilité de services de soins obstétricaux de qualité, l'assistance aux accouchements par un personnel qualifié, la prise en charge des urgences obstétricales, la planification familiale.

Le traitement consiste en la réparation des FUG par un praticien qualifié ; ce qui implique la formation des praticiens et la création des structures des soins appropriés.

La réinsertion doit concerner toutes les femmes opérées, afin d'améliorer leur qualité de vie à travers des activités génératrices de revenus. Dès le début du traitement, les femmes doivent être prises en charge psychologiquement et socialement. Une éducation sanitaire, en particulier sur la reprise des activités sexuelles et de la reproduction, doit leur être offerte.

IV. CADRE STRATEGIQUE.

Les FUG se caractérisent en RD Congo, à la lumière d'une enquête récente (23), par deux étiologies prédominantes : les dystocies, à l'origine des fistules obstétricales (FO) et les traumatismes urogénitaux dus à la violence faite à la femme qui déterminent les fistules traumatiques (FT). Les nombreux facteurs qui favorisent les FUG, quasi-ubiquitaires dans les pays en voie de développement (PVD), sont présents en RD Congo. L'éloignement des structures de santé dans un vaste territoire, la pénurie de matériel, la carence en personnel soignant qualifié, la pauvreté des femmes, et l'analphabétisme aggravé par les pesanteurs culturelles...sont directement liés aux FUG et habituels en temps de paix. Le contexte de conflit armé introduit les FT et aggrave les facteurs habituels à l'origine des FUG. La thérapeutique des FUG, difficile, nécessite de la part des équipes soignantes une formation spécifique.

Les mesures de prévention sont connues ; parmi elles, on doit souligner l'élargissement de l'accès aux services de planification familiale et aux soins obstétricaux. De même, les diverses modalités thérapeutiques sont connues : c'est une chirurgie spéciale. Cependant, la grande difficulté reste la mise en pratique de ces mesures préventives et thérapeutiques.

Pour éliminer les FUG, il est impératif de procéder en trois étapes :

- Une première étape serait celle de la recherche, car la maladie doit être bien connue, des études épidémiologiques, des études psychosociales et des recherches opérationnelles devraient être faites ; ces études aideraient à l'élaboration d'une politique nationale de SR intégrant la stratégie de lutte contre les FUG
- Une deuxième étape serait la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre les FUG.
- Une troisième étape serait celle du suivi évaluation bâtie sur une série de d'indicateurs de résultats prédéfinis.

Un aspect particulier est celui de la volonté politique. La RD Congo a adhéré aux résolutions de diverses conférences incluant la SR, y compris les FUG à savoir : la conférence régionale sur la Maternité Sans Risque (MSR) pour l'Afrique francophone au Sud du Sahara à Nairobi en 1987, et celle de Niamey en 1989 (4), la conférence internationale sur la population et le développement durable (CIPD) au Caire en 1994.

Malgré cela, l'Etat n'a arrêté aucune stratégie de lutte contre les FUG au cours des 15 dernières années. Les raisons de cette attitude seraient nombreuses : entre autres, l'instabilité politique, les multiples conflits armés, l'absence d'indicateurs épidémiologiques, la longue rupture des diverses coopérations...Cependant en 2005, la RD Congo, s'est engagée avec l'UNFPA, dans une campagne d'élimination des FUG et a mis en place un Comité de pilotage. L'espoir d'une stabilisation politique du pays justifie donc actuellement l'élaboration d'une stratégie de lutte contre les FUG (30, 31, 36)

Pour des raisons d'ordre pratique, la stratégie, proposée, est développée en 3 parties, avec dans chaque partie des actions à court, moyen et long terme. Il s'agit des stratégies de prévention, de prise charge, et réinsertion.

I. STRATEGIE DE PREVENTION

I.1 .OBJECTIFS A COURT ET MOYEN TERME

I.1.1. OBJECTIF 1 : Mettre en place un partenariat entre l'Etat et tous les intervenants afin de mettre en œuvre la stratégie et l'évaluer.

