

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE

PROGRAMME NATIONAL DE SANTE
DE LA REPRODUCTION
PNSR



**RAPPORT SUR L'ESTIMATION DE L'AMPLEUR ET DES BESOINS
SUR LES FISTULES UROGENITALES EN RDC**

Kinshasa, Septembre 2005

TABLE DES MATIERES

1. Table de matière.....	2
2. Abréviations	4
3. Avant -propos	5
4. Remerciements	6
I. INTRODUCTION.....	7
I.1. Contexte et justification.....	8
I.2. Objectifs de l'enquête	11
I.2.1. But de l'enquête.....	11
I.2.2. Objectif général.....	11
I.2.3. Objectifs spécifiques.....	11
II. METHODOLOGIE.....	11
II.1. Type d'étude.....	11
II.2. Population de l'étude.....	12
II.2.1. Echantillonnage.....	12
II.2.2. Procédure de l'enquête.....	13
II.2.3. Technique de collecte des données.....	14
II.2.4. Critères d'inclusion.....	14
II.2.4.1. Critères d'exclusion.....	14
II.2.4.2. Ethique.....	14
II.3. Traitement des données.....	14
II.3.1. Difficultés rencontrées.....	14
III. RESULTATS.....	15
III.1. Ampleur.....	15
III.2. Caractéristiques socio-démographiques.....	15
III.2.1. Age de la fistuleuse.....	15
III.2.2. Age moyen aux premières règles, premiers rapports sexuels et mariages.....	15
III.2.3. Age moyen à la première grossesse.....	15
III.2.4. Occupation de la fistuleuse et de son conjoint.....	16
III.2.5. Niveau d'instruction de la fistuleuse.....	16
III.2.6. Situation matrimoniale.....	16
III.3. SANTE GENESIQUE DE LA FISTULEUSE.....	16
III.3.1. Avortement.....	16
III.3.2. Intervalle moyen entre deux derniers accouchements.....	16
III.4. DONNEES EN RAPPORT AVEC LA FISTULE.....	17
III.4.1. Circonstance de la survenue.....	17
III.4.2. Données relatives à l'accouchement.....	18
III.4.3. Eléments en rapport avec la violence sexuelle.....	19
III.4.4. Types de lésions associées à la violence.....	20
III.4.5. Modalité du diagnostic de la fistule	20
III.4.6. Types de fistules	21
III.5. PRISE EN CHARGE DE LA FISTULEUSE.....	21
III.5.1. Types de structures sanitaires qui prennent en charge les fistuleuses.....	21
III.5.2. Appartenance de structures sanitaires de prise en charge les fistuleuses.....	22
III.5.3. Qualifications du personnel qui prend en charge les fistuleuses.....	24
III.5.4. Services de SR offerts.....	24

III.5.5. Types de soins administrés.....	25
III.5.6. Personnes ayant payé les soins médicaux.....	25
III.5.7. Résultat thérapeutique.....	26
III.5.8. Prise en charge en cas d'échec.....	26
III.5.9. Raisons d'interruption des soins.....	27
III.6. CONSEQUENCES PSYCHOSOCIALES DE LA FISTULE.....	27
III.6.1. Reprise de rapports sexuels après l'apparition de la fistule.....	27
III.6.2. Attitudes du mari/partenaire/famille/ et de la communauté vis-à-vis de la fistuleuse.....	28
III.6.3 Cohabitation avec le mari/partenaire après la survenue de la fistule.....	28
III.6.4. Connaissance de la cause de la fistule par la fistuleuse.	29
III.6.5. Poursuite des activités antérieures à la fistule.....	29
III.6.6. Accouchement après la survenue de la fistule.....	29
III.6.7. Souhaits des fistuleuses.....	29
IV. RECOMMANADATIONS.....	31
V. CONCLUSION	32
VI. PERSONNES AYANT CONTRIBUE A LA REALISATION DE L'ENQUETE....	33
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	36
VIII. ANNEXE.....	37

LISTE DES ABREVIATIONS

AS	: Aire de Santé
BCZS	: Bureau Centrale de la Zone de Santé
CPN	: Consultation Périnatale
CP oN	: Consultation Postnatale
CS	: Centre de Santé
DOCS	: Doctors on Call for Service
DPS	: District Provincial de la Santé
FUG	: Fistule Urogénitale
INS	: Institut National de Statistique
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
IT	: Infirmier Titulaire
MCD	: Médecin Chef de District
MCZ	: Médecin Chef de Zone
MICS	: Multiple Indicators Clusters Survey (Enquête par grappe a indicateurs multiples)
MIP	: Médecin Inspecteur Provincial
MIU	: Médecin Inspecteur Urbain
N	: Nombre
NN	: Nouveau – Né
NV	: Naissance vivante
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PEC	: Prise en Charge
PF	: Planification Familiale
PNSR	: Programmation National de la Santé de la Reproduction
RDC	: République Démocratique du Congo
RS	: Rapport Sexuel
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
USA	: United States of America (Etats-Unis d'Amérique)
ZS	: Zone de Santé

AVANT PROPOS

L'enquête sur l'estimation de l'ampleur et des besoins des fistules en RDC s'inscrit dans le cadre de la campagne mondiale lancée par l'UNFPA depuis 2003 en vue d'éliminer les fistules qui affectent les nombreuses femmes et filles d'Afrique, d'Amérique Latine et d'Asie du sud.

Les objectifs de cette campagne rejoignent ceux du Gouvernement Congolais qui par le biais du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) s'est engagé à éradiquer toutes les formes de fistules urogénitales signalées dans les différentes provinces de la RDC plus particulièrement dans les provinces de l'Est particulièrement secouées par les conflits.

Les résultats de cette enquête menée par le PNSR du 10 au 30 Août 2005 avec l'appui financier de l'UNFPA dans 6 provinces sur 11 de la RDC permet de déterminer l'ampleur pour évaluer les besoins et les ressources nécessaires pour éradiquer cette infirmité.

A l'issue de cette phase initiale, la RDC est décidée avec l'appui technique de l'UNFPA d'élaborer son plan national de lutte contre des fistules.

Ce plan s'organisera autour de 3 principaux axes à savoir :

- Les activités de prévention
- Les activités de traitement des fistules
- L'appui pour leur insertion des femmes dans la communauté.

Ainsi, à court terme des milliers de filles et de femmes congolaises bénéficieront des soins appropriés que nécessite leur état et d'autres plus nombreuses pourront mettre au monde des bébés en toute sécurité et sans que ne se développent des fistules obstétricales invalidantes.

Déjà le processus actuel de l'unification de pays, des forces armées, de la police et l'organisation des prochaines élections générales en 2006 avec l'aide de la communauté internationale traduit la volonté du Gouvernement de restaurer partout l'autorité de l'Etat et de stopper plus efficacement les violences sexuelles, l'insécurité et la dégradation continue des infrastructures médicales de base, facteur favorisant la survenue des fistules urogénitales.

Aux termes de cette étude qui a nécessité plus d'un mois de travail et la participation de plusieurs dizaines des personnes (enquêteurs, superviseurs, experts, enquêtés, prestataires,...), il convient de remercier l'UNFPA, les institutions impliquées et les personnes ressources dont l'apport a été déterminant.

REMERCIEMENTS

A l'issue de cette enquête sur l'éradication de la fistule en RDC, le PNSR tient à adresser ses vifs remerciements à l'UNFPA pour son assistance tant technique que financière ayant permis sa réalisation.

Ses remerciements s'adressent également aux autorités du Ministère de la Santé pour leur appui à cet important projet sur l'éradication de cette pathologie dans notre pays.

Le PNSR remercie enfin tous ceux qui ont contribué à la conception de ce travail, à la conduite de l'enquête et à l'élaboration de ce rapport.

I. INTRODUCTION

La fistule urogénitale (FUG) est une communication anormale entre d'une part l'uretère, la vessie et l'urètre, d'autre part l'utérus et le vagin. On distingue ainsi diverses variétés de FUG : les fistules uréthro-vaginales, les fistules vésico-utérines et les fistules vésico-vaginales. Ces dernières comportent parmi elles les fistules uréthro-vaginales. Aux FVV peuvent s'associer une communication anormale entre le vagin et le rectum, réalisant une fistule recto-vaginale (FRV). Les FUG les plus fréquentes sont les FVV. Celles-ci sont en outre anatomiquement complexes, par le remaniement des tissus des voies urinaires, de la filière génitales et, lorsqu'elle existe, de la FRV. De nombreuses étiologies sont reconnues aux FVV, mais deux d'entre elles caractérisent cette pathologie en Afrique.

Etiologie obstétricale. Des études réalisées en RD Congo (Accigliaro, Gyhoot, Lufuma, Punga-Maole, Tozin) et ailleurs en Afrique ont montré que dans la majorité des cas, les FUG, notamment les FVV étaient de cause obstétricale. Les FUG obstétricales surviennent à la suite des dystocies caractérisées par un travail prolongé sans possibilité de césarienne (4). Ce fait est en relation directe avec la sous-médicalisation en RD Congo en particulier et de l'Afrique subsaharienne en général. (2). Les FUG étaient en effet très fréquentes dans le monde au début du XX^e siècle. Ultérieurement, grâce au développement des infrastructures hospitalières et à la facilité d'accès aux soins, les FUG obstétricales ont été quasiment éradiquées en Europe et aux USA. Elles demeurent fréquentes, à l'opposé, dans les pays d'Afrique subsaharienne : la pauvreté et l'instabilité politique expliquent en grande partie ce fait.

