

Rapport du projet ACQUIRE

Fistule gynécologique traumatique : une conséquence de la violence sexuelle dans des situations de conflit

Septembre 2006

Rapport de la réunion tenue à Addis-Abeba
(Ethiopie) du 6 au 8 septembre 2005

Hôpital de traitement des fistules, Addis Abeba
Projet ACQUIRE/EngenderHealth
Société éthiopienne des obstétriciens et gynécologues
Synergie des Femmes pour les Victimes des Violences Sexuelles



the ACQUIRE project



© 2006 Projet ACQUIRE/EngenderHealth. Tous droits réservés.

The ACQUIRE Project
c/o EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 U.S.A.
Téléphone : 212-561-8000
Fax : 212-561-8067
E-mail : info@acquireproject.org
www.acquireproject.org

La réunion qui fait l'objet du présent rapport a été financée par le peuple américain par l'entremise du Bureau régional des services de développement économique pour l'Afrique australe et de l'Est (REDSO, *Regional Economic Development Services Office for East and Southern Africa*) de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), dans le cadre du projet ACQUIRE et au titre de l'accord de coopération n° GPO-A-00-03-00006-00. De même, la publication du présent rapport a été financée par l'accord de coopération USAID n° GPO-A-00-03-00006-00. Toutefois, les opinions qui y sont émises sont celles de l'éditeur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis.

Le projet ACQUIRE (Access, Quality, and Use in Reproductive Health – *Accès, Qualité et Utilisation en Santé de la reproduction*) est un projet conjoint financé par l'USAID et géré par EngenderHealth en partenariat avec l'Agence adventiste d'aide et de développement (ADRA, *Adventist Development and Relief Agency International*), CARE, IntraHealth International, Inc., Meridian Group International, Inc. et l'Association des femmes africaines face au SIDA (SWAA, *Society for Women and AIDS in Africa*). Le projet ACQUIRE se donne pour mission de promouvoir et de soutenir les services de santé de la reproduction et de planification familiale avec un accent particulier sur la dispensation de soins médicaux dans les structures sanitaires.

Imprimé aux Etats-Unis d'Amérique sur papier recyclé.

Méthode de citation suggérée : Hôpital de traitement des fistules d'Addis Abeba, Projet ACQUIRE/EngenderHealth, Société éthiopienne des obstétriciens et gynécologues et Synergie des Femmes pour les Victimes des Violences Sexuelles. 2006. *Fistule gynécologique traumatique : une conséquence de la violence sexuelle dans des situations de conflit*. New York : Projet ACQUIRE/EngenderHealth.

Table des matières

Remerciements	v
Liste des abréviations	vii
Résumé analytique	ix
Introduction	1
Un jalon dans le traitement de la fistule gynécologique traumatique	1
Objectifs de la réunion	3
Ampleur du problème et programmes d'intervention	5
Définition de la fistule gynécologique traumatique	5
Vue d'ensemble des violences sexuelles faites aux femmes (VSFF) dans les situations de conflit	5
Cruelles réalités dans deux pays	6
Expériences de programmes dans six pays	7
Problèmes connexes fondamentaux	15
Excision/Mutilation génitale féminine	15
Viol des enfants	15
Violence dans la famille	16
Stratégies pour des programmes réussis	19
Qualité des soins : composantes essentielles dans les programmes	19
Rôle, attitudes et compétences des prestataires dans le traitement de la fistule traumatique	20
Problèmes liés à la formation	20
Recherche d'appuis politiques et au niveau des politiques	22
Collecte de données	23
Etablissement de liens avec les services de planification familiale, de traitement du VIH/SIDA, et autres services	24
Prise en charge de la fistule traumatique	25
Prise en charge médicale	25
Problèmes d'assistance psychologique et psychosociale	25
Interventions sociales/communautaires	26
Plaidoyers de politiques	27
Systèmes de référence	27
Plans nationaux d'action	29
Conclusions	31
Annexes	
Annexe 1 : Participants à la réunion	33
Annexe 2 : Projets de plans d'action nationaux	41
Annexe 3 : Ordre du jour de la réunion	49

Remerciements

Les partenaires ayant collaboré à l'organisation de la réunion, en l'occurrence l'Hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba, le projet ACQUIRE/EngenderHealth, la Société éthiopienne des obstétriciens et gynécologues (ESOG, *Ethiopian Society of Obstetricians and Gynecologists*) et Synergie des Femmes pour les Victimes des Violences Sexuelles (SFVS), remercient l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et son Bureau régional des services de développement économique pour l'Afrique australe et de l'Est (REDSO) pour le financement fourni pour la réunion. Nous remercions particulièrement Vathani Amirthanayagam, Patricia MacDonald, le Dr Ann McCauley et Mary Ellen Stanton. Nous exprimons également notre reconnaissance au ministère éthiopien de la Santé pour son soutien.

Les partenaires expriment leur gratitude au personnel administratif du projet ACQUIRE/EngenderHealth en Ethiopie, qui a fourni une assistance inestimable dans la coordination des divers partenaires, la logistique de la réunion sur place et la gestion d'une gamme variée de problèmes dans des domaines connexes.

Plusieurs autres personnes de diverses institutions en Afrique ont généreusement fait bénéficier les préparatifs de la réunion de leurs connaissances sur la fistule gynécologique traumatique et ont permis la création d'une feuille de route commune pour les années à venir. Ils sont trop nombreux pour que nous les mentionnions tous ici, mais nous leur disons notre reconnaissance à tous.

Parmi les rédacteurs et relecteurs du présent rapport figurent Karen Beattie, Lauren Pessa, le Dr Joseph Ruminjo, Erika Sinclair, le Dr Shipra Srihari, Katie Tell et Mary Nell Wegner, tous du projet ACQUIRE/EngenderHealth, Ruth Kennedy de l'Hôpital de traitement des fistules d'Addis Abeba, le Dr Solomon Kumbi d'ESOG, et Justine Masika de SFVS. Donna Grosso a révisé le rapport; Jeannette Ndong a traduit le rapport en français; Elkin Konuk l'a formaté et Michael Klitsch en a assuré la supervision éditoriale.

Par-dessus tout, nous rendons hommage à toutes les femmes et jeunes filles qui, courageusement, endurent la peine et la douleur que causent les fistules traumatiques.

Liste des abréviations

ACORD	Agency for Cooperation and Research in Development (<i>Agence de coopération et de recherche pour le développement</i>)
ACQUIRE	Access, Quality, and Use in Reproductive Health (<i>Accès, Qualité et Utilisation en santé de la reproduction</i>)
ADRA	Adventist Development and Relief Agency International (<i>Agence adventiste d'aide et de développement</i>)
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
COMSED	Cooperation for Medical Services and Development (<i>Coopération pour les services médicaux et le développement</i>)
CU	Contraception d'urgence
DOCS	Doctors On Call For Service
ESOG	Ethiopian Society of Obstetricians and Gynecologists (<i>Société éthiopienne des obstétriciens et gynécologues</i>)
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IST	Infection sexuellement transmissible
Lib-SWAA	Liberian Society for Women Against AIDS (<i>Société libérienne des femmes contre le SIDA</i>)
MSF	Médecins sans Frontières
Ob-gyn	obstétricien-gynécologue
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PF	Planification familiale
REDSO	Regional Economic Development Services Office (<i>Bureau régional des services de développement économique pour l'Afrique australe et de l'Est</i>)
RDC	République démocratique du Congo
SFVS	Synergie des Femmes pour les Victimes des Violences Sexuelles
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SR	Santé de la reproduction
SWAA	Society for Women and AIDS in Africa (<i>Association des femmes africaines face au SIDA</i>)
USAID	Agence américaine pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VSFF	Violences sexuelles faites aux femmes
WDP	Women's Dignity Project (<i>Projet pour la dignité des femmes</i>)

Résumé analytique

La *fistule obstétrique* – déchirure vaginale résultant d'un travail dystocique prolongé – a fait l'objet de beaucoup d'attention dans le cadre des préoccupations internationales dans le domaine de la santé de la reproduction, mais jusqu'à récemment, peu d'attention avait été portée à la *fistule gynécologique traumatique* – blessure pouvant résulter d'une agression sexuelle violente, souvent en situation de conflit. Plusieurs prestataires de soins s'occupant des femmes et des enfants dans des zones en guerre civile ou en conflit ont eu à accueillir des clientes souffrant de fistules traumatiques. Toutefois, l'expertise sur cette pathologie reste dispersée, et l'échange de stratégies et d'outils de prise en charge de ce problème demeure limité.