ACTIONS

1. Créer un organe chargé de lutte contre les FUG qui comprendra le PNSR, les partenaires, les bailleurs de fonds et les autres intervenants,
2. Sensibiliser les décideurs sur la gravité des FUG ;
3. Renforcer la collaboration intersectorielle ;
4. Intégrer la composante FUG dans le plan stratégique du PNSR ;
5. Faire le plaidoyer auprès des institutions étatiques et non étatiques ;
6. Organiser des sessions de sensibilisation et d'éducation aux normes et principes relatifs aux droits de la femme ;
7. Positionner la lutte contre les fistules dans l'agenda des acteurs politiques, religieux et les ONG ;
8. Plaidoyer en faveur de la lutte contre les violences sexuelles

I .1.2. OBJECTIF 2 : Renforcer les efforts de prévention au niveau de service de santé et au niveau de la communauté.

ACTIONS

1. Elaborer le plan et le support de communication de lutte contre les FUG,
2. Améliorer le système de référence vers les services de SR délivrant des soins obstétricaux d'urgence ;
3. Prendre des mesures adéquates afin de faciliter l'accès des femmes aux soins obstétricaux de qualité ;
4. Former le personnel local à la prévention des FUG ;

5. Sensibiliser la communauté sur les conséquences néfastes du mariage et de la grossesse précoces ;
6. Sensibiliser la communauté sur l'utilisation adéquate de service SR ;
7. Former/ recycler les prestataires en CPN de qualité ;
8. Accroître l'accès aux services de PF ;
9. Rendre systématique l'utilisation du partogramme afin de référer à temps les femmes avec travail prolongé vers une structure capable de faire une césarienne ;
10. Sensibiliser les femmes, les conjoints et la communauté en général à la nécessité de faire suivre sa grossesse et d'accoucher dans les structures de santé ;
11. Sensibiliser la communauté pour la promotion de la culture de la paix et le règlement pacifique des conflits ;
12. Former le personnel communautaire à la prévention et à la gestion des FUG ;
13. Améliorer les CPN et profiter de celles-ci pour sensibiliser et orienter toutes les femmes en particulier celles du milieu rural à accoucher dans les structures de santé ;
14. Améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgences en particulier les SOUB ;
15. Sensibiliser la population sur le fait que la FO existe, qu'elle peut être évitée et qu'en cas d'installation, elle peut être soignée ;
16. Sensibiliser la population aux respects des droits de la femme

I.1.3. OBJECTIF 3 : Mettre en place un système de Suivi et Evaluation de la mise en œuvre des activités de prévention des FUG.

ACTIONS

1. Déterminer les indicateurs de S/E
2. Elaborer les outils de collecte des données ;
3. Déterminer les modalités de S/E

I.1.4. OBJECTIF 4 : Organiser des recherches opérationnelles sur les aspects des FUG.

ACTIONS

1. Déterminer les thèmes de la recherche ;
2. Organiser les enquêtes.

I.2. OBJECTIFS A LONG TERME

I.2.1. OBJECTIF 1: Renforcer les capacités des services de santé et de la communauté en vue d'une meilleure prévention.

ACTIONS

1. Doter les services de santé des moyens de communication (transport) afin de faciliter l'accès aux structures de soins,
2. Former le personnel local à la prévention des FUG ;
3. Organiser des recherches opérationnelles sur les différents aspects concernant les FUG ;
4. Promouvoir la scolarisation des jeunes filles ;
5. Mettre en place des mécanismes de lutte contre la pauvreté des filles en milieu rural et en milieu urbain défavorisé.

II. STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE

II.1. OBJECTIFS A COURT ET MOYEN TERME

II.1.1. OBJECTIF 1: Mettre en place un partenariat entre l'Etat et tous les intervenants afin de mettre en œuvre la stratégie et l'évaluer.

ACTIONS

1. Créer un Comité de PEC des FUG comprenant les Urologues, les Chirurgiens, les Gynécologues Obstétriciens entraîner et former,
2. Faire le plaidoyer auprès des institutions étatiques et non étatiques ;
3. Créer 2 centres de formation des équipes soignantes à l'Est et au Centre du pays ;

II.1.2. OBJECTIF 2 : Renforcer les capacités de PEC des services de santé et au niveau de la communauté.

ACTIONS

1. Former et/ ou recycler les spécialistes en technique de réparation des FUG,
2. Former le personnel local, médical ou paramédical à la PEC spécifique des FUG ;
3. Elaborer les modules de formations de spécialiste et du personnel local ;
4. Réhabiliter les infrastructures des formations sanitaires ciblées pour la PEC des FUG ;
5. Créer 3 centres de PEC à l'Est, à l'Ouest et au Centre du pays ;
6. Assurer les soins appropriés aux fistuleuses ;

7. Mettre en place un mécanisme de suivi psychosocial des femmes pendant et après le traitement ;
8. Elaborer un programme de formation des encadreurs psychosociaux sur la PEC psychosocial des fistuleuses
9. Elaborer les modules de prise en charge
10. Elaborer les modules des relais communautaires (CCC).