Etiologie traumatique. Depuis quelques années, on observe dans les pays en conflit armé ou en période post-conflit une augmentation de la prévalence des FUG traumatique. Il s'agit des cas consécutifs au viol souvent collectif, ou des cas dus à d'autres types de violence faite à la femme : notamment l'introduction dans le vagin ou dans le vagin d'agents traumatiques coupants ou piquants...(1,5,7,8).

L'OMS estime à environ 2 millions de cas de FUG dans le monde et 50.000 à 100.000 nouveaux cas chaque année. (3) La grande majorité des cas sont recensés en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est. Les FUG constituent ainsi un problème majeur de Santé Publique dans les pays pauvres.

Les FUG se caractérisent au plan clinique par de graves troubles mictionnels. Dans les FVV, elles se manifestent par un écoulement permanent et involontaire d'urine par le vagin. En aucun moment, la femme n'éprouve pas le besoin d'uriner. Lorsque une FRV est également présente, à la perte involontaire d'urine par le vagin s'ajoute une perte permanente de selles par le même conduit vaginal. Dans les fistules uréthro-vaginales, la patiente éprouve le besoin d'uriner mais en même temps perd les urines involontairement par le vagin. Dans les fistules vésico-utérines, il n'a pas généralement d'écoulement urinaire involontaire par le vagin, les mictions volontaires existent, mais la femme présente une hématurie pendant la période des menstruations.

Les FUG affectent dans la majorité de cas des femmes jeunes. Celles-ci sont le souvent à leur première grossesse qui, à l'issue d'une dystocie, débouche sur la

mort du fœtus. Les manifestations cliniques des FUG ont des graves conséquences sur la vie de la femme : l'odeur permanente d'urine ou de selles, particulièrement, perturbent sa vie familiale et sa vie sociale. La femme se replie sur elle-même ou le plus souvent est rejetée par son mari et la communauté.

On peut prévenir les FUG obstétricales, en évitant les grossesses et le mariage précoces, en élargissant l'accès aux services de planification familiale et aux soins obstétricaux. Les actions de prévention en ce qui concerne FUG traumatiques relève des politiques nationales, régionales et internationales pour la résolution pacifique des conflits.

Le traitement curateur est chirurgical. Il vise l'obstruction de la fistule et la restitution de la continence urinaire. Mais dans un pourcentage non négligeable, cet objectif d'obturation n'est pas atteint. En effet d'une part l'obturation anatomique de la fistule peut être réalisée, mais la continence n'est restituée en raison des dégâts sur le col vésical. D'autre part, l'obturation peut devenir impossible à cause d'une destruction importante des tissus par le fait des interventions itératives ou du fait des dégâts occasionnés par la dystocie ou le traumatisme. Dans ce cas d'impossibilité d'obturation, on recourt à des procédés variés de dérivation urinaire : dérivation à la peau de l'abdomen, permettant l'évacuation de l'urine à ce niveau, peu acceptée et difficile à appareiller ; dérivation dans le colon, se traduisant par une évacuation d'urine avec les selles, bien volontiers acceptée par les patientes et ne nécessitant aucun dispositif de recueil d'urine. La dérivation urinaire est un traitement palliatif, un pis-aller, qui comme la fistule elle-même modifie l'image corporel de la femme.

Le traitement chirurgical difficile compte tenu de la complexité des lésions ; il nécessite pour cette raison un niveau adapté de spécialisation pour le praticien confronté à cette pathologie. La bonne prise en charge des FUG impose donc des conditions : des centres spécialisés de traitement et un personnel qualifié sont parmi ces exigences les plus prépondérantes.(4,6)

L'UNFPA a lancé en 2003 une campagne mondiale d'éradication des FUG dans les pays en voie de développement. Cette campagne couvre actuellement une trentaine de pays parmi lesquels compte la RD Congo.

Notre pays répond tragiquement aux critères distinctifs de pays pauvre et de pays en conflit armé ou en période post-conflit. La RD Congo compterait donc de nombreuses FUG obstétricales et traumatiques, comme le suggèrent les études limitées faites dans les hôpitaux des villes et la situation de conflit. Notre pays ne dispose pas d'indicateurs épidémiologiques sur les FUG.

Avec l'aide de l'UNFPA, la présente étude est entreprise pour faire un état des lieux sur les FUG et permettre à terme d'éradiquer cette affection de la RD Congo.

Contexte et justification de l'enquête

La RDC est un vaste pays à la dimension d'un sous-continent, semi enclavé, situé au centre de l'Afrique.

Elle s'étend sur une superficie de 2.345.000 km² et compte \pm 60 Millions d'habitants (Ministère du Plan/Institut National de Statistique).

Les principaux indicateurs sont :

- le taux de croissance de la population est de 2,9%,
- la densité est de 24hab/km²
- l'urbanisation : 31% (pop. urbaine) et 69 % (pop rurale)
- l'espérance de vie est de 48,9 ans (2003)
- le taux de mortalité infantile est de 126‰ MICS2 (2001)
- le taux d'alphabétisation est de 88,22%
- le PIB/hab : 100\$
- le taux de mortalité maternelle est de 1289/100.000 NV MICS2 (2001)
- le taux de prévalence contraceptive est de 4,5% (PNSR)

La situation socio-économique du pays s'est progressivement dégradée depuis l'indépendance jusqu' à ce jour notamment à cause des rébellions et des conflits armés.

Elle a eu pour conséquence la paupérisation de la population réduisant entre autre son accès aux soins de santé.

Par ailleurs, la dégradation des structures sanitaires et l'exode des médecins vers les villes condamnent ainsi les populations rurales à se tourner vers la médecine traditionnelle comme seul secours.

Le système de soins de santé en RDC est organisé selon un modèle pyramidal. C'est un système hérité de la colonisation et qui a été adopté par l'OMS. Il a servi de modèle pour tous les pays en développement, et est organisé de la base au sommet comme suit :

1. Niveau périphérique (opérationnel) exécute toutes les stratégies ; il est composé de BCZS où il y a un MCZ et des AS ou on trouve un IT
2. Niveau intermédiaire composé de DPS où il y a un MIP et les coordinations provinciales, le district sanitaire, où on trouve un MCD
3. Niveau central compose de Ministère de la Santé. Le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général à la Santé, les Directions (13) et les Programmes Spécialisés (52)

Les structures sanitaires sont regroupées en Aires de Santé, qui à leur tour sont regroupés en zones de santé dans chaque province.

La RDC compte à ce jour 515 zones de santé (ZS). Notons que :

- i. une ZS urbaine compte 100. 000 habitants
- ii. une ZS rurale compte 50. 000 habitants
- iii. une AS urbaine compte 10.000 habitants
- iv. une AS rurale compte 5.000 habitants

Le mariage précoce, surtout dans les milieux ruraux, l'inaccessibilité aux services de planification familiale, l'insuffisance de la surveillance de la grossesse à haut risque et des femmes en travail par le partogramme, le retard dans le recours aux structures sanitaires et dans le transfert vers les centres de référence... sont autant de facteurs qui peuvent favoriser la survenue des fistules liées à la grossesse.

La guerre d'agression qu'a connue la RDC entre 1998 et 2003, a été caractérisée par des viols massifs des filles et femmes, utilisés comme arme de guerre par les belligérants de tous bords.

C'est ainsi que plusieurs cas de fistules post-traumatiques ont été signalés dans les provinces de l'est de la RDC plus particulièrement au Sud Kivu, Nord Kivu, Maniema et Province Orientale où ont vu le jour des structures de prise en charge médicale et psychologique (DOCS à Goma, Panzi à Bukavu et Maternité Sans Risque à Kindu). Par contre la situation des fistules dans les autres provinces est peu connue. C'est pourquoi le Ministère de la Santé par le biais du PNSR avec l'appui financier et technique de l'UNFPA a mis en place un comité de pilotage pour éradiquer les fistules avec pour but de mettre à la disposition des décideurs, des organismes et des bailleurs de fonds, les informations utiles devant servir de référence, ce dans le cadre de l'évaluation d'une stratégie de lutte pour l'éradication des fistules en RDC.

Genèse internationale de lutte contre les FUG

Le processus actuel de lutte contre les fistules obstétricales, a commencé en 2001, avec la réunion d'experts entre l'UNFPA, la Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique et l'Université de Columbia tenue à Londres. L'objectif principal de cette première réunion était de stimuler les efforts internationaux afin d'augmenter la prise de conscience et proposer des stratégies et actions pour prévenir et traiter les FUG en particulier en Afrique. La deuxième réunion s'est tenue en 2002 à Addis-Abeba, au cours de laquelle s'est dégagé un consensus entre les participants pour collaborer afin d'intensifier la lutte contre les FUG en Afrique subsaharienne. Deux autres importantes réunions se sont tenues, une à Dacca (9 au 11 décembre 2003) et l'autre à Accra (29 juin au 1 juillet 2004).

Enfin, les efforts des uns et des autres se sont concrétisés par le lancement par l'UNFPA de l'initiative < Elimination de la Fistule > en 2003. Cette campagne est structurée en trois grandes phases programmatiques et comprend trois volets principaux :

1. Analyse de la situation

L'analyse de la situation vise à connaître la situation des FUG au niveau du pays, mais aussi de déterminer les besoins en termes des ressources humaines, matérielles et infrastructures. Les informations aideront à l'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre les FUG et à lancer la deuxième phase de planification

2. Planification

Cette phase 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 est constitué au niveau de chaque pays. Ensuite chaque pays doit élaborer une stratégie nationale de prévention et de traitement des FUG.