Pour en savoir davantage sur cette pathologie, l'Hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba, le projet ACQUIRE/EngenderHealth,¹ la Société éthiopienne des obstétriciens et gynécologues (ESOG) et Synergie des Femmes pour les Victimes des Violences Sexuelles (SFVS) ont conjointement organisé la toute première conférence sur la fistule traumatique à Addis-Abeba, en Ethiopie, du 6 au 8 septembre 2005. Parmi les participants figuraient des chirurgiens prenant en charge la fistule, des travailleurs sociaux et du domaine de la santé, des psychologues, des activistes et des juristes provenant de 12 pays africains où la fistule est réputée exister, ainsi que des experts internationaux des questions humanitaires et de santé publique (voir l'annexe 1 pour la liste des participants à la réunion).

Pour préparer la réunion, le projet ACQUIRE a mené une revue de la littérature existante sur la fistule traumatique,² et les conclusions de cette revue ont été fournies à tous les participants de la réunion.

La rencontre comportait des ateliers, le travail en groupes restreints ainsi que des témoignages d'experts (voir l'annexe 3 pour l'ordre du jour de la réunion), et se donnait les objectifs suivants :

- ◆ Procéder à un échange des connaissances sur l'ampleur du phénomène de la fistule traumatique.
- ◆ Examiner les programmes d'intervention existants.
- ◆ Identifier les principaux succès, défis et faiblesses dans les domaines médical, psychosocial, communautaire, des politiques et du plaidoyer, ainsi que des références à d'autres structures sanitaires, et autres problèmes connexes.
- ◆ Procéder à une synthèse des leçons tirées, formuler des recommandations pour apporter des solutions aux faiblesses constatées, et développer des stratégies adaptées à chaque pays pour le traitement de la fistule traumatique.

¹ Le projet ACQUIRE (Accès, Qualité et Utilisation en Santé de la reproduction) est un accord de coopération financé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Il œuvre à promouvoir et appuyer au niveau mondial les services de santé de la reproduction et de planification familiale, avec un accent particulier sur la dispensation de soins médicaux dans les structures sanitaires. EngenderHealth assure la gestion du projet ACQUIRE en collaboration avec l'*Adventist Development and Relief Agency International* (ADRA), CARE, IntraHealth International, Inc., Meridian Group International, Inc. et l'Association des femmes africaines face au SIDA (SWAA, *Society for Women and AIDS in Africa*).

² Pour accéder à ce document, visiter le site : <http://www.engenderhealth.org/ia/swh/mcftraumatic.html>. (Projet ACQUIRE/EngenderHealth. 2005. *Fistule gynécologique traumatique : une conséquence de la violence sexuelle dans des situations de conflit : un examen de la littérature*. New York : Projet ACQUIRE/ EngenderHealth).

Au cours de la réunion, les experts ont discuté des défis, progrès accomplis et leçons tirées des programmes de traitement de la fistule traumatique et de prise en charge des violences faites aux femmes. Parmi les principaux défis figurent les éléments suivants :

- ◆ **Plaidoyer pour de nouvelles politiques.** La faible perception du phénomène de la fistule traumatique se traduit par un engagement mitigé au niveau de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques. Les participants à la réunion ont exprimé l'impérieux besoin de fournir aux décideurs toute l'information et tout le matériel de plaidoyer nécessaires. En outre, l'absence d'information sur l'ampleur de la prévalence de la fistule traumatique constitue un obstacle au plaidoyer et aux activités visant à promouvoir la connaissance de la pathologie.
- ◆ **Systèmes juridiques.** Dans plusieurs pays en conflit ou en situation post-conflit, il n'existe pas de systèmes juridiques permettant aux survivantes de violences sexuelles de saisir les tribunaux pour que les coupables rendent compte de leurs actes. Là où de tels systèmes existent, l'environnement conflictuel affaiblit parfois sérieusement le règne de la loi, permettant ainsi l'instauration du règne de l'impunité pour les actes d'agression sexuelle.
- ◆ **Traitement médical.** Des opportunités de formation et de recyclage des prestataires de services sont grandement nécessaires. Dans la plupart des pays, l'absence de connaissances et de compétences constitue une entrave à des services adéquats de traitement de la fistule. Il manque souvent aux structures sanitaires les équipements et matériels nécessaires pour le traitement de la fistule. L'insuffisance des ressources financières, matérielles et humaines constitue un obstacle à de bonnes prestations de services de traitement de la fistule.
- ◆ **Suivi psychosocial.** Les femmes souffrant de fistules traumatiques ont des besoins qui ne peuvent pas être résolus dans le seul cadre des services médicaux. Les survivantes de violences sexuelles ont besoin de divers services psychologiques et psychosociaux qui ne sont pas toujours disponibles ou adéquats en raison de l'absence de moyens financiers, de compétences en matière d'assistance psychosociale et de ressources humaines. Là où de tels services existent, les prestataires en charge du traitement de la fistule traumatique peuvent ne pas avoir conscience de l'importance de référer les clientes à d'autres structures.
- ◆ **Systèmes de référence.** La mise en place de systèmes efficaces de référence est un autre grand défi. Les clientes tout comme les membres des communautés auxquelles elles appartiennent n'ont pas grande connaissance des services et des droits des clientes. Une autre difficulté est le peu de disponibilité des services chirurgicaux et d'assistance psychosociale. En outre, les assaillants peuvent intimider les clientes, leur instillant la peur d'accéder aux services. La peur de la discrimination et de la stigmatisation sociale peut également empêcher une femme de rechercher des références pour d'autres services.
- ◆ **Ressources financières.** L'absence d'engagement politique en faveur du problème de la fistule traumatique se traduit le plus souvent par le manque cruel de ressources financières pour le traitement des fistules et pour les services de réhabilitation. Un manque de financements réguliers implique très souvent que les structures sanitaires et les organisations non gouvernementales s'attachant à fournir le traitement adéquat sont incapables de le faire.
- ◆ **Inégalité des sexes.** L'inégalité entre les sexes ainsi que les attitudes et pratiques misogynes sont au fondement de la pathologie de la fistule traumatique. La modification des attitudes et comportements pouvant générer des actes de violence sexuelle constitue un défi et nécessitera un travail à grande échelle et à long terme.

Les participants à la réunion ont élaboré une série de recommandations en matière de programmes et de stratégies spécifiques à chaque pays pour la prise en charge de la fistule traumatique (voir l'annexe 2). Parmi les stratégies recensées, on peut noter :

- ◆ la conduite d'évaluations pour identifier les faiblesses dans la fourniture des services de traitement de la fistule traumatique ;

- ◆ l'élaboration d'études sur l'ampleur des violences sexuelles faites aux femmes et la prévalence de la fistule traumatique, et la présentation des résultats de ces études à tous les principaux acteurs concernés ;
- ◆ la sensibilisation de toutes les parties concernées – gouvernements, sociétés civiles, groupes religieux et membres des communautés – au problème de la fistule traumatique, à ses causes et aux moyens de la prendre en charge ;
- ◆ la mobilisation des dirigeants des communautés et des groupes de femmes, et le plaidoyer auprès des principaux décideurs pour un changement ;
- ◆ la formation des personnels sanitaires et auxiliaires à la prise en charge de la fistule traumatique ;
- ◆ l'équipement des centres de santé et leur approvisionnement adéquat en fournitures, matériels et médicaments pour le traitement des fistules et la réhabilitation des clientes ;
- ◆ l'établissement et/ou le renforcement de centres d'aide pour victimes de viol ;
- ◆ la mise en place de groupes nationaux de travail sur la fistule traumatique, pour élaborer des plans de travail et des activités à entreprendre collectivement ;
- ◆ l'organisation de sessions de formation pour les médias sur le traitement médiatique des violences sexuelles faites aux femmes, de la fistule obstétrique et de la fistule gynécologique traumatique.

Les résultats de l'examen de la littérature existante et la réunion des experts ont montré que les femmes souffrant de fistules traumatiques ont des besoins qui ne peuvent pas trouver satisfaction dans le seul cadre des services médicaux. Les interventions doivent être globales et multisectorielles, avec l'implication des secteurs médical, social, éducatif, juridique, etc.

Introduction

La conscience générale du problème de la *fistule obstétrique* – déchirure vaginale résultant d'un travail dystocique prolongé – s'est accrue, mais très peu d'informations circulent sur la *fistule gynécologique traumatique* – blessure résultant d'une agression sexuelle violente, souvent dans des situations de conflit. Le viol brutal, par un ou plusieurs assaillants ou à l'aide de canons de fusil, de bouteilles de bière ou de bâtons, peut entraîner une déchirure, ou fistule, entre le vagin d'une femme et sa vessie ou son rectum, ou les deux à la fois. Les femmes souffrant de fistules traumatiques sont incapables de contrôler le flot de leurs urines et/ou de leurs matières fécales, et ne peuvent se maintenir dans un état de propreté.