II.1.3 : OBJECTIF 3 : Mettre en place un système de Suivi et Evaluation de la mise en œuvre des activités des PEC des FUG.

ACTIONS

1. Déterminer les indicateurs de S/E
2. Elaborer/ actualiser les outils de collecte des données ;
3. Déterminer les modalités de S/E ;
4. Assurer le suivi et l'évaluation des activités
5. Elaborer/actualiser les outils de gestion.

II.1.4. OBJECTIF 4 : Organiser des recherches opérationnelles sur les aspects des FUG.

ACTIONS

1. Déterminer les thèmes de la recherche ;
2. Organiser les enquêtes.

II.2. OBJECTIFS A LONG TERME

II.2.1 OBJECTIF 1 : Etendre les services de PEC des FUG sur l'ensemble du territoire national

ACTIONS

1. Créer un Centre de PEC des FUG dans chaque chef lieu de province,
2. Doter chaque province d'un Centre de formation en technique d'apprentissage de métiers pour la réinsertion ;
3. Equiper ces centres
4. Approvisionner ces centres en intrants et en médicaments essentiels ;
5. Réhabiliter les centres existants ;
6. Former le personnel médical et paramédical des HGR, CSR/maternités à la PEC des FUG ;
7. Equiper toutes les unités de traitements des HGR, CSR/maternités

8. Mettre en place un mécanisme de solidarité communautaire pour la prise en charge de FUG ;
9. Mettre en place un mécanisme de PEC gratuite des femmes atteintes des FUG au niveau des hôpitaux qui en assurent les soins.

III. STRATEGIE DE REINSERTION

III.1. OBJECTIF A COURT ET MOYEN TERME

III.1.1. OBJECTIF 1 : Mettre en place un partenariat entre l'Etat et tous les intervenants afin de mettre en œuvre la stratégie et l'évaluer.

ACTIONS

1. Créer un Comité National de Réinsertion des lutttes contre les FUG
2. Faire un état de lieux des conditions de réinsertion des femmes porteuses des fistules dans la communauté ;
3. Mettre en place un mécanisme de plaidoyer pour le financement des activités génératrices des revenus

III.1.2. OBJECTIF 2 : Renforcer les efforts de PEC au niveau de la communauté.

ACTIONS

1. Renforcer les efforts de la réinsertion au niveau de la communauté,
2. Sensibiliser la communauté sur l'importance de la non acceptation des femmes porteuses de fistule ;
3. Créer des activités génératrices de revenus ;
4. Assurer le suivi des femmes traitées pour fistule dans la communauté.
5. Elaborer des programmes de formation professionnelle en faveur des femmes traitées guéries ou non ;
6. Assurer une formation professionnelle aux femmes traitées guéries ou non et qui n'ont pas des qualifications ;
7. Assurer un appui technique, logistique et managérial aux organisations socio-économiques des femmes existantes et aux femmes traitées guéries ou non ;
8. Mettre en place un mécanisme de solidarité communautaire pour la PEC de la réinsertion ;

III.1.3 : OBJECTIF 3 : Mettre en place un système de Suivi et Evaluation de la mise en œuvre des activités des réinsertions des FUG.

ACTIONS

1. Déterminer les indicateurs de S/E
2. Elaborer/ actualiser les outils de collecte des données ;
3. Déterminer les modalités de S/E ;
4. Assurer le suivi et l'évaluation des activités
5. Elaborer/actualiser les outils de gestion.

III.1.4. OBJECTIF 4 : Organiser des recherches opérationnelles sur les aspects des FUG.

ACTIONS

1. Déterminer les thèmes de la recherche ;
2. Organiser les enquêtes.

III.3.2 OBJECTIF A LONG TERME

III.3.2.1. OBJECTIF 1: Etendre les activités de réinsertions dans les 11 provinces de la RD Congo.

ACTIONS

1. Doter chaque province d'un Centre de formation en technique d'apprentissage de métiers (TAM),
2. Doter chaque province d'une équipe de formateurs en TAM ;
3. Mettre en place un mécanisme de solidarité communautaire pour la prise en charge de la réinsertion des femmes traitées.