3. Mise en œuvre

Au niveau de la troisième phase, 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 leur milieu.

Éléments essentiels de la stratégie

- La prévention

Au niveau de la prévention, l'accent est mis sur la sensibilisation sociale et politique, sur le problème des mariages et des accouchements précoces et la disponibilisation de services de soins obstétricaux essentiels de qualité (incluant la CPN), l'assistance aux accouchements par un personnel qualifié, la prise en charge des urgences obstétricales et la planification familiale.

- Le traitement

Le traitement se résume à la réparation de qualité des FUG et la prise en charge post opératoire.

- La réinsertion

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 les activités sexuelles doit leur être offerte.

I.2. OBJECTIFS

I.2.1. But de l'étude

Le but poursuivi par cette étude est de mettre à la disposition des décideurs politiques de notre pays, des organismes et des bailleurs de fonds internationaux, notamment l'UNFPA, les informations utiles devant servir de référence dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie de lutte pour l'éradication des fistules en République Démocratique du Congo.

I.2.2. Objectif général

L'objectif général visé dans cette étude est d'accroître la disponibilité des données et informations sur les fistules urogénitales en RDC par la création d'une banque de données.

I.2.3. Objectifs spécifiques

La présente étude s'articule autour de quatre objectifs spécifiques qui sont :

- i. estimer l'ampleur des fistules urogénitales dans les six provinces retenues à cause de leur histoire liée à des guerres,
- ii. déterminer les conséquences sanitaires, sociales, psychologiques et économiques chez les fistuleuses,
- iii. évaluer les capacités des établissements de soins existants susceptibles de prendre en charge les fistules,
- iv. déterminer la perception de la communauté vis à vis de la fistule urogénitale.
- v. Déterminer aux niveaux social et communautaire les facteurs socioculturels et anthropologiques qui prédisposent les filles/femmes aux fistules.

II. METHODOLOGIE

II.1. Durée et lieu d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive multicentrique qui s'est déroulée pendant 15 jours (du 16 au 30/08/2005) dans 6 de 11 provinces que compte la RDC à savoir : Equateur, Kinshasa, Maniema, Nord Kivu, Sud Kivu et Province Orientale.

Le choix de ces provinces a été motivé par :

- l'existence de quelques informations sur les fistules urogénitales dans ces provinces,
- le fait que certaines provinces ont été sous occupation des armées étrangères dont les soldats ont utilisé le viol comme arme de guerre,
- les contraintes financières.

II.2. Population d'étude

La population d'étude était constituée de :

- i. fistuleuses
- ii. prestataires
- iii. chefs d'établissements sanitaires
- iv. leaders d'opinion

II.2.1. Critères d'inclusion

Etre porteuse d'une fistule obstétricale ou post –traumatique.

II.2.2. Critères d'exclusion

Incontinence urinaire ou de selles d'origine autre que les fistules urogénitales.

II.3. Echantillonnage

Les 6 provinces comptent 273 zones de santé. Nous avons appliqué un taux de sondage de 11% compte tenu de contraintes financières. Ceci nous a permis de retenir 30 ZS.

Tableau 1 : Répartition des Districts sanitaires, zones de santé et aires de santé par province

Province	Nombre d'entités sanitaires retenues		
	Districts	Zones de santé	Aires de santé
Kinshasa	4	7	12
Equateur	2	5	7
Maniema	2	3	13
Nord Kivu	2	4	12
Sud Kivu	1	4	7
Prov. Orientale	2	7	35
Total	13	30	86

Dans les milieux urbains, nous avons procédé à un tirage aléatoire des zones et des aires de santé tandis que dans les milieux ruraux le tirage s'est fait suivant un choix raisonné compte tenu des conditions d'accessibilité et de sécurité dans certaines parties de ces provinces. Il était prévu que les fistuleuses à interroger soient tirées au hasard sur base des listes préétablies par les prestataires et/ou par les sages femmes à raison de 10 par AS.

Cependant, nous avons été obligé d'interroger toutes les fistuleuses étant donné qu'il y en avait souvent moins de 10 par aire de santé. Là ou il y avait plus de 10 cas,

nous avons procédé de la même manière et cela pour des raisons pratiques d'harmonie.

Tableau 2 : Identification des districts sanitaires et ZS par province

PROVINCE	Districts sanitaires	Zones de santé
Kinshasa	Gombe	Gombe
	Kalamu	Lemba
		Limete
	Lukunga	Binza Météo
		Mont Ngafula
	N'sele	Maluku I
		Maluku II
Equateur	Equateur	Bikoro
		Ntondo
	Mbandaka	Wangata
		Mbandaka
		Bolenge
Maniema	Kindu	Kindu
		Alunguli
	Maniema centre	Kalima
Nord Kivu	Rutshuru	Goma
		Karisimbi
		Rutshuru
	Masisi	Kirotshe
Sud Kivu	Bukavu	Walungu
		Mubambano
		Kadutu
		Ibanda
Orientale	Kisangani	Makiso Kisangani
		Mangobo
		Kabondo
		Banalia
		Lubunga
	Tshopo Lindi	Yakusu
		Tshopo

Le tableau ci-dessus énumère les districts et les ZS retenus dans l'enquête.

II.2.2. Procédures de l'enquête

6 superviseurs nationaux dont 1 par province, ont été sélectionnés parmi les membres du comité de pilotage.

Après une formation de 2 jours, ils sont descendus sur terrain.

Dans les chefs-lieux des provinces avec l'assistance des Médecins Inspecteurs Provinciaux et Médecins Chefs de Zone de Santé, ils ont recruté et formé des superviseurs locaux et des enquêteurs avant de débiter l'enquête proprement dite.

II.2.3. Technique de collecte des données

Quatre types de questionnaires ont été conçus pour cette enquête (cfr annexe) :

- i. un questionnaire adressé aux fistuleuses
- ii. un questionnaire adressé aux prestataires
- iii. un questionnaire adressé aux chefs d'établissements sanitaires
- iv. un questionnaire adressé aux leaders d'opinion

Les informations sur l'identification des fistuleuses étaient obtenues dans les hôpitaux de référence, les centres de santé et dans la communauté auprès des personnes ressources et de leaders d'opinion.

II.2.4. Modalité de diagnostic

Le diagnostic de FUG a été retenu sur base des données d'anamnèse, de l'examen clinique y compris l'examen à la valve et les épreuves aux colorants et dans certains cas sur base des données para cliniques.

II.3. Traitement des données

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel Epi Info version 2001.6

Ethique

Cette enquête a été réalisée dans le strict respect de la Convention d' Helsinki. Les objectifs de l'enquête ont été bien expliqués aux enquêtées, aucune patiente n'a été contrainte d'y participer et cela s'est fait dans la confidentialité.

II.3.1. Difficultés rencontrées

Elles étaient de plusieurs ordres :

- i. Ignorance des fistules tant par le personnel médical que par la population
- ii. Le temps imparti pour l'enquête était trop court
- iii. Les distances importantes à parcourir entre les différents lieux d'enquête
- iv. Le nombre insuffisant des enquêteurs (3 par province).

III. RESULTATS

III.1. AMPLEUR

Pour l'ensemble des six provinces considérées comme cibles et à partir desquelles l'échantillon a été constitué sur la base de 30 zones de santé réparties à travers 13 districts sanitaires, on dénombre au total 432 cas de fistules. Parmi les 432 cas, 371 sont des fistules dues essentiellement aux accouchements tandis que 61 autres sont liées aux violences sexuelles. Ceci représente respectivement une proportion de 85,9 % contre 14,1 % pour chaque type de fistule.

Tableau 3 : Répartition du nombre de fistules selon l'étiologie et par province

Province	Fistules dues aux accouchements	Fistules dues aux violences sexuelles	TOTAL	PROPORTION En %
Kinshasa	23	0	23	5,32%
Equateur	15	0	15	3,47%
Maniema	35	12	47	10,88%
Nord Kivu	89	39	128	29,63%
Sud Kivu	145	8	153	35,42%
Orientale	64	2	66	15,28%
TOTAL	371	61	432	100,00%

Les fistules sont plus fréquentes dans les provinces du Nord Kivu (29,6%) et du Sud Kivu (35,4%) et moins fréquentes dans la province de l'Equateur (3,5%). Si nous considérons la moyenne de cas des fistules par ZS et par provinces retenues nous aurons une estimation dans l'ensemble des 6 provinces comme suit :

- Kinshasa : 116
- Equateur : 207
- Maniema : 270
- Nord Kivu: 830
- Sud Kivu : 1.122
- Orientale : 1.292

Soit un total de 3.837 cas possibles de fistuleuses pour l'ensemble des six provinces cibles.

III.2. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

L'âge moyen des fistuleuses est de 32 ± 12 ans avec des extrêmes de 6 à 80 ans, tandis que l'âge modal est de 30 ans.

En moyenne, la fistuleuse voit ses premières règles à 14 ± 2 ans, elle a ses premiers rapports sexuels à 17 ± 3 ans, elle se marie à 18 ans et elle a sa première grossesse à 19 ± 4 ans.