En tant que survivantes de violentes agressions sexuelles, les femmes souffrant de fistules traumatiques peuvent avoir également subi d'autres blessures physiques, et elles courent un risque accru de grossesse non désirée et d'infections sexuellement transmissibles (IST), y compris l'infection par le VIH. Souvent répudiées par leurs époux, fuies par leurs communautés et incapables de travailler pour subvenir aux besoins de leurs familles, les survivantes doivent également faire face au traumatisme psychologique causé par le viol.

La fistule peut être traitée par opération si des chirurgiens qualifiés et des soins post-opératoires de qualité sont disponibles. La réhabilitation et l'assistance psychosociale globales et à long terme ainsi que des activités de plaidoyer sont indispensables pour veiller à la cicatrisation des blessures psychologiques de la femme, et à ce que son/ses agresseur(s) rendent compte à la justice.

Un jalon dans le traitement de la fistule gynécologique traumatique

Un partenariat regroupant l'Hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba, le projet ACQUIRE/EngenderHealth (Accès, Qualité et Utilisation en Santé de la reproduction), la Société éthiopienne des obstétriciens et gynécologues (ESOG) et Synergie des Femmes pour les Victimes des Violences Sexuelles (SFVS) a réuni un groupe d'experts du domaine de la fistule gynécologique traumatique et des affections connexes dans le cadre d'une rencontre de trois jours sur la fistule gynécologique traumatique en environnements de conflit. A cette occasion, des experts de 12 pays africains se sont réunis à Addis-Abeba en Ethiopie, du 6 au 8 septembre 2005, pour créer une base de données commune, discuter des meilleures pratiques existantes et initier la mise sur pied d'un réseau des professionnels prenant en charge la fistule traumatique sur les fronts médical, psychologique, social et juridique en Afrique.

Etant donné l'absence d'information sur la fistule traumatique au sein de la grande communauté des professionnels de la santé de la reproduction et des organisations de secours, le projet ACQUIRE a, en préparation de la réunion, procédé à un examen de la littérature existante pour collecter les informations disponibles sur la fistule traumatique. Cet examen révèle des cas de femmes et de filles victimes d'actes brutaux de viol dans un certain nombre de pays africains où les conflits politiques ont entraîné l'usage systématique du viol comme arme de guerre. Les recherches effectuées pour cet examen montrent que la République démocratique du Congo (RDC) est le pays ayant le plus grand nombre de femmes souffrant de fistules gynécologiques traumatiques. Les rapports mentionnent également le Rwanda, la Sierra Leone et le Soudan, mais l'on ne dispose pas d'informations suffisantes pour dire s'il s'agit de cas sporadiques ou de phénomènes indicatifs d'un problème plus grave. Bien que le peu de documentation existant sur les cas de fistules gynécologiques traumatiques puisse laisser à penser qu'il ne s'agit pas d'un problème grave, ce

manque de documentation pourrait également être le parfait reflet des défis qui se posent dans la détermination de l'ampleur du problème.

Des traitements médicaux et psychosociaux sont actuellement fournis aux femmes souffrant de fistules traumatiques dans l'est du Congo, mais l'on ne sait pas si d'autres pays disposent de services similaires pour leur venir en aide. Le cas échéant, il ne semble pas que leurs activités aient été documentées ou aient fait l'objet de publications. Certaines filles et femmes souffrant de fistules traumatiques bénéficient de soins, y compris les interventions chirurgicales, dans le cadre de programmes de réparation de fistules obstétriques (là où de tels programmes existent)³. Toutefois, leurs communautés fuient les femmes souffrant de fistules et les femmes sexuellement agressées peuvent manifester de la réticence à faire connaître leurs cas et à se présenter pour des soins. En outre, les femmes victimes de viol n'en parlent pas souvent par peur de représailles de la part de leurs agresseurs. Pour ces raisons et plusieurs autres, de nombreuses femmes souffrant de fistules traumatiques ne sont pas repérées et ne bénéficient pas de traitement chirurgical, d'assistance psychosociale et d'autres services, et souffrent inutilement les conséquences à vie de la blessure.

La réunion sur la fistule gynécologique traumatique a fourni une opportunité précieuse d'entendre des experts sur l'inégalité des sexes et la violence sexuelle dans les situations de conflit, et d'élaborer une stratégie globale pour la prise en charge des besoins multiformes des femmes et des filles souffrant de la fistule traumatique. Andrew Sisson, le directeur du bureau régional des services de développement économique pour l'Afrique australe

« [Nous] devons commencer à combattre la culture de l'impunité qui encourage les comportements générateurs de la fistule traumatique. »

—Andrew Sisson, REDSO

et de l'est (REDSO) de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), a affirmé qu'environ une femme sur trois dans le monde avait été physiquement ou sexuellement agressée à un moment ou un autre de sa vie. Sisson a raconté l'histoire d'une petite fille de 6 ans dans le pavillon préopératoire de l'hôpital DOCS (*Doctors On Call For Service*) de Goma en RDC :

« ...Elle avait été arrachée des bras de sa mère alors qu'elles étaient assises dans la cour au crépuscule. Soudain, un groupe de cinq miliciens sont arrivés en tirant des coups de feu. Sa mère a supplié les miliciens de la prendre plutôt que sa fille, mais ils ont refusé. Ils étaient venus pour la petite fille. La fillette fut retrouvée le lendemain, dans son école, ses petits pieds attachés à deux bancs. Elle baignait dans une mare de sang. Les médecins de Goma dirent à la femme que sa fille allait survivre, mais la mère se lamentait de ce que sa fille ne pourrait plus jamais se marier. Elle avait peur que sa fille ne puisse plus jamais oublier la violence horrible dont elle avait été l'objet. »

Justine Masika, directrice de SFVS en RDC a raconté avoir vu une rescapée d'un viol âgée d'un mois. Elle a signalé que les auteurs de tels crimes étaient souvent armés, et pouvaient être aussi bien des miliciens que des soldats ; dans certains cas, c'était des membres de la famille de la femme. Ruth Kennedy, officier de liaison de l'Hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba, a affirmé : « Certaines [femmes] ne pourront jamais guérir. Nous devons mettre en place une alternative pour celles qui sont si détruites et si désespérées qu'elles ne peuvent plus penser pour elles-mêmes, et leur fournir un havre d'espoir. »

³ Projet ACQUIRE/EngenderHealth. 2005. *Fistule gynécologique traumatique : une conséquence de la violence sexuelle dans des situations de conflit : un examen de la littérature*. New York : Projet ACQUIRE/EngenderHealth. Disponible sur le site : <http://www.engenderhealth.org/ia/swb/mcftraumatic.html>.

Objectifs de la réunion

La réunion s'est donnée quatre objectifs spécifiques :

- ◆ Echanger les connaissances les plus récentes sur l'ampleur de la prévalence de la fistule traumatique.
- ◆ Discuter des programmes d'intervention en cours.
- ◆ Identifier les principaux succès, défis et faiblesses dans les domaines médical, psychosocial, communautaire et en matière de politiques/plaidoyer, de références à d'autres structures sanitaires, et autres problèmes connexes.
- ◆ Procéder à une synthèse des leçons tirées, élaborer des recommandations pour pallier les faiblesses, et développer des stratégies spécifiques à chaque pays pour prendre en charge la fistule traumatique.

Ampleur du problème et programmes d'intervention

Définition de la fistule gynécologique traumatique

Tous les types de fistules sont causés par des traumatismes. Parmi ceux susceptibles de causer les fistules figurent les traumatismes obstétricaux (par exemple le travail de la parturiente, l'accouchement au forceps), les interventions chirurgicales gynécologiques telles que les hystérectomies ou les opérations pour laxité des tissus génitaux pelviens, l'instrumentation de la vessie, les empalements par suite d'accidents tels que les chutes ou les coups de cornes, le cancer ou l'irradiation du tractus génital ou du rectum, l'affection abdominale inflammatoire (par exemple la maladie de Crohn), les infections telles que la tuberculose et les blessures causées par des faits de culture (par exemple l'incision du vagin ou incision Gishiri, la mutilation génitale féminine, ou l'insertion d'objets dans le vagin). La violence sexuelle, y compris le viol, les attentats à la pudeur ou l'insertion forcée d'objets dans le vagin, est la principale cause des fistules traumatiques.