V. CONCLUSION

Le présent document de stratégie nationale de lutte contre les FUG constitue une étape cruciale dans la campagne organisée pour l'élimination des FUG, cette grave infirmité qui frappe un nombre sans cesse croissant des filles et des femmes congolaises tout simplement pour avoir voulu donner naissance à un enfant.

Il traduit avant tout la volonté et l'engagement du gouvernement de la RD Congo de vaincre cette pathologie et permettre par la même occasion aux milliers des congolaises d'accoucher ou de mener leur vie en toute sécurité sans que ne survienne pour une cause ou une autre, une fistule invalidante et traumatisante. En facilitant la mobilisation des ressources dans le cadre du partenariat et la mobilisation de la population pour des actions énergiques et continues en faveur de la santé des femmes ce document est un outil indispensable pour la valorisation des objectifs poursuivis. Ainsi pourra -t-on assurer aux fistuleuses identifiées les soins médicaux et socio psychologiques que nécessitent leur état. Cet engagement politique ne se limitera pas aux bonnes intentions mais se traduira aussi par des actions concrètes telle que l'augmentation du budget alloué au Ministère de la Santé qui est actuellement de l'ordre de 7%.(16, 17)

La RD Congo pourra à terme compter sur ses nombreux atouts parmi lesquels les nombreux médecins formés : médecins généralistes, gynécologues obstétriciens, urologues entraîner dans la réparation des fistules et d'autres prestataires disséminés dans le pays. Le pays devra aussi compter sur l'appui des partenaires multilatéraux et bilatéraux parmi lequel l'UNFPA qui a lancé depuis 2002 la campagne contre l'élimination des fistules et pourra bénéficier de son expérience dans ce domaine. La FUG peut être vaincue comme elle l'a été dans les pays de l'Europe et de l'Amérique du Nord.

VI. REFERENCES

1. Amnesty International. RD Congo. Violence sexuelle : un urgent besoin de réponse adéquate. Index AI : AFR OZ/018/2004
2. Andrew Browning. Obstetric fistula in Ilorin, Nigeria. Plos Medecine, 2004
3. Camara A. Processes of Partnership building in the Campaign against fistula the Uganda experience
4. Conférence régionale sur la Maternité Sans Risque pour l'Afrique francophone au sud du Sahara, Niamey, République du Niger 30 janvier au 03 février 1989.
5. Conférence Régionale sur la Maternité Sans Risque pour le pays francophone tenue à Nairobi en 1987
6. Document de la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en RD Congo
7. Document de la stratégie nationale de lutte contre les fistules vesico-vaginales au Tchad.
8. Enquête Démographique et de Santé : Mauritanie 2000-2001, ONS, ORC Macro.
9. Falandry L. La fistule vesico-vaginale en Afrique 230 observations. La presse Médicale 1992, 21: 241-245,
10. FNUAP. 3^{ème} Rencontre Internationale sur la problématique des Fistules Obstétricales à Niamey. Du 18 au 22 avril 2005
11. FNUAP. RAPPORT DE MISSION. Réunion Régionale sur les Fistules Obstétricales ; Division Afrique. 29 juin -3 juillet
12. Human Right Watch. The war within the war: sexual violence against woman and girls in eastern Congo June 2002, 128p
<[http://www.hrw.org/reports/2002/drc/congo0602 .pdf](http://www.hrw.org/reports/2002/drc/congo0602.pdf)> accessed sept 28, 2004.
13. Koyalta M. Document de la Stratégie Nationale de lutte contre les fistules vésicovaginales au TCHAD
14. Manga O, Choma N, Kawayo Y. La violence sexuelle dans la ville de Kindu et ses environs. Congo médical. 2004,3, 1451-1454.
15. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (Mauritanie) Stratégie Nationale de lutte contre les fistules obstétricales : 2005- 2015. Nouakchott, février 2005
16. Ministère de la Santé, Etat des lieux du secteur de la Santé (ELS), Kinshasa, RDC, 239 Pge, 1998
17. Ministère de la Santé. Politique nationale et plan directeur de développement de la Santé de la reproduction. 1998,
18. Ministère du plan et de la reconstruction, enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes, MICS2, 2001, Kinshasa,RDC, 234 P.
19. MSAS/PNSR. Plan Stratégique 2003-2007, mai 2003.