Dans l'ensemble des provinces enquêtées, 283 fistuleuses (66%) habitent en milieu urbain contre 146 (34 %) en milieu rural.

En ce qui concerne l'occupation des fistuleuses, 46,9 % sont des vendeuses et 37,6% sont des ménagères.

Quant au niveau d'instruction, plus de la moitié des fistuleuses n'ont pas été à l'école soit 58,2%.

Pour ce qui concerne la religion, les protestantes sont les plus nombreuses avec 40,7% suivies des catholiques 29,5%, les musulmanes sont les moins nombreuses avec 1,5% seulement.

Concernant la situation matrimoniale, la majorité des fistuleuses 275 (63,6%) étaient mariées, tandis que 56 (13%) étaient des célibataires et 53 (12%) des veuves.

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des fistuleuses.

Caractéristiques	N=432	%
<i>Milieu d'habitation</i>		
Rural	146	34
Urbain	283	66
<i>Occupation principale</i>		
Elève	19	4,5
Etudiante	2	0,5
Ménagère	162	37,6
Travailleuse	19	4,3
Vendeuse	203	46,9
Autres	27	6,2
<i>Niveau d'instruction</i>		
Scolarisée	180	41,8
Non Scolarisée	252	58,2
<i>Religion</i>		
Catholique	130	29,5
Protestante	177	40,7
Kimbanguiste	10	2,0
Musulmane	9	1,9
Eglises de réveil	51	11,9
Autres	55	12,6
<i>Situation matrimoniale</i>		
Célibataire	56	13,0
Mariée	275	63,6
Divorcée	38	8,8
Veuve	53	12,3
Non précisée	10	2,3

III.3. SANTE GENESIQUE DE LA FISTULEUSE

La fistuleuse a porté en moyenne 5 grossesses, elle a accouché 4 fois et l'intervalle entre les deux accouchements est de 3 ans.

La grande majorité, 70,2% n'a jamais avorté tandis que 29,8% ont avorté au moins une fois.

L'accouchement dystocique représente 60,9% contre 30,3% d'accouchements eutociques.

Tableau 5 : Mode de dernier accouchement

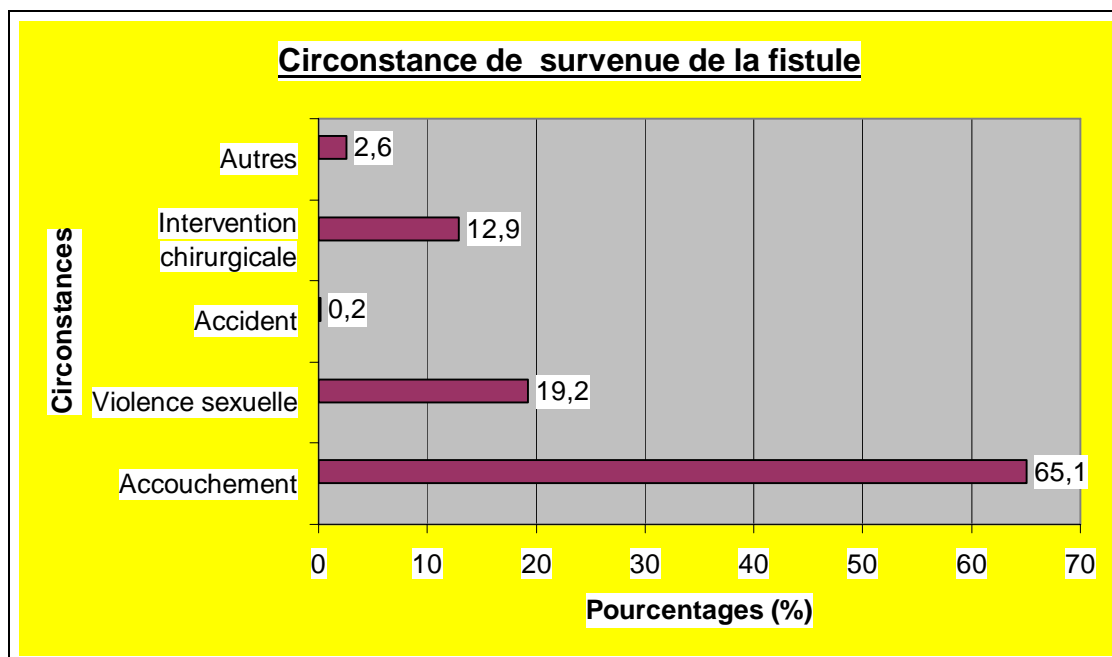
<i>Mode de dernier accouchement</i>	n	%
Eutocie	130	30,3
Ventouse/forceps	99	22,8
Césarienne	145	33,6
Symphyseotomie	11	2,6
Craniotomie	9	1,9
Non précisé	38	8,8
Total	432	100

III.4. DONNEES EN RAPPORT AVEC LA FISTULE

III.4.1 : Circonstances de survenue de la fistule

L'accouchement dystocique avec 65,1 % a constitué la cause principale de la survenue de la fistule. Les fistules consécutives aux violences sexuelles représentent 19,2% des cas tandis que 12,9% des cas, elles sont survenues à la suite d'une intervention chirurgicale (Fig. 1).

Fig. 1: Circonstances de la survenue de la fistule d'après la fistuleuse



Dans les cas des fistules survenues après violences sexuelles, les victimes n'étaient pas toujours en mesure d'identifier l'objet qui a causé le traumatisme compte tenu des conditions dans lesquelles l'agression s'est produite (plusieurs agresseurs, absence de lumière suffisante pendant l'agression à domicile, l'état psychologique de la patiente...). Les objets identifiés susceptibles de provoquer la fistule urogénitale représentent 22 cas (25,8 %) (Tableau 6).

Tableau 6 : Objet utilisé pour l'agression sexuelle

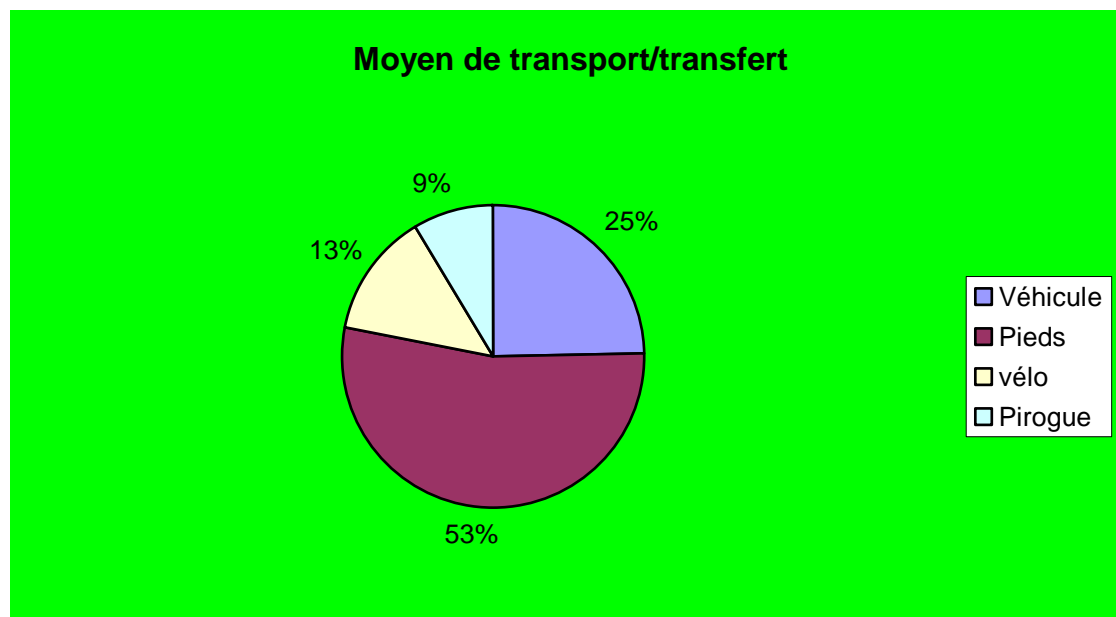
Objet utilisé	n	%
Barre de fer	5	5,6
Bâton	6	6,3
Objet tranchant	2	2,5
Membre du corps humain	22	26,6
Non préciser	19	22,8
Autres objets	29	34,2
Total	83	100

III.4.2. DONNEES RELATIVES A L'ACCOUCHEMENT

La durée moyenne du travail d'accouchement est de 3 jours. La fistuleuse a dû parcourir en moyenne 12 km de son domicile jusqu'au lieu d'accouchement. Le transfert s'est effectué en moyenne 8 heures après la décision de référence.