Pour les besoins de la réunion, la fistule gynécologique traumatique (ci-après simplement désignée « fistule traumatique ») a été définie comme **une ouverture anormale entre le tractus génital de la femme ou de la fille et une ou plusieurs cavités ou surfaces du corps, ouverture causée habituellement par un acte de violence sexuelle, mais pas nécessairement en situation de conflit ou post-conflit.**

Les experts ont insisté sur le fait que le « conflit » peut être d'ordre familial et ne pas nécessairement résulter d'un acte de guerre. Ruth Kennedy de l'Hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba a affirmé : « Nous devons clairement comprendre que la guerre en cours a lieu dans le vagin de la femme – c'est là désormais le champ de bataille – et nous devons agir et ne pas nous enfermer dans des querelles de sémantique au sujet de ce qui est une situation de conflit et de ce qui ne l'est pas. » Les organisations ne doivent pas laisser la sémantique voiler la nécessité de fournir des services de qualité aux femmes souffrant de fistules obstétriques traumatiques ou de graves déchirures du périnée. Bien que les schémas de classification et les causes puissent différer, le résultat final est le même : l'incontinence.

Vue d'ensemble des violences sexuelles faites aux femmes (VSFF) dans les situations de conflit

Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) a déclaré que la violence sexuelle, la violence contre le sexe opposé et les violences faites aux femmes (VFF) sont des « violations des droits humains fondamentaux qui perpétuent des stéréotypes sexuels déniaient toute dignité humaine et toute autodétermination à l'individu, et constituent des entraves au développement humain. Il s'agit de violences physiques, sexuelles et psychologiques qui renforcent la subordination des femmes et perpétuent le pouvoir et le contrôle du sexe masculin. »

On outre, la déclaration, en 1993, de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur l'élimination des violences faites aux femmes (Article 2) note ce qui suit : « La violence faite aux femmes s'entend comme englobant, sans y être limitée : la violence physique exercée au sein de la famille, y compris les coups, les sévices sexuels infligés aux enfants de sexe féminin au foyer, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la

femme, la violence non conjugale, le harcèlement sexuel et l'intimidation, le proxénétisme et la prostitution forcée, la violence perpétrée ou approuvée par l'Etat, telle que le viol comme arme de guerre. »

Les actions et politiques des instances dirigeantes nationales et internationales, des entreprises et des militaires, la promotion par les médias de normes sociales dangereuses, ainsi que les pratiques et usages locaux sont tous des facteurs contribuant à la culture de la violence.

Plusieurs facteurs contribuent à exacerber les violences sexuelles faites aux femmes (VSFF) dans des situations de conflit :

- ◆ l'accroissement de la militarisation et le déclin du respect de la réglementation internationale ;
- ◆ la dépréciation de l'image des institutions internationales telles que l'ONU et la Cour internationale de justice ;
- ◆ la dette et les programmes d'ajustement structurels, la pauvreté et les inégalités croissantes, et les conflits qui en résultent ;
- ◆ la capacité réduite de l'Etat à assurer les besoins de base à l'instar de la santé, de l'éducation et de la justice.

Les VSFF sont inévitablement pires en temps de guerre. Personne ne rend plus grand compte à divers niveaux, et la violence sexuelle devient un moyen d'intimider et de réduire au silence les femmes activistes et les dirigeantes de communautés. Elle est souvent utilisée comme méthode d'interrogatoire, comme moyen d'humilier les femmes et de montrer leur impuissance, et comme instrument de génocide. Les femmes sont souvent enlevées et utilisées comme esclaves sexuelles et main d'œuvre gratuite pour les militaires.

Des stratégies juridiques internationales prennent corps et pourraient s'avérer efficaces dans la lutte contre les VSFF. Par exemple, la résolution n° 1325 des Nations Unies recommande l'inclusion de l'analyse des questions de genre dans tous les programmes des Nations Unies relatifs aux conflits, pour faire ressortir la prévalence des VSFF dans les situations de conflit. De plus en plus, la fourniture de services de santé psychologique et physique est considérée comme partie intégrante des activités d'assistance d'urgence et de reconstruction post-conflit. Après les conflits dans les Balkans et au Rwanda, les tribunaux internationaux et la Cour internationale de justice ont qualifié les violences faites aux femmes de « crimes contre l'humanité. »

Enfin, des recherches récentes ont commencé à montrer l'efficacité de travailler avec des hommes pour lever les barrières patriarcales et misogynes. En Afrique du Sud, par exemple, EngenderHealth collabore avec des coopératives, des institutions et des instances gouvernementales locales pour mettre en œuvre un programme Hommes Comme Partenaires (MAP, *Men as partners*) réussi visant à modifier les croyances, les attitudes et les comportements, à promouvoir la transformation des normes sociales, à mobiliser les hommes et les amener à agir au sein de leurs communautés, et à plaider pour un engagement accru du gouvernement en faveur d'un engagement positif des hommes.

Cruelles réalités dans deux pays

RDC

Justine Masika, directrice de SFVS dans l'est de la RDC, raconte plusieurs récits de femmes souffrant de fistules traumatiques :

« Nous avons rencontré une femme de 80 ans qui avait été violée par sept hommes armés. Abandonnée dans la brousse, elle a été trouvée deux semaines plus tard par

un chasseur qui l'a ramenée au village où personne n'avait les moyens de la soigner. Les villageois l'ont donc amenée à Goma. La femme ne disposait pas d'argent pour se faire traiter et elle est morte. Nous avons vu une autre femme qui avait été violée et dont le mari et le fils aîné avaient été tués. Lorsqu'elle a dénoncé les assaillants, ceux-ci ont à nouveau investi son domicile pour lui couper les lèvres. »

En réaction à cette violence, SFVS a été mis sur pied en février 2003 comme service d'alerte et d'urgence. Cette organisation regroupe maintenant 80 associations de femmes et de défense des droits de l'homme travaillant à assister les survivantes de violences sexuelles et les pauvres. Son objectif est de fournir une aide médicale, sociale et juridique, et d'organiser les femmes pour qu'elles luttent contre les violences sexuelles.

Burundi

Le Burundi connaît des turbulences depuis plus d'une décennie. Son économie s'est effondrée, et les organisations non gouvernementales (ONG) rapportent de plus en plus de récits de mauvais traitements infligés aux femmes dans les 17 provinces du pays. C'est dans ce contexte que l'organisation *Seruka* a été fondée pour soigner les survivantes de violences sexuelles et fournir des services répondant à la large variété des besoins des clientes, que ces besoins soient d'ordre médical, psychologique, social ou juridique. Le Centre *Seruka* veut fournir des services de manière à éviter une plus grande stigmatisation des clientes, surtout dans un contexte où le viol est considéré comme socialement acceptable et où les actes de viols ne surviennent pas seulement dans les zones de forte concentration de militaires, mais également dans les domiciles.

Le centre *Seruka* dispose d'un hôpital de 20 lits ouvert 24 heures par jour, sept jours par semaine. C'est l'un des 4 uniques centres qui, dans le pays, s'occupent des soins aux survivantes d'actes de viol. Les infirmières sont formées à accueillir les clientes avec compassion et respect. Elles font de la confidentialité une priorité, et appliquent strictement les règles de communication interne et externe, utilisant des codes plutôt que les noms des clientes dans chaque unité.

Depuis le début de l'année 2005, le centre a traité en moyenne 124 survivantes d'actes de viols par mois, chiffre nettement en hausse par rapport à l'année antérieure. Quarante et un pour cent des clientes étaient âgées de 19 à 45 ans ; presque 50 % d'entre elles étaient des mineures de cinq à dix-huit ans. A peu près la moitié des filles et femmes avaient été violées par des personnes qu'elles connaissaient – la plupart par une seule personne, et le quart par plus d'une personne à la fois.

Seruka a eu à faire face à de nombreux défis tels que l'obtention de la signature et de la validation de certificats médicaux par les autorités publiques. L'organisation a également eu des difficultés à se procurer des antirétroviraux (ARV) pour ses clientes atteintes de l'infection à VIH. Toutefois, le ministère de la Santé (MS) a officiellement déclaré, en janvier 2005, que la lutte contre les violences sexuelles est une priorité au Burundi.