20. National strategic frame work and plan for VVF eradication in Nigeria.
21. Nguembi E, SEPOU A, YANZA MC, et al, la fistule obstétricale, pathologie négligée : à propos de 62 cas observés à Bangui (Centrafricaine), *Méd. Afrique Noire* 2005, 52, 593-597
22. Ould El Joud Dahada, Bouvier-Colle M-H. Dystocia a study of its frequency and risk factors in seven cities of West Africa, 74(2) 171-178, *Int J Gynecol Obstet*, 2001.
23. PNSR. Rapport de l'enquête sur l'estimation de l'ampleur et des besoins sur les FUG en RD Congo
24. Projet ACQUIRE / Enger Health, *Fistule gynécologique traumatique : une conséquence de violence sexuelle dans les situations de conflit*. www.acquireproject.org 2005
25. Projet national de réduction de la fistule obstétricale au Mali, janvier 2004.
26. Punga-Maole M.L.A. *Mémoire en chirurgie générale*. Unikin, 1983
27. Sankaré I. Socio-economic interventions for women with fistula in the Mopti Region, NGO Delta Jurne Accra 29 July 2004
28. Tozin R. *Fistules urogénitales. Mémoire. Gynéco Obstétrique*. Université de Kinshasa. 1974
29. UNFPA. Foling advocacy relative to the prevention of obstetric fistula. Experience of the UNFPA Benin office
30. UNFPA. Rapport de la deuxième réunion de travail pour la prévention et le traitement de la FO, Adis Ababa 2002.
31. UNFPA. Report of the Africa Regional Fistula Meeting, Accra, Ghana, 29 June - 1st July 2004.
32. UNFPA. Résultats de l'enquête sur les soins obstétricaux d'urgence en Mauritanie, 2004.
33. UNFPA. The second meeting of the working group for the prevention and treatment of obstetric fistula, Addis Ababa, 30 October - 1 November, 2002.
34. UNFPA/MSAS. Analyse de la situation des fistules obstétricales en Mauritanie, juin 2004.
35. Vangeenderhuysen C. Prual A. Ould El Joud D. Obstetric fistulae: incidence estimates for sub Saharan Africa. *Int J Obstet & Gynecol*, 73 (2001) 65-66.
36. Waaldijk. Management of the obstetric fistula. UNFPA meeting, Accra 29 July 2004
37. WWW.ENDFISTULA.ORG

VII. ANNEXES

CADRE LOGIQUE

STRATEGIE/OBJECTIF	ACTIVITES	INDICATEURS	MOYENS DE VERIFICATIONS	HYPOTHESES ET RISQUES	OBSERVATIONS
1. Prévention : OBJECTIF I : Mettre en place un partenariat entre l'Etat et tous les intervenants afin de mettre en œuvre la stratégie et l'évaluer	1. Organiser une réunion d'installation du Comité National de lutte contre les FUG	Existence du Comité National	P.V de la réunion	Les membres désignés sont disponibles	
	2. Organiser les réunions trimestrielles de concertation avec les partenaires et les intervenants	Proportion des réunions organisées	P.V des réunions	Engagement des partenaires	
	3. Sensibiliser les décideurs sur la gravité des FUG et FT	Nombre des décideurs sensibilisés	Rapport d'activité		
	4. Organiser un atelier d'intégration de la composante FUG dans le plan stratégique du PNSR	Existence du plan stratégique du PNSR intégrant les FUG	Rapport d'atelier		
	5. Organiser les réunions de plaidoyer auprès des institutions étatiques et non étatiques en faveur des violences sexuelles	Nombre des réunions de plaidoyer organisées	P.V. des réunions		
	6. Sensibiliser la communauté sur les conséquences néfastes du mariage et de la grossesse	Nombre de séance de sensibilisation	Rapport d'activités		