Le moyen de transport utilisé pour le transfert est varié : à pieds, 52,6%, par véhicule, 24,6%, à vélo 12,6% et par pirogue, 8,2%. Fig. 2

Fig. 2 : Moyen de transport utilise pour le transfert



III.4.3. ELEMENTS EN RAPPORT AVEC LA VIOLENCE SEXUELLE

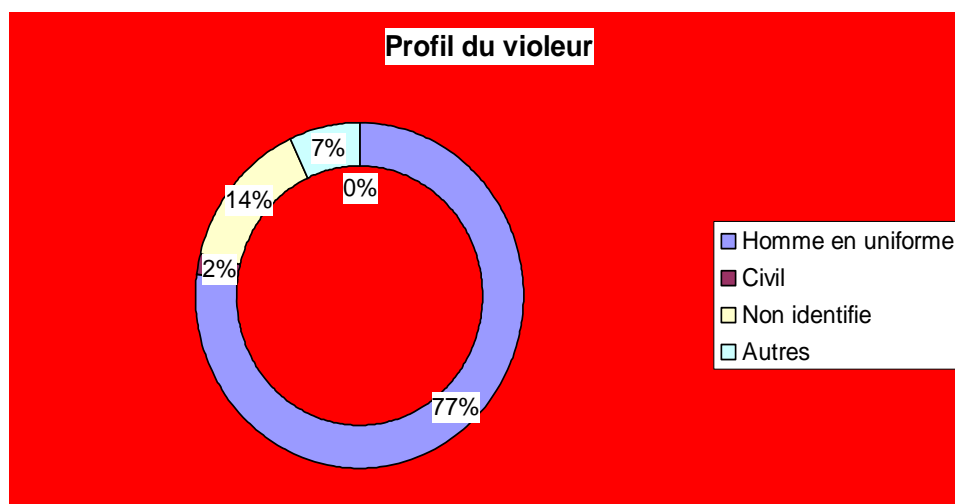
Dans 80,2% de cas, le viol s'est commis 3 fois ou plus sur la même personne. Le viol s'est perpétré dans la forêt dans 66,3 % des cas et au domicile de la victime dans 24,4% des cas. Il y avait un témoin dans 47,6% des cas. La fistuleuse ne connaissait le violeur que dans 17,9% des cas. (Tableau 7)

Tableau 7 : Circonstances de la survenue de la violence sexuelle

Modalités	%
Nombre moyen :	
1 fois	9,9
2 fois	9,9
3 fois et plus	80,2
Lieu de viol :	
Domicile	24,4
Rue	7,0
Champ/foret	66,3
Autres	2,3
Présence d'un témoin au moment du viol :	
Oui	47,6
Non	52,4
Identification de l'agresseur :	
Oui	17,9
Non	82,1
Total	100

Les hommes en uniformes représentent le groupe le plus important de violeur. Le nombre moyen de violeurs est de 4 par victime. Dans 80,2% de cas, le viol s'est commis 3 fois ou plus sur la même personne.

Fig. 3 : Profil du violeur



III.4.4. TYPES DE LÉSIONS À L'ISSUE DE LA VIOLENCE SEXUELLE

Les lésions périnéo-vulvo-vaginales sont les plus fréquemment observées immédiatement après violence sexuelle soit 83,4%. (Tableau 8)

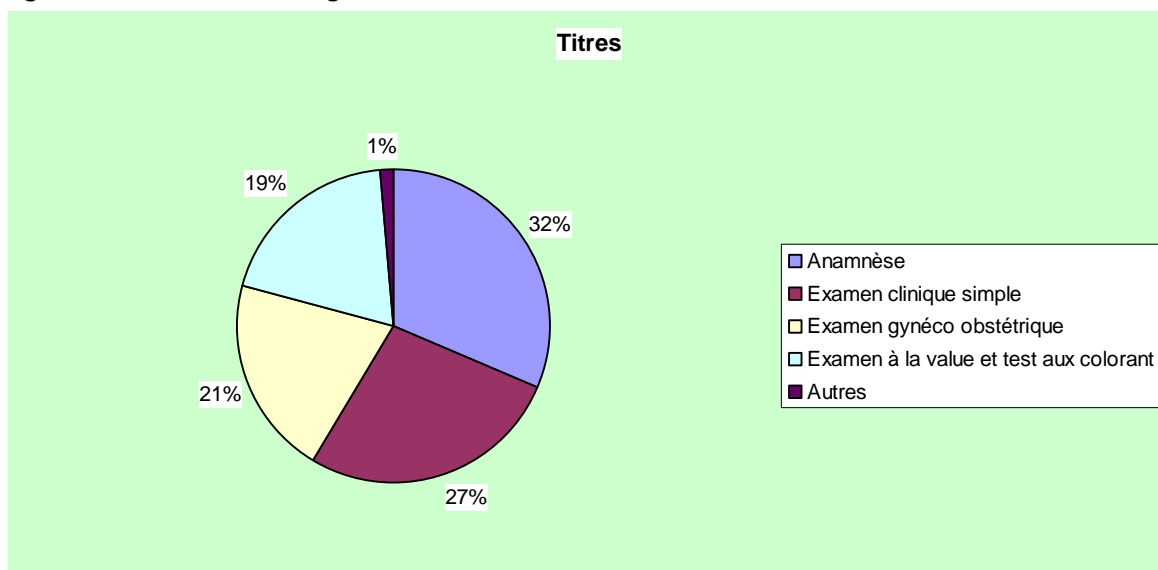
Tableau 8 : Types de lésions observées après violence sexuelle

Lésions	n	%
Lésions vulvo-vaginales		58,0
Déchirures périnéales		21,7
Fistule et gonflement du vagin		0,9
Brûlures		2,8
Autres		24,9
Total		100

III.4.5. MODALITE DU DIAGNOSTIC DE LA FISTULE

Dans 60 % des cas le diagnostic a été posé à l'examen clinique, et dans d'autres cas, les explorations para cliniques ont été nécessaires. (Fig. 4).

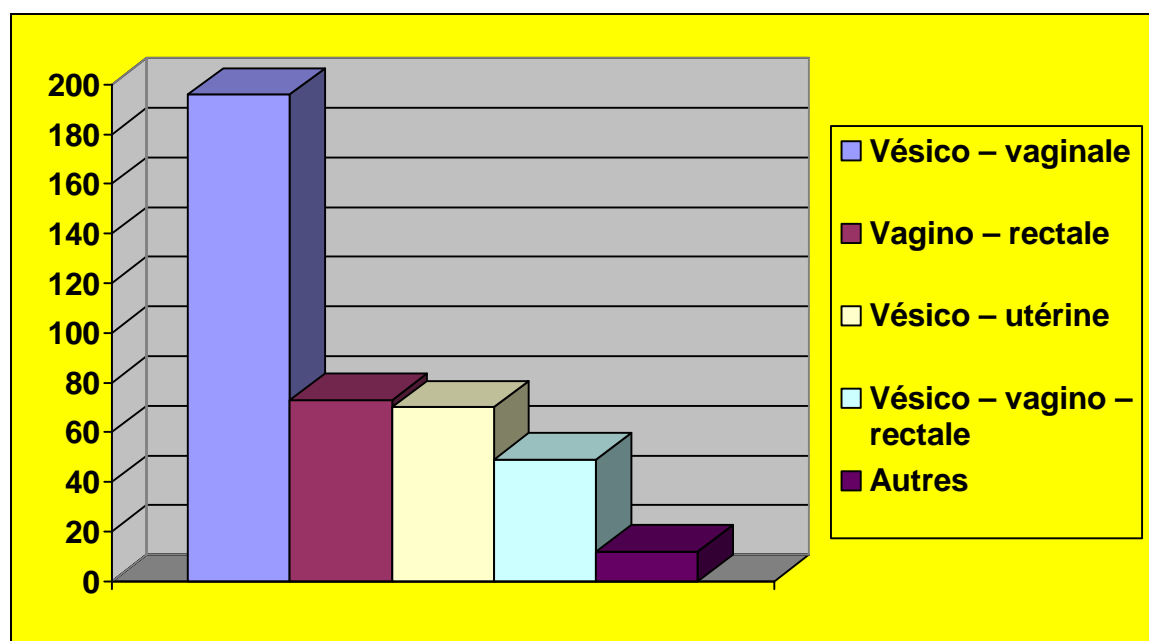
Fig. 4 : Modalité du diagnostic



III.4.6. TYPES DE FISTULES

Les fistules vésico-vaginales ont été retrouvées chez 61,2 % des patientes et dont 12,2 % parmi ces dernières, avaient aussi une fistule recto-vaginale, 17,5% femmes avaient une fistule vésico-utérine.

Fig. 5: Types de fistules diagnostiquées



III.5. PRISE EN CHARGE DE LA FISTULEUSE

III.5.1. TYPES DE STRUCTURES SANITAIRES QUI PRENNENT EN CHARGE LES FISTULEUSES

Plus de la moitié (56,4 %) des structures s'occupant des fistuleuses sont représentées par les centres de santé/maternité. Le CS et HGR ne s'occupent des fistuleuses que dans 18,8% et 14,8 % de cas respectivement. Pourtant ils constituent les structures le plus appropriées pour la PEC des fistules.(Tableau 11)

Tableau 11 : Types de structures sanitaires

N°	Type de structure sanitaire	Nombre	%
1	Hôpital Général de Référence	15	14,8
2	Centre de santé de référence	19	18,8
3	Centre de santé-maternité	57	56,4
4	Maternité	2	2
5	Centre de santé spécialisée	2	2
6	Polyclinique	2	2
7	Centre médico chirurgical	1	1
8	Poste de santé	1	1
9	Centre hospitalier	1	1
10	Autre non précisé	1	1
	Total		100

III.5.2. APPARTENANCE DES STRUCTURES SANITAIRES DE PRISE EN CHARGE

Quarante structures sanitaires qui s'occupent des fistuleuses appartiennent à l'Etat (39,6%), 32,7% sont gérées par les confessions religieuses.(Tableau 12)

Tableau 12 : Appartenance des structures sanitaires qui prennent en charge les fistuleuses

N°	Appartenance	Nombre	Pourcentage
1	Etat	40	39,6
2	Privé et lucratif	15	14,9
3	Confession religieuse	33	32,7
4	Organisation Non Gouvernementale	8	7,9
5	Association Sans But Lucratif	4	4,0
6	Autres	1	1,0
	Total	101	100

III.5.3. ETAT DES MATERIELS

Tableau 13: Etat des matériels et équipements médicaux disponibles

1. MATERIEL DE DIAGNOSTIC

N°	Désignation	Nombre total existant	Nombre en bon état	Nombre à remplacer
1	Négatoscope	62	47	15
2	Boîtes à spéculum (grand, moyen et petit format)	185	112	73
3	Rectoscope	11	6	5
4	Valves	77	36	41

2. MATERIEL DE TRAITEMENT

N°	Désignation	Nombre total existant	Nombre en bon état	Nombre à remplacer
1	Lame de bistouri	1495	1209	286
2	Appareil d'anesthésie FAC ou EMO	34	21	13
3	Stérilisateur à pression	93	58	35
4	Autoclaves et/ou poupinel	95	60	35
5	Bistouri électrique	38	18	20
6	Pinces intermédiaires	433	304	129
7	Bassins réniformes	522	369	153
8	Manches de bistouri	305	223	82
9	Boite à instruments pour pansement	277	182	95
10	Boite à instruments pour suture/abcès	136	90	46
11	Boite à instruments pour chirurgie générale	128	78	50
12	Boite à instruments pour hystérectomie	48	34	14
13	Boite d'anesthésie	59	27	32
14	Boite à instruments pour chirurgie abdominale	66	39	27
15	Sonde urinaire	879	617	262
16	Fil de suture	3360	2659	701
17	Scialytique/lampe flexible	52	29	23
18	Thermomètre	828	433	395
19	Tensiomètre	386	163	223
20	Autres	42	39	3

Un bon nombre d'équipements médicaux sont vétustes et non fonctionnels.

III.5.3. QUALIFICATIONS DU PERSONNEL QUI PREND EN CHARGE LES FISTULEUSES

Dans les structures sanitaires des provinces enquêtées, hormis Kinshasa, on n'a dénombré que 2 urologues et 2 gynécologue-obstétriciens en mesure de prendre en charge les fistuleuses. (Tableau 14)

Tableau 14 : Qualification du Personnel Médical et Paramédical

N°	Qualification	Nombre		
		M	F	Total
1	Gynécologue obstétricien	2	-	2
2	Chirurgien Urologue	2	-	2
3	Chirurgien Général	8	-	8
4	Médecin Généraliste	31	5	36
5	Infirmier L2	6	3	9
6	Infirmier A1	45	32	77
7	Infirmier A2	66	38	104
8	Infirmier A3	25	41	66
9	Nutritionniste A2	1	-	1
10	Laborantin A2	3	-	3
11	Anesthésiste L2	1	-	1
12	Autres	9	7	16
TOTAL		199	126	325

III.5.4. SERVICES DE SR OFFERTS

La couverture sanitaire était faible en ce qui concerne les soins obstétricaux de base et d'urgence, les soins obstétricaux complets, les CPoN, la PF ainsi que le service d'échographie. (tableau 15).

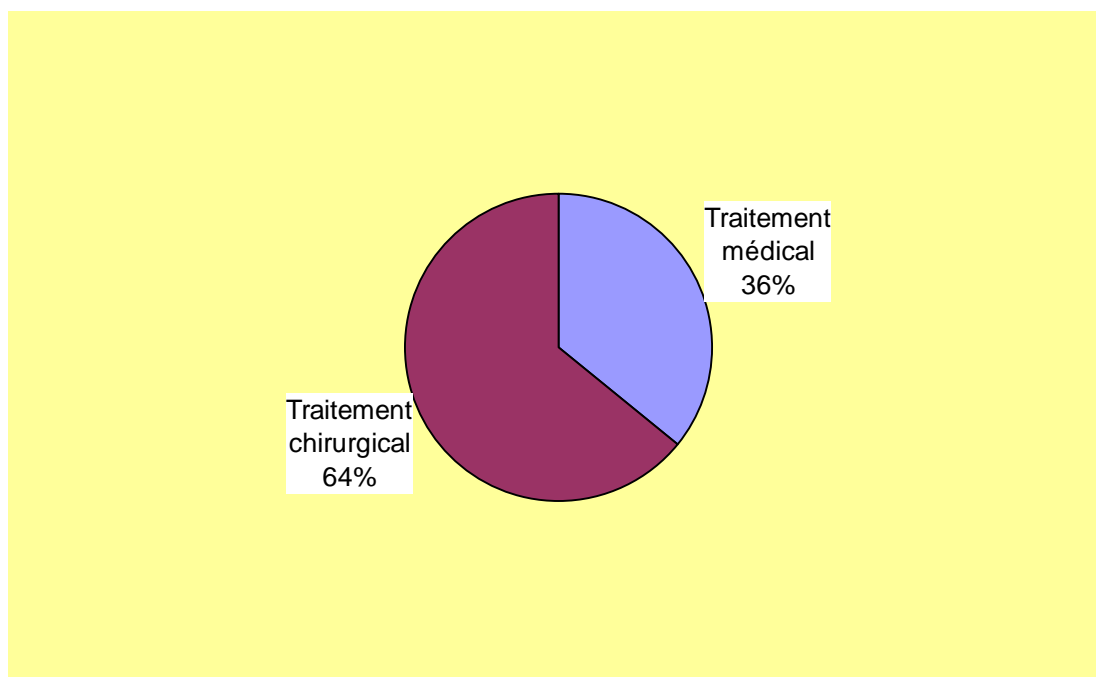
Tableau 15 : Nombre des structures sanitaires qui offrent les services de SR

N°	Services offerts	Oui		Non	
		Nombre	%	Nombre	%
1	CPN	90	89,1	11	10,9
2	Accouchement assisté	91	90,1	10	9,9
3	Soins obstétricaux de base	55	54,5	46	45,5
4	Soins obstétricaux complets	40	39,6	61	60,4
5	CPoN	40	39,6	61	60,4
6	PF	47	46,5	54	53,5
7	Echographie	18	17,8	83	82,2
8	Laboratoire	88	87,1	13	12,9
9	Traitement des IST	72	71,3	29	28,7
10	Sécurité transfusionnelle	36	35,6	65	64,4

III.5.5. TYPES DE SOINS ADMINISTRES

Seules 64% des patientes ont bénéficié du traitement chirurgical.

Fig. 6 : Types de soins



III.5.6. PERSONNES AYANT PAYE LES SOINS MEDICAUX

Malgré le degré de pauvreté des fistuleuses, la famille a pris en charge les soins dans 34,2% des cas. Les soins ont été donnés gratuitement ou financés par les organismes humanitaires dans 65,8% de cas. (Tableau 16).

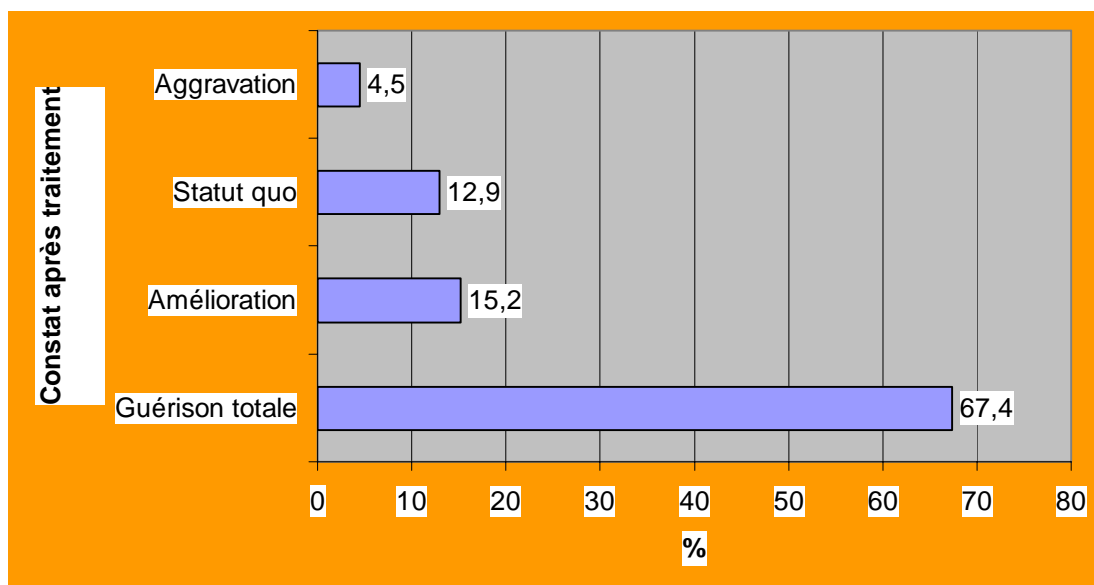
Tableau 16 : Personnes ayant payé les soins

Qualité de la personne ayant payé les soins	%
Mari (époux)	16,5
Enfant	1,2
Membre de famille	16,5
Prise en charge par les ONG	37,4
Autres (Organismes humanitaires)	28,4

III.5.7. RESULTAT THERAPEUTIQUE

La guérison totale n'a été constatée que dans 67,4% de cas. Dans 4,5% on a même noté une aggravation (Fig. 7)

Fig. 7 : Résultat thérapeutique



III.5.8. PRISE EN CHARGE EN CAS D'ÉCHEC

Il y a eu des échecs et 64,2% des femmes ont été soit réopérées, 10,8% ont été transférées et 13,4% ont bénéficié d'un accompagnement psychologique (Tableau 17)

Tableau 17 : Prise en charge en cas d'échec du traitement

N°	Prise en charge	Proportion de cas pour l'ensemble des provinces cibles
1	La référence	10,8
2	La reprise du traitement chirurgical	64,2
3	L'accompagnement psychologique	13,4
4	Non précisé	11,6

III.5.9. RAISONS D'INTERRUPTION DES SOINS

Divers facteurs entravent la prise en charge thérapeutique. Le manque de moyens financiers noté pour femmes 62,2 % était le facteur le plus fréquent. (Tableau 19)

Tableau 19 : Raisons d'interruption des soins

Le tableau suivant donne les détails sur les raisons d'interruption des soins.

N°	Raisons de non continuité de la prise en charge	Proportion de cas pour l'ensemble des provinces cibles
1	Manque de moyens financiers	62,2
2	Découragement/abandon	22,4
3	Manque de compétence de la part du personnel soignant	9,2
4	Non précisé	6,2
	Total	100

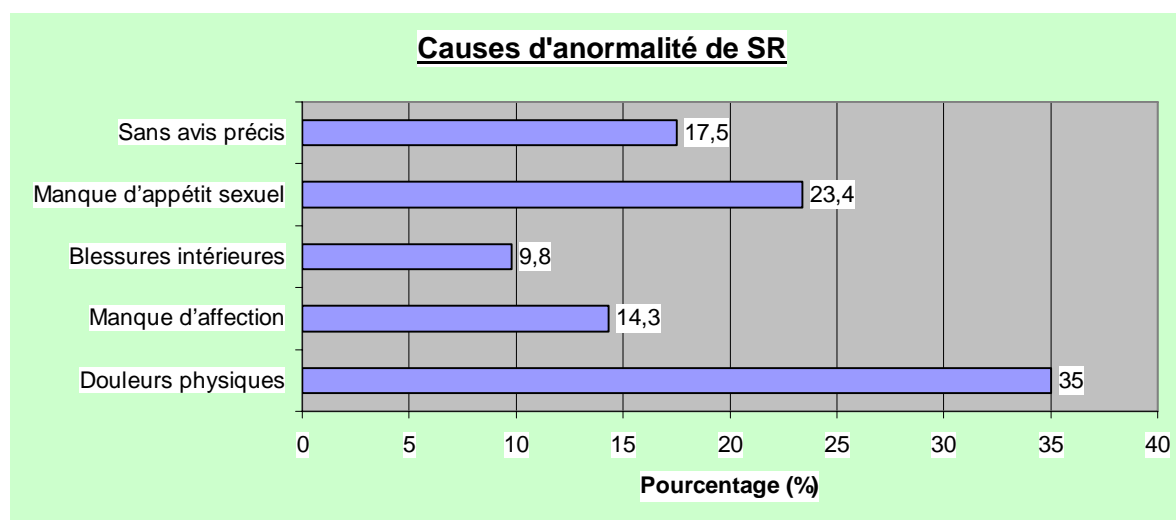
III.6. CONSEQUENCES PSYCHOSOCIALES DE LA FISTULE

III.6.1. REPRISE DE RAPPORT SEXUEL APRES LA SURVENUE DE LA FISTULE

L'harmonie des rapports sexuels est essentiellement perturbée par les douleurs physiques (35,0%), et la baisse de la libido (23,4%).

Fig. 7 : Causes d'anormalité des rapports sexuels

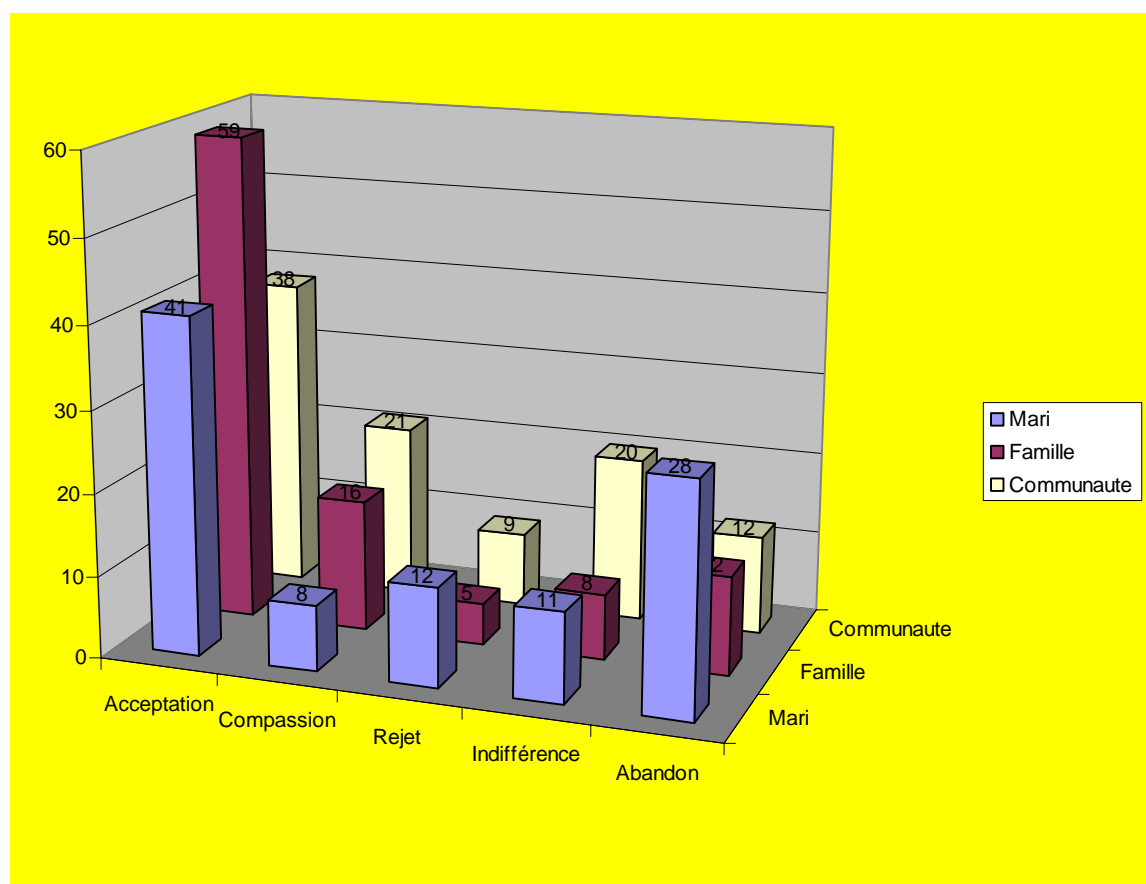
La Fig. ci-après donne la fréquence en pourcentage de chacune des causes précitées.



III.6.2. ATTITUDES DU MARI, DE LA FAMILLE ET DE LA COMMUNAUTE VIS-A- VIS DE LA FISTULEUSE

Nous avons relevé 275 fistuleuses étaient mariées. Parmi elles, 28,3%, étaient abandonnées par leurs maris. 29,8% étaient abandonnées par la famille et la communauté.

Fig. 8 : Attitude du mari, de la famille et de la communauté vis-à-vis de la fistuleuse.



III.6.3. COHABITATION AVEC LE MARI / PARTENAIRE APRES LA SURVENUE DE LA FISTULE

Plus de la moitié des femmes ne cohabitent plus avec leurs maris/partenaires pour des raisons suivantes : fistule (41%), décès du mari (20%), abandon (19%) et autres (20%)

Tableau 20 : Cohabitation avec le mari / partenaire après la survenue de la fistule.

Cohabitation	Effectif	%
Oui	184	45,9

Non	217	54,1
Total	401	100

III.6.4. CONNAISSANCES DE LA CAUSE DE LA FISTULE PAR LA FISTULEUSE

La cause de la fistule était connue des fistuleuses dans 92,5 % de cas, dans 7,5% des cas les connaissances sont erronées

Tableau 21 : Connaissance de la cause de la fistule par la fistuleuse

N°	Cause de la fistule selon la fistuleuse	Proportion des cas
1	Accouchement	59,5%
2	Violence sexuelle	33,0 %
3	Sorcellerie	4,3 %
4	Infection	3,2 %

III.6.5. POURSUITE DES ACTIVITES ANTERIEURES A LA FISTULE

Après la survenue de la fistule, 67,3% des fistuleuses ne poursuivaient plus leurs occupations antérieures pour invalidité (67,5%), pour changement de milieu (20,8%) et pour des raisons d'ordre psychosocial 12,1%.

Tableau 20 : Poursuite des activités antérieures à la survenue de la fistule

N°	Causes	Proportion pour l'ensemble des six provinces cibles
1	Invalidité	67,5 %
2	Sentiment d'abandon	7,8 %
3	Sentiment de rejet et stigmatisation	4,3 %
4	Changement de milieu	20,8 %

III.6.6. ACCOUCHEMENT APRES LA SURVENUE DE LA FISTULE

Après la survenue de la fistule 22,5 % des femmes ont pu accoucher contre 77,5 %.

III.6.7. SOUHAITS DES FISTULEUSES

De manière générale, les souhaits les plus ardents des fistuleuses se présentent comme suit :

En ce qui concerne la santé des fistuleuses

- i. être guérie totalement,
- ii. être prise en charge médicalement,
- iii. se faire soigner à l'hôpital,
- iv. être sécurisée pour prévenir les violences sexuelles,

- v. que les autorités et les partenaires unissent les efforts pour soigner toutes les fistuleuses,
- vi. éviter les travaux lourds,
- vii. que soient sensibilisées, celles qui ne savent pas que les fistules peuvent être traitées,
- viii. que les jeunes évitent les avortements,
- ix. qu'elles puissent prier sans cesse.

En ce qui concerne les soins reçus

- x. besoin des spécialistes,
- xi. besoin des soins appropriés en santé de la reproduction,
- xii. nécessité d'équiper les structures sanitaires en matériels et équipements adéquats,
- xiii. besoin du suivi des fistuleuses,
- xiv. nécessité de soutenir les associations qui soignent gratuitement les fistuleuses,
- xv. besoin du personnel qualifié,
- xvi. gratuité des soins.

En ce qui concerne l'assistance sociale

- i. être prise en charge financièrement,
- ii. apprendre un métier,
- iii. être habillée et logée,
- iv. convaincre le mari à ne pas l'abandonner,
- v. prendre en charge leurs enfants,
- vi. traduire en justice les maris qui abandonnent leurs femmes à cause des fistules,
- vii. bénéficier d'une instruction ou formation intellectuelle,
- viii. être assistée psychologiquement en cas de non rétablissement.

V. CONCLUSION

A l'issue de cette enquête la RDC dispose des données précises, objectives et détaillées sur les fistules urogénitales.

Cependant, il convient de signaler que l'insécurité qui règne encore dans certains coins de la RDC d'une part, et les contraintes budgétaires pour l'organisation de la présente étude d'autre part, il n'a pas été possible que de mener l'enquête à travers toutes les onze provinces du pays.

C'est ainsi que l'échantillon qui a été tiré, a surtout tenu compte des provinces qui ont été les plus touchées par les guerres étant entendu que c'est surtout dans ces dernières que les violences sexuelles ont beaucoup plus été commises.

La fistule urogénitale est une réalité en RDC et le rôle des violences sexuelles dans sa genèse n'est pas négligeable.

La prise en charge est rendue difficile par la vétusté du matériel et équipements médicaux, le manque ou l'insuffisance du personnel qualifié nécessaires à cet effet.

La mobilisation par l'Etat d'importants moyens financiers est donc nécessaire pour y faire face.

IV. RECOMMANDATIONS

Au Gouvernement

- faire le plaidoyer auprès des partenaires bilatéraux et multilatéraux pour une mobilisation des ressources en faveurs des fistuleuses
- Accroître le budget alloué au Ministère de la Santé
- Restaurer l'autorité de l'Etat sur toute l'étendue de la République et éliminer toutes les violences faites à l'être humain en particulier les violences faites à la femme et à la jeune fille

Au Ministère de la Santé

- Prendre des mesures urgentes pour le renforcement des capacités de prise en charge des fistuleuses par les structures sanitaires
- Assurer l'intégration de la fistule dans les services SR et programmes en cours
- Réhabiliter et équiper les structures des soins en produits fongibles et non fongibles
- Assurer la formation des prestataires (chirurgiens, gynécologue-obstétriciens, urologues et autres prestataires)
- Renforcer les capacités du PNSR en collecte des données et en élaboration des stratégies
- Assurer aux femmes le droit à une maternité à moindre risque et une vie de dignité

A l'UNFPA

- Maintenir et renforcer l'appui actuel à la RDC sur l'élimination des fistules
- Faire le plaidoyer auprès des autres partenaires pour des appuis accrus en faveur des fistuleuses

A la communauté

- Promouvoir la culture de la paix et les règlements pacifique des conflits
- Encourager les femmes à recourir aux services de planification familiale et de CPN en cas des grossesses et aux structures sanitaires pour le cas de fistules
- Soutenir moralement et encadrer les fistuleuses
- Sensibiliser les familles sur les risques de mariage et d'accouchement précoces

Aux institutions de santé

- Mettre sur pieds des structures appropriées pour la prise en charge des fistuleuses

Aux fistuleuses

- Recourir aux structures sanitaires pour des soins appropriés

VI. PERSONNES AYANT CONTRIBUE A LA REALISATION DE CETTE ENQUETE

L'enquête sur l'estimation de l'ampleur et des besoins sur les fistules urogénitales en RDC a été initiée par le Ministère de la Santé et exécutée par le PNSR avec l'appui technique et financier de l'UNFPA.

Sa réalisation a nécessité :

1. La constitution d'un comité de pilotage comprenant

- Dr TSHEKE KOY COSMAS, Directeur du PNSR
- Dr KIKOO BORA, Directrice Adjointe du PNSR
- Dr DIKAMBA NELLY, Assistante a l'Ecole de Santé Publique
- Dr LOKOMBA, Gynécologue Obstétricien, Cliniques Universitaires de Kinshasa
- Prof. Dr TOZIN RAHMA, Gynécologue Obstétricien, Cliniques Universitaires de Kinshasa
- Dr BOKINGO, Chef de Division MMR / PNSR
- AG LISUMBU MOTANDA, Chef de Bureau Enquête et Recherche / PNSR
- Dr MUELA, Gynécologue Osbtétricien a l'HGRPK (Ex Mama – Yemo)
- Prof. MANGONI, Psychologue, Faculté de l'Education et Psychologie, UNIKIN
- Dr SHAMWOL, Chef de l'unité SR / UNFPA
- Mme ZEBA Thérèse, Conseillère au programme/UNFPA
- Mme AMINA YUMA, Directrice au PNCPS
- Mme Flora CHIRISWA, Chef du Programme SR / OMS
- Mme Ingrid MULAMBA, Anthropologue, Département de Sociologie et Anthropologie, UNIKIN
- Prof. PUNGA, Médecin Urologue / Cliniques Universitaires
- Dr MUSUAMBA, Gynécologue Obstétricien / UNC-DRC
- Dr MOBILE KAMPAGA, Médecin Urologue / Cliniques Ngaliema
- Mr ONAKOY, Infirmier a l'HGRP de Kinshasa
- Mr MAYALA, Président ANIC / HGRP de Kinshasa

- Dr MAMBU, Assistante a l'Ecole de Santé Publique
- Mr MAVULA BANDA, Démographe
- Dr KAWENDE BORA, Chargée de programme SR/UNFPA

2. La participation des superviseurs nationaux

- AG LISUMBU MOTANDA
- Mr MATADI UTE USENG
- Dr MUSUAMBA MUTOMBO Gertrude
- AG BUHENDWA
- Prof. Vital MANGONI
- Mme INGRID MULUMBA

3. SUPERVISEURS LOCAUX

- MBWILIZA THEOPHILE
- AG BELE
- Dr MBUKU VICKIE
- BOLAMBA NAPOLEON
- BUYANA DESIRE
- KIKANA LUKANGILA

4. ENQUETEURS

- MBEKA EL PINTO
- MUMPASI MBUNGU
- MUDINGA FREDERIC
- NAKESE WIVINE
- HAMISI CHRISTINE
- KAKULE VAKE
- BUKUMBABU ILUNGA
- KIHEMU KINYONGO
- LOPEMBE MWEMBE
- NGUNZA SUKAMVU
- OMBI YOHALI
- NTUMBA ALBERT

- TUMBA KINYANGALA
- SELEMANI TCHAM
- AG ENYELINGA ANNIE
- KIKOO ALIMASI
- KIBEJI CHOUCOU

5. STATISTICIEN

- Mr MUNGOMBA ABERI, PNSR

6. CONSULTANT

- Statisticien Michel TANGONGO / INS

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. 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.
2. Kelly J. Vesico-vaginal and recto-vaginal fistulae. Journal of the Royal Society of Medicine, 85 (5): 257-258, May 1992.
3. Murray C, Lopez A, eds. Health dimensions of sex and reproduction disorders and congenital anomalies. Cambridge, MA, Harvard University Press on behalf of the world Health Organisation and World Bank, 1998, 390p.
4. Obstetric fistula. Ending the silence, easing the suffering. www.Inforhealth.org. September 2004. Issue N°2.
5. Roy K.K, VAIJYANATH, APJ, SINHA, A. DEKA D and TAKKAAZA. Sexual trauma. A manual case of Vesicovaginal fistula (case report) European Journal of Obstetric, gynecology and reproductive biology 101 (1): 89-90. Feb 2002.
6. Wall LL. Dead mother and injured wives: the social context of maternal mortality and morbidity among the Hausa of Northern Nigeria. Studies in Family Planning 29 (4): 341-359. Dec. 1998
<<http://www.wfmic.org/Dead%20mothers.pgf>>. accessed.sept 28, 2004.
7. Wax .E.A brutal legacy of Congo war. Washington Post. Oct 25, 2003 <<
<http://www.washingtonpost.com/ac2/wp-dyn?pagename=article&content=A14059-2003> Oct 24 & not found=true>>
accessed Apr. 9, 2004.
8. Wegner, MN (Engender health) [Gynecology fistula] personnal communication Apr, 7, 2004.
9. Zacharin RF. History of obstetric vesico-vaginal fistula. Australian and New Zealand Journal of Surgery, 70: 851-54,200.

VIII. ANNEXES