Expériences de programmes dans six pays

Tchad

Ampleur de la prévalence de la fistule traumatique

Dans le cadre d'un programme pilote national de 18 mois sur la fistule mis en œuvre en 2002-2003 au Tchad, environ 456 fistules ont été réparées, chiffre qui, manifestement, ne représente qu'imparfaitement l'actuelle ampleur du problème dans le pays. Depuis le début du projet, le

programme a traité 520 clientes souffrant de fistules – 476 d’entre elles étant des femmes du Tchad et 44 étant des réfugiées du Darfour ou de la République centrafricaine. Huit d’entre ces 520 femmes présentaient des cas de fistules traumatiques. Cinquante pour cent de tous les cas concernaient des filles de 8 à 15 ans. Les fistules recto-vaginales constituaient la plupart des cas.

Tous les cas de fistules traumatiques à l’exception d’un seul résultaient d’actes de violence sexuelle. Dans l’un des cas, la fistule résultait de l’introduction forcée de doigts ou d’un bâton dans le vagin de la femme. On a également recensé des cas de fistules résultant d’avortements effectués sans assistance médicale.

Interventions réussies

Le programme sur les fistules au Tchad a débuté lorsqu’une équipe de l’Hôpital de traitement des fistules d’Addis-Abeba a été invitée à opérer des clientes souffrant de fistules à Adre, Abeche et Ndjamen. Après avoir financé la formation de deux médecins tchadiens à l’Hôpital de traitement des fistules d’Addis-Abeba, le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) a commencé la mise en œuvre d’un programme de traitement des fistules au Tchad. A ce jour, Ndjamen dispose d’une unité fonctionnelle de traitement et de soins des fistules qui travaille avec l’Hôpital de la Liberté à effectuer des réparations chirurgicales, mais une petite unité serait également nécessaire pour desservir les zones rurales. Le gouvernement tchadien a organisé des journées d’information et des séminaires pour accroître la conscience générale sur le phénomène des fistules et y engager les communautés et les décideurs. En conséquence de ces efforts de plaidoyer, le gouvernement développe actuellement une stratégie nationale d’élimination de la fistule.

« La stratégie nationale de traitement des fistules doit prendre en compte des divers types et les diverses causes des fistules, y compris la violence sexuelle. »

—Dr. Mahamat Koyalta,
Hôpital de la Liberté

Le travail en partenariat s’est avéré indispensable dans le cadre du programme tchadien ; par exemple, les camps de déplacés internes (DI) ont servi de cadre pour la coordination entre les ONG et les autres organismes tels que le HCR. Le Tchad s’attache maintenant à combattre le phénomène des violences sexuelles et à prendre en charge les problèmes subséquents ainsi que les besoins des survivantes. Avec le programme national en cours pour le traitement des fistules, une plus grande conscience des problèmes sous-jacents et le plaidoyer pour les survivantes de violences sexuelles doivent désormais être intégrés dans les stratégies des programmes visant à traiter les divers types et les diverses causes de la fistule, y compris les violences sexuelles.

Défis

Les défis ci-après, à relever pour la prise en charge de la fistule traumatique, ont été relevés :

- ◆ La prévalence de la fistule reste une injustice sociale au Tchad ; les causes de la fistule ont été identifiées et les solutions existent, mais il manque une volonté et un engagement politiques authentiques.
- ◆ L’inadéquation des ressources, de la formation et des services de santé est un obstacle à la réalisation efficace des programmes.
- ◆ Des efforts de plaidoyer seront nécessaires pour accroître la conscience du phénomène chez les leaders d’opinion et les décideurs au sein du gouvernement et du parlement.
- ◆ L’élaboration d’un protocole officiel constitue une nécessité pour aider à déterminer les causes de la fistule traumatique et effectuer une classification des cas au Tchad.

RDC

Ampleur de la prévalence de la fistule traumatique

Bien que les travailleurs de la santé aient identifié des cas de fistules traumatiques dans l'est de la RDC, il est difficile de collecter des données précises sur l'ampleur de la prévalence de cette pathologie parce que les seules données disponibles proviennent des statistiques des cliniques.⁴ Etant donné que de nombreuses femmes souffrant de fistules traumatiques ne se rendent pas dans un centre de santé pour des soins, un nombre important de cas ne sont par conséquent pas détectés et répertoriés.

« L'une des raisons pour lesquelles je suis si heureuse de participer... est que je pensais que nous étions là à souffrir toutes seules. »

—Dr. Longombe Ahuka, DOCS

Le programme de prise en charge de la fistule à l'hôpital DOCS a débuté en avril 2003. A l'origine, seules les fistules traumatiques étaient réparées en raison du fait que le temps et les ressources étaient limités, et également parce que le traitement des survivantes de violences sexuelles constituait une priorité. Au cours de la première année, 95 % des cas de fistules traitées étaient d'origine traumatique. En 2004, le taux des fistules traumatiques est tombé à 55 %. Au cours des deux dernières années, l'hôpital DOCS de Goma a accueilli plus de 3 550 survivantes d'actes de viols et effectué 600 interventions de réparation. Environ 68 % de ces opérations concernaient les fistules traumatiques.

Interventions réussies

Le programme de l'hôpital DOCS reconnaît que les femmes souffrant de fistules ont besoin d'une gamme de soins plus diversifiée, en dehors de la réparation chirurgicale, et travaille à développer une approche holistique pour aider ces femmes. L'une des préoccupations principales est la fourniture de services psychologiques. DOCS collabore avec un organisme dénommé « *Heal My People* » (Guéris mon peuple), qui recherche des survivantes de violences sexuelles et leur fournit une assistance psychologique et affective. Le centre traite également les femmes ne souffrant pas de fistules traumatiques, mais souffrant d'autres complications résultant des violences sexuelles (par exemple, de 10 à 30 % des femmes traitées souffrent de complications génitales).

Les recommandations ci-après ont été faites pour les futurs programmes en RDC :

- ◆ Les programmes de prise en charge des fistules traumatiques doivent comporter une composante « médiation familiale » entre la survivante et les autres membres de la famille, et devraient établir des liens avec les autres projets travaillant à reconstruire les communautés détruites du fait de conflits.
- ◆ Les programmes de prise en charge des fistules peuvent aider les femmes à acquérir davantage d'autonomie par le biais de sessions de formation professionnelle.

Guinée

Ampleur de la prévalence de la fistule traumatique

Une étude menée au sein de l'hôpital de district de Kissidougou en Basse Guinée-Conakry de 1998 à 2000 a permis d'examiner 52 cas de fistules, dont 34 (65 %) étaient obstétriques et 18 (35 %) traumatiques. De toutes les femmes traitées, 38 provenaient de Guinée (parmi lesquelles 4 étaient des déplacées internes) et 14 étaient des réfugiées (10 de Sierra Leone et 4 du Libéria). Dix-huit des

⁴ Pour davantage d'information sur l'ampleur de la prévalence de la fistule en RDC, consulter : Projet ACQUIRE/EngenderHealth. 2005. *Fistule gynécologique traumatique : une conséquence de la violence sexuelle dans des situations de conflit : un examen de la littérature*. New York : Projet ACQUIRE/EngenderHealth.

clientes ont rapporté avoir été violées. En Guinée, peu de cas de fistules traumatiques sont signalés par les victimes à cause de la honte, de l'ostracisme social et de la stigmatisation afférents au viol.

La plupart des clientes souffrant de fistules traumatiques (41 %) étaient âgées de 16 à 20 ans. 91 % des femmes avaient vécu avec leurs époux avant de contracter la fistule. 44 % des femmes ont signalé avoir été abandonnées par leurs époux après avoir contracté la fistule, et 6 % d'entre elles ont dit qu'elles n'étaient pas mariées.

« Plus une femme est indépendante, plus haut elle peut aller sur l'échelle de la société dominée par les hommes. »

—Dr. Pascal Manga,
Maternité Sans Risque de Kindu

Interventions réussies

Dix des 18 clientes ayant été violées ont été traitées pour des IST avant la réparation chirurgicale. Toutes les survivantes d'actes de viols ont bénéficié d'assistance psychologique avant l'opération. Treize des femmes souffrant de fistules traumatiques ont subi avec succès des opérations de réparation chirurgicale, et deux d'entre elles ont signalé une amélioration de leur état de santé après l'opération. Toutefois, trois des femmes sont restées incontinentes après l'intervention chirurgicale. Toutes les femmes sont restées à l'hôpital pendant 15 jours après l'opération, où elles ont reçu des soins ainsi qu'une assistance psychosociale. Des examens de contrôle ont été effectués dans le camp de réfugiés deux mois après l'opération.

Les recommandations ci-après ont été faites pour les futurs programmes en Guinée :

- ◆ Des activités de plaidoyer sont nécessaires pour garantir que la loi pénalise les auteurs d'actes de viols.
- ◆ Les vigiles doivent être sensibilisés au phénomène des viols et de la fistule traumatique.
- ◆ Dans un délai de 72 heures après l'acte de viol, les interventions doivent viser à prévenir les IST et la grossesse, et à administrer les ARV pour prévenir le VIH.
- ◆ Des activités de sensibilisation et de conscientisation au sein des communautés – particulièrement celles qui vivent aux frontières de la Sierra Leone et du Libéria – doivent être initiées pour assurer que les survivantes de violences sexuelles sont évacuées et transportées vers des centres de santé, à temps.

Libéria

Ampleur de la prévalence de la fistule traumatique

L'ampleur exacte de la prévalence de la fistule obstétrique traumatique au Libéria est inconnue. Le viol est grandement stigmatisé au Libéria et ne fait pas l'objet de discussions publiques, ce qui explique l'absence de cas répertoriés. En outre, les chirurgiens disposant de l'expertise nécessaire pour traiter les cas de fistules se retrouvent essentiellement dans les zones urbaines, bien que la fistule soit vraisemblablement prévalente plutôt dans les zones rurales.

Interventions réussies

Les programmes de prise en charge de la fistule traumatique au Libéria présentent encore plusieurs lacunes. L'ONG *Mercy Ships* fournit des services de réparation des fistules, mais il n'y a pas grand-chose d'autre qui soit fait. La Société libérienne des femmes contre le SIDA (Lib-SWAA, *Liberian Society for Women Against AIDS*) met actuellement sur pied un centre pour la fourniture d'assistance psychosociale et de services juridiques aux survivantes d'actes de viol. On espère que les femmes y iront chercher des soins une fois qu'elles auront la conviction que le centre peut fournir l'assistance nécessaire.

Défis

Les défis ci-après, à relever pour la prise en charge de la fistule traumatique au Libéria, ont été relevés :

- ◆ Le répertoire insuffisant des cas de viols et de fistules traumatiques est l'un des principaux défis pour la mise sur pied de programmes efficaces.
- ◆ Le viol ne fait pas l'objet de discussions publiques ; des cas de viols dûment documentés existent, mais ne sont pas reconnus comme valables par les autorités.
- ◆ Il existe un mythe selon lequel l'acte sexuel avec une femme vierge peut prévenir ou guérir le VIH/SIDA.
- ◆ Les auteurs de violences sexuelles restent souvent impunis.

« Etant donné que c'est de cette manière que les cas de viols sont traités, quelle femme voudrait s'avancer pour signaler son cas, surtout si elle souffre de fistule ? »

—Hh Zaizay, Lib-SWAA

Ouganda

Ampleur de la prévalence de la fistule traumatique

Dans le nord de l'Ouganda où une guerre civile de près de 20 ans a tué plus d'un demi million de personnes et déplacé près de deux millions d'autres, il n'existe pas de données spécifiques sur l'ampleur de la prévalence de la fistule traumatique. L'Agence de coopération et de recherche pour le développement (ACORD, *Agency for Cooperation and Research in Development*) a mené une étude fondée sur des visites aux structures sanitaires et sur l'examen des archives de police. ACORD n'a trouvé aucun rapport sur les fistules dues aux violences sexuelles, mais le viol et les attentats à la pudeur sur des jeunes filles ont été signalés. Le viol et les abus sexuels sur les femmes sont des phénomènes communs dans les camps de déplacés internes où la sécurité et la protection nécessaires manquent. Les femmes et les filles sont forcées de marcher sur de longues distances hors des camps pour travailler dans les champs, ce qui leur fait courir un grand risque de viol par des bandits, des soldats ou des rebelles qui demandent le « sexe » en échange de la « sécurité. » L'Armée de résistance du Seigneur (ARS) est réputée enlever des enfants pour s'en servir comme esclaves sexuels et soldats. Dans certains cas, les enfants de sexe masculin sont forcés de commettre des crimes sexuels violents.

En 2004, dans un camp de 63 000 réfugiés, 83 cas de viols et d'attentats à la pudeur, 221 cas d'agressions et 78 cas de violence dans la famille ont été répertoriés.⁵ Ces chiffres sont vraisemblablement sous-estimés étant donné que les statistiques sont généralement fondées sur des cas rapportés d'abus et que les survivantes sont généralement peu disposées à signaler leurs cas.

Harriet Akullu, coordinatrice de recherche et chef d'équipe d'ACORD en zone rurale, fait part de l'expérience personnelle d'un enfant qu'elle a rencontré. L'enfant lui a dit :

« ...Madame, ne me renvoyez pas à la maison. Je ne veux pas rentrer à la maison retrouver ma mère. J'ai fait trop de choses aux femmes en brousse. Personne ne me pardonnera s'ils savent ce que j'ai fait... Il est arrivé par exemple que nous trouvions des femmes sur un marché villageois. Certaines d'entre elles se sont enfuies et nous les avons abattues. Les plus vieilles ne pouvaient pas s'enfuir. Notre commandant leur a demandé de se coucher sur le dos et d'écartier les jambes. Elles ont obéi. Le commandant a ensuite ordonné à nous autres, les jeunes, d'aller chercher des tubercules de manioc dans un champ aux alentours, ce que nous avons fait. Il nous a demandé à chacun de prendre une femme et de lui enfoncer le manioc dans les parties génitales... Il nous a fait enfoncer les tubercules de manioc jusqu'à ce que toutes les femmes soient mortes... »

⁵ Archives de la police et du poste sanitaire du camp de Pabbo (nord de l'Ouganda).

Interventions réussies

L'hôpital de Lakor, hôpital régional de référence du Gulu, dispose d'un programme de réparation des fistules, et toutes les principales structures sanitaires de la région traitent les cas signalés de viols. D'autres programmes prennent en charge les problèmes de santé de la reproduction, mais ne s'occupent pas spécifiquement des violences sexuelles faites ux femmes. ACORD œuvre activement à la recherche et à des programmes promouvant le dialogue sur les problèmes tels que le viol des femmes par les soldats. D'autres programmes travaillent au suivi et à la documentation des cas de violations des droits de l'homme, y compris par le viol, dans les camps de déplacés internes. Des programmes supplémentaires seront nécessaires dans les camps pour améliorer la sécurité et promouvoir la santé, l'éducation, les systèmes de référence et les services d'information.

« Les services sociaux tous seuls ne peuvent pas résoudre le problème des fistules gynécologiques traumatiques ; il nous faut réagir en commençant par nos politiques et par le plaidoyer. »

—Harriet Akullu, ACORD

Défis

Les défis ci-après, à relever pour la prise en charge de la fistule traumatique dans le nord de l'Ouganda, ont été relevés :

- ◆ Les militaires constituent un obstacle dans la collecte des données sur les violences sexuelles faites aux femmes (VSFF), et vont parfois jusqu'à proférer des menaces contre les activistes.
- ◆ La communauté locale manifeste un grand manque de confiance à l'égard des autorités et de la police.
- ◆ La peur de la stigmatisation (par exemple les sanctions sociales qu'encourent les survivantes) et la peur des représailles des agresseurs empêchent les femmes de signaler les cas de VSFF.
- ◆ Les enquêtes serrées sur les cas de VSFF posent un problème particulier : les délibérations au tribunal peuvent prendre des mois, période pendant laquelle le nom et les détails du martyr souffert par la survivante sont du domaine public.
- ◆ La frontière entre ce qui est reconnu et défini comme VSFF et ce qui apparaît comme des relations normales entre un homme et une femme est floue.
- ◆ Les communautés ne sont pas informées des politiques et procédures de dénonciation des VSFF.
- ◆ Signaler ces violences peut être coûteux en termes d'argent (par exemple, coûts de transport).
- ◆ Les camps de déplacés internes ne disposent pas des services culturels appropriés pour les survivantes de VSFF ; par exemple, la femme recherchant des services auprès d'un poste de santé sera vraisemblablement examinée par un homme.
- ◆ Les croyances et pratiques culturelles – par exemple, la croyance commune que l'acte sexuel avec une jeune fille ravive les capacités sexuelles de l'homme – contribuent à banaliser le viol et à en faire une pratique acceptable.

Soudan

Ampleur de la prévalence de la fistule traumatique

Dans une évaluation des services de prise en charge de la fistule obstétrique traumatique datant de 2004 et financée par le FNUAP, la plupart des cas ont été répertoriés dans les deux principaux centres de traitement de la fistule : le centre Abbo de Khartoum et l'hôpital El Fashir dans le Darfour. Bien qu'il soit évident que des cas de fistules existent dans d'autres régions du pays, de nombreuses personnes ne savent pas que la fistule peut être traitée. En conséquence, les femmes ne se signalent pas dans les hôpitaux et leurs cas ne sont donc pas répertoriés. Dans le Darfour, on

retrouve tous les principaux facteurs de l'incidence de la fistule obstétrique traumatique, y compris la violence, les soins prénataux inadéquats, l'absence de personnel médical qualifié et d'ambulances. Avec le conflit dans le Darfour, même les voies de transport de base ont été détruites. En conséquence, il est tout à fait possible que les femmes souffrant de fistules se cachent dans les villages et ne se signalent pas pour bénéficier d'un traitement.

L'hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba a opéré plus de 100 femmes du Sud Soudan initialement transportées à l'hôpital de Lokichokio au Kenya par la Croix Rouge. De nombreuses femmes ont besoin d'intervention chirurgicale, mais l'accès aux services de santé et leur disponibilité sont limités. Actuellement, la seule option dont disposent les femmes du sud et de l'ouest du Soudan pour bénéficier d'un traitement de la fistule est de se rendre au Tchad ou au Kenya.

Interventions réussies

Depuis 2003, Le FNUAP soutient un programme de prise en charge de la fistule au Soudan, qui permet aux chirurgiens de suivre une formation à l'hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba. Dans l'ouest du Darfour, l'organisation *Save the Children* met en œuvre des programmes de soins obstétricaux essentiels d'urgence ainsi que de soins prénataux. Ces services à eux seuls représentent plus que les disponibilités actuelles dans le reste du Darfour.

Les chirurgiens du plus grand hôpital de l'ouest du Darfour, l'hôpital Geniena, ont commencé à pratiquer de simples réparations de fistules. Trois cent cas de fistules ont été répertoriés de 2003 à 2004, soit environ 150 cas par an. Toutefois, les chirurgiens ne travaillent que sur les cas les moins compliqués, et aucun service n'est disponible pour pallier aux problèmes de réhabilitation psychologique et sociale des clientes.

Défis

Les défis ci-après, à relever pour la prise en charge de la fistule traumatique au Soudan, ont été relevés :

- ◆ Les femmes souffrant de fistules ne sont pas informées des services disponibles et ne cherchent donc pas à se faire traiter.
- ◆ Peu de membres du personnel médical ont été formés à la réparation des fistules.
- ◆ Les services pour pallier aux problèmes de réhabilitation psychologique et sociale ne sont pas disponibles.
- ◆ Les voies de transport et les systèmes de référence médicale sont inopératoires.

Problèmes connexes fondamentaux

Sur l'ensemble de la planète, les violences faites aux femmes prennent plusieurs formes et ont des incidences différentes. La discrimination sexuelle, qui est à la base de la fistule traumatique, peut également conduire à d'autres formes de violences faites aux femmes, qui doivent donc être étudiées corrélativement à la fistule traumatique.

Excision/Mutilation génitale féminine

La prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF) en Somalie a fait l'objet de discussions pendant la réunion. Le Dr Abdulcadir Giama de COMSED (Cooperation for Medical Services and Development, *Coopération pour les services médicaux et le développement*) a signalé que 99 % des femmes et filles du Puntland en Somalie subissent l'infibulation (excision d'une portion ou de la totalité des organes génitaux externes et suture ou rétrécissement de l'ouverture vaginale). Environ 1 % des femmes somaliennes infibulées ont subi une excision de type Sunna, qui implique l'ablation du prépuce et du bout du clitoris, tandis que 98 % des autres femmes ont subi le type pharaonique qui est extrême et implique l'ablation de la totalité des organes génitaux externes et l'infibulation complète du vagin.

L'E/MGF entraîne habituellement de nombreuses complications précoces et chroniques, notamment les infections du tractus urinaire, le tétanos, la gangrène et la mort à la suite de choc dû à l'hémorragie. En outre, les femmes ayant subi l'E/MGF souffrent habituellement de dysménorrhée (douleurs pendant les règles) et de dyspareunie (douleur pendant l'acte sexuel). Les effets psychologiques et affectifs de l'E/MGF sur les femmes et les filles sont profonds, comme l'illustre l'exemple suivant en Somalie : le logis du couple qui vient de se marier est construit à l'écart du village pour que les autres habitants n'aient pas à subir les cris de douleur de la femme pendant la pénétration lors de l'acte sexuel au cours de leur première nuit.

Les prestataires de soins et les activistes citent diverses théories portant sur le lien causal entre l'E/MGF et la fistule. Bien que l'E/MGF puisse accroître le risque d'hémorragie et d'infection pendant l'accouchement, il n'est pas prouvé que toutes les formes d'E/MGF soient un facteur causal de formation de la fistule. Toutefois, les experts pensent que l'infibulation et la pratique médicale traditionnelle de l'incision Gishiri (incision vaginale) commune au nord du Nigeria contribue directement à la formation de la fistule.

Viol des enfants

Bien que la prévalence globale du viol des enfants ne soit pas connue, une étude suggère que dans le monde entier, 40 à 47 pour cent des agressions sexuelles sont perpétrées contre des filles âgées de 15 ans au maximum.⁶ Plusieurs facteurs peuvent jouer un rôle dans cette forme de violence, notamment le dysfonctionnement des dynamiques familiales, les violences antérieurement exercées sur les auteurs de violences, l'impression que le viol des enfants est une pratique normale, la misère croissante et généralisée, la criminalité et l'insécurité grandissantes, l'abus d'alcool et de stupéfiants, et l'absence des parents. Certains facteurs culturels peuvent également jouer un rôle,

⁶ Heise L. Violence against women: the missing agenda. In: Koblinsky M, Timyan J, Gay J, ed.. *The Health of Women: A Global Perspective*. Boulder, CO: Westview Press, 1993.

tels que la pratique des mariages précoces et la croyance répandue que l'acte sexuel avec un bébé ou un petit enfant (ou une vierge) modifiera le statut sérologique du violeur de positif à négatif en ce qui concerne le VIH.

Pour les enfants qui survivent à ces agressions sexuelles, les conséquences sont souvent dévastatrices. Sur le plan physique, elles courent davantage le risque de contracter des IST, y compris le SIDA, et des grossesses précoces qui peuvent entraîner des avortements dangereux et d'autres traumatismes physiques tels que les fistules. Les jeunes femmes peuvent souffrir de stérilité et de douleurs pelviennes. Les survivantes subissent également les effets psychologiques du traumatisme, y compris le stress post-traumatisme et la dépression, qui peuvent conduire à des comportements suicidaires. Les conséquences à long terme sur le plan de la santé mentale sont profondes : anxiété, dépréciation de soi-même et vie en reclus sont communes. Les conséquences sociales incluent l'accroissement des déperditions scolaires, les pratiques sexuelles à haut risque et l'accroissement de la pauvreté.

Le Dr Julius Kiiru, chirurgien en charge des fistules au ministère de la Santé du Kenya, a signalé la nécessité de fournir un soutien affectif et une assistance psychosociale appropriée aux enfants ayant subi des viols, y compris les références pour l'assistance psychosociale à long terme. Le Dr Kiiru a également souligné qu'en cas de viol, il est essentiel de ne pas détruire les preuves juridiques, de signaler le crime auprès du poste de police le plus proche, et de veiller à ce que des soins médicaux et chirurgicaux soient disponibles, y compris des services pour prévenir les IST (y compris le VIH/SIDA) et les grossesses. L'éducation sur les droits des enfants, l'abolition des pratiques traditionnelles préjudiciables, l'amélioration de la protection juridique des enfants et l'élaboration de législations répressives contre le viol des enfants sont des facteurs essentiels pour l'élimination de cette forme de violence.

Violence dans la famille

La violence dans les foyers affecte un grand nombre de femmes dans le monde. Bien que la prévalence de ce type de violence soit élevée, les programmes ont montré qu'il est possible et efficace d'aller vers les hommes et de leur demander d'examiner leurs relations avec les femmes et les autres hommes et de voir comment leurs comportements affectent ces relations. Cette approche prend en compte le rôle que les hommes jouent dans la violence au sein des ménages, ainsi que le fait que les rôles sexuels actuels sont une contrainte dans la vie des hommes et contribuent à générer cette violence.

« La violence dans la famille et les violences sexuelles faites aux femmes tiennent de ce que les hommes veulent avoir contrôle sur la vie des femmes. »

—Dean Peacock, *EngenderHealth/ The ACQUIRE Project, South Africa*

Il est absolument nécessaire de re-socialiser les hommes, dont plusieurs ont eu à vivre des scènes de violences faites aux femmes dans leurs familles ou communautés. Par exemple, en Ouganda et en Afrique du Sud, de nombreuses jeunes gens sont socialisés à résoudre les problèmes par la violence et ne connaissent pas d'autres méthodes de gestion des conflits. Dans les situations de conflit, des crimes sont souvent commis par des jeunes en quête de revanche contre des personnes ayant violé ou tué un membre de leurs familles. Les hommes et les

garçons sont souvent forcés de commettre des actes de violence contre les femmes. Des interventions réussies pour prendre en charge les violences sexuelles et les violences faites aux femmes dans le ménage doivent débiter par des activités d'éducation, suivies par la mise sur pied

de programmes visant à mobiliser les jeunes à se prononcer contre la violence et montrant aux hommes d'autres options de gestion des conflits.

Dean Peacock, responsable de programmes au bureau sud-africain du projet ACQUIRE/ EngenderHealth, a proposé plusieurs axes d'intervention dans la prise en charge des violences dans les foyers :

- ◆ Accorder la priorité aux survivantes et à la nécessité pour le conjoint violent de rendre compte de son acte.
- ◆ Impliquer les hommes dans les activités de prévention.
- ◆ Promouvoir la prévention sur l'ensemble du « Spectre de prévention », qui inclut :
 - ◆ Le lobbying pour les politiques et la législation
 - ◆ La mobilisation de la communauté
 - ◆ Le renforcement des organisations
 - ◆ La promotion des coalitions et des réseaux
 - ◆ L'éducation des prestataires de services et des principaux partenaires
 - ◆ La promotion de l'éducation au sein de la communauté
 - ◆ Le renforcement des connaissances et aptitudes individuelles

Stratégies pour des programmes réussis

Qualité des soins : composantes essentielles dans les programmes

Les soins, le traitement et l'assistance aux femmes souffrant de fistules traumatiques diffèrent des éléments de prise en charge des autres survivantes de violences sexuelles sur un point essentiel – le traitement requis pour la fistule, qui peut impliquer une ou plusieurs interventions chirurgicales pour réparer la fistule. Les autres aspects du traitement sont généralement les mêmes que ceux requis pour un plus grand nombre de femmes victimes de violences sexuelles en situations de conflit.

Les programmes intégrés doivent comporter les partenaires ci-après :

- ◆ les prestataires de soins ayant été formés à s'occuper de la pathologie ;
- ◆ les systèmes de santé, quel que soit leur fonctionnement au moment du conflit ;
- ◆ les communautés globales et les groupes communautaires spécialisés (exemple de la SFVS en RDC) ;
- ◆ les systèmes judiciaires aux niveaux local, national et international.

La capacité des partenaires à réagir aux besoins des survivantes de la violence sexuelle – et le type de réaction – est liée au contexte et dépend de la nature et de la durée du conflit. Le contexte peut imposer que les ressources requises par les survivantes de la violence sexuelle soient disponibles et accessibles, indépendamment de la volonté ou de la capacité de ces femmes à requérir des soins. Dans certains conflits, les systèmes de santé, les structures et les prestataires continuent à fonctionner et peuvent être en mesure de fournir des soins. Dans d'autres, les soins doivent être fournis dans des services ou camps établis en dehors de la région pour répondre aux besoins des réfugiés ou des déplacés internes. En plus de ces caractéristiques spécifiques au contexte, les délais pour que la cliente se présente pour des soins et le traitement sont imprévisibles.

D'après le travail effectué par le projet CHANGE et EngenderHealth, il existe six éléments essentiels en termes de soins que les femmes souffrant de fistules traumatiques doivent pouvoir recevoir :

- ◆ l'information ;
- ◆ l'intimité et la confidentialité ;
- ◆ la dignité, le confort et l'expression de son opinion ;
- ◆ la prise de décision éclairée ;
- ◆ l'accès aux services ;
- ◆ la sécurité des services.

En se donnant ces éléments comme étendards de leur travail et de leur mission, les prestataires menant des interventions gardent un sens élevé du service, au bénéfice de leurs clientes.

Rôle, attitudes et compétences des prestataires dans le traitement de la fistule traumatique

Le traitement médical de la fistule traumatique est similaire à celui de la fistule obstétrique, bien que dans certains cas, il y ait une lésion directe du tissu moindres dans le cas de la fistule traumatique que dans celui plus complexe de la fistule provoquée par l'accouchement. En conséquence, il peut y avoir une moindre anomalie tissulaire et, partant, une cicatrice moins grande. Toutefois l'insertion forcée d'objets dans le vagin (canon de fusil, bouteille, bâton) peut, dans certains cas, provoquer une déchirure plus complexe que dans le cas des complications de la fistule obstétrique. En plus du traitement chirurgical, les médecins doivent entreprendre des examens spécifiques, y compris les tests de dépistage des IST (particulièrement le SIDA) et les tests de grossesse.

Certains des participants à la réunion ont suggéré que l'impact psychologique à long terme de la fistule traumatique pouvait être un problème plus complexe que la pathologie physique (en supposant que la fistule ait été réparée). Les problèmes généraux susceptibles d'être résolus par l'assistance psychosociale comprennent la perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités quotidiennes, la vie en réclusion, le sentiment d'insécurité, l'anxiété et le rejet par la famille et la société. Parmi les principes d'approche à utiliser par les conseillers figurent l'adoption d'une attitude empathique envers la cliente et l'acceptation inconditionnelle de celle-ci, la réflexion de ses sentiments, la disponibilité et la garantie de la confidentialité des informations fournies. La thérapie peut également comporter l'éducation des personnes partageant directement la vie de la cliente ainsi que les membres de sa communauté globale. Bien que la référence à des structures sanitaires appropriées soit fondamentale, une approche globale comportant une synergie complète des soins médicaux, de l'assistance psychologique et de l'assistance sociale est primordiale.

Il existe plusieurs moyens d'améliorer le traitement médical de la fistule traumatique dans les zones de conflit où les équipements et fournitures ne sont pas toujours disponibles. Les participants à la réunion ont suggéré la création de sites provinciaux de référence pour les cas compliqués provenant de sites périphériques. Ces sites de référence serviraient également de centres de formation pour les prestataires et d'instance de supervision des sites périphériques. Chacun de ces sites emploierait au moins un obstétricien-gynécologue (ob-gyn), un chirurgien, un anesthésiste, une infirmière diplômée et des travailleurs sociaux disposant de l'expérience de prise en charge des fistules. Des services de prise en charge des fistules traumatiques seraient intégrés au centre général de référence de chaque district. L'idéal serait que les hôpitaux de district disposent d'une unité de prise en charge de la fistule avec un personnel qualifié.

Problèmes liés à la formation

Soins médicaux

La formation des prestataires de services (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, assistants) pour prendre en charge les clientes atteintes de fistules traumatiques présente une gamme de problèmes et de défis. Tandis que dans certains cas, la chirurgie de réparation de la fistule peut être une opération relativement simple pour un chirurgien expérimenté, ce dernier peut rencontrer une vaste gamme de difficultés techniques étant donné que certains cas constituent de véritables défis.

La formation à la réparation des fistules traumatiques doit commencer par une vue d'ensemble de l'anatomie de la vessie, de l'utérus, du vagin et du rectum de la femme. Une bonne source de lumière et l'équipement essentiel sont indispensables dans le diagnostic de la fistule traumatique. Parmi les complications possibles figurent la nécrose et la formation d'escarres, la rétraction lors de l'enlèvement des sutures, la persistance d'un corps étranger et une réparation mal faite.

Le Dr Yves Bagale, chirurgien à l'hôpital Panzi à Bukavu en RDC, a exposé le cas d'une femme dont tout le système urogénital avait été détruit par des balles. Parlant en qualité de formateur, il a fait remarquer qu'en fonction des cas, la fistule traumatique peut être différente de la fistule obstétrique en raison du niveau de fibrose, particulièrement à la suite de l'introduction d'instruments acérés ou d'armes dans le vagin.

L'hôpital Panzi dispose d'une équipe multidisciplinaire de prestataires de soins qui comporte des psychologues, des infirmières, des médecins, des gynécologues et des chirurgiens. Actuellement, six médecins sont en formation pour apprendre les techniques de réparation des fistules. La formation comporte plusieurs éléments, y compris une bonne compréhension de l'anatomie du système urogénital ainsi que les techniques chirurgicales nécessaires au traitement des fistules, notamment à la réparation, à la reconstruction et aux soins palliatifs. Un médecin suivant la formation sera initié à la chirurgie vaginale générale. Il abordera ensuite la chirurgie simple de réparation, et plus tard, les interventions plus complexes et la chirurgie palliative.

Les principaux