STRATEGIE/OBJECTIF	ACTIVITES	INDICATEURS	MOYENS DE VERIFICATIONS	HYPOTHESES ET RISQUES	OBSERVATIONS
	précoces				
	7. Sensibiliser la communauté pour la promotion de la culture de la paix et le règlement pacifique des conflits	Nombre de séances de sensibilisation	Rapport d'activités		
	8. Organiser des sessions de sensibilisation et d'éducation aux normes et principes relatifs aux droits de la femme	Nombre de sessions de sensibilisation	Rapport d'activités		
	9. Positionner la lutte contre la fistule dans l'agenda des acteurs politiques, religieux et les ONGs	Proportion des acteurs politiques impliqués dans la lutte	Rapport d'activités	Engagement effectif des acteurs politiques	
	10. Organiser un atelier à Kinshasa pour sensibiliser les MIP et les MCP sur la stratégie nationale de lutte contre les FUG	Nombre d'atelier de sensibilisation	Rapport d'atelier		
OBJECTIF II : Renforcer les efforts de prévention au niveau des services de santé et de la communauté	1. Organiser un atelier d'élaboration du plan de communication de lutte contre les FUG	Existence du plan de communication	Rapport d'atelier		

STRATEGIE/OBJECTIF	ACTIVITES	INDICATEURS	MOYENS DE VERIFICATIONS	HYPOTHESES ET RISQUES	OBSERVATIONS
	2. Mettre en place un mécanisme de facilitation de transport des fistuleuses vers les centres de référence (PEC)	Existence d'un mécanisme de facilitation	Rapport d'activités		
	3. Sensibiliser la communauté sur l'utilisation adéquate des services de SR et le caractère curable des FUG	Nombre de séances de sensibilisation	Rapport d'activités		
	4. Former/recycler les prestataires sur la CPN recentrée	Nombre des prestataires formés/recyclés	Rapport de séminaire de formation		
	5. Former/recycler les prestataires sur l'utilisation correcte du partogramme	Nombre des prestataires formés/recyclés	Rapport de séminaire de formation		
	6. Former les relais communautaires et les leaders d'opinions en CCC	Nombre des relais communautaires formés	Rapport de séminaire de formation		
	7. Organiser un atelier d'élaboration des modules de formations des prestataires et des relais communautaires sur la prévention des FUG	Existence des modules de formation des prestataires et des relais communautaires	Rapport d'atelier		
	8. Former les prestataires en PF	Nombre des prestataires	Rapport de séminaire de		

STRATEGIE/OBJECTIF	ACTIVITES	INDICATEURS	MOYENS DE VERIFICATIONS	HYPOTHESES ET RISQUES	OBSERVATIONS
		formés	formation		
	* Sensibiliser la communauté à recourir aux services de PF	Nombre de séances de sensibilisation	Rapport d'activité		
	9. Sensibiliser les femmes, les conjoints et la communauté en général à la nécessité de suivre sa grossesse et d'accoucher dans les structures de soins	Nombre de séances de sensibilisation	Rapport d'activité		
	10. Sensibiliser la communauté pour la promotion de la culture de la paix et le règlement pacifique des conflits	Nombre de séances de sensibilisation	Rapport d'activité		
	11. Sensibiliser les femmes à l'utilisation correcte de la CPN et des orienter d'accoucher dans les structures de santé	Nombre de séances de sensibilisation	Rapport d'activité		
	12. Former le personnel communautaire à la prévention et à la gestion des FUG	Nombre de personnels communautaires formés	Rapport de séminaire de formation		
	13. Améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgences en particulier les SOUB	Nombre de femme admis aux SOUB	Rapport d'activité		

STRATEGIE/OBJECTIF	ACTIVITES	INDICATEURS	MOYENS DE VERIFICATIONS	HYPOTHESES ET RISQUES	OBSERVATIONS
	14. Sensibiliser la population sur les FUG existe, elle peut être évitée et en cas d'installation, elle peut être soignée	Nombre de séances de sensibilisation	Rapport d'activité		
	15. Sensibiliser la population aux respects de droits de la femme	Nombre de séances de sensibilisation	Rapport d'activité		
	16. Améliorer le système de référence vers les services de SR délivrant les SOU	Nombre de système de référence amélioré	Rapport d'activité		
OBJECTIF III : Mettre en place un système de suivi/évaluation de la mise en œuvre des activités des préventions des FUG	1. Organiser un atelier d'élaboration des indicateurs et outils de suivi et d'évaluation	Existence de liste des indicateurs et des outils de suivi et d'évaluation	Rapport d'atelier		
	2. Reproduire et distribuer les outils des collectes de données	Outils de collecté des données disponibles dans les structures	Bon de réception des outils de collecte des données		
	3. Doter le CNLF en matériels informatiques	Matériels informatiques disponibles	Bon de réception des outils de collecte des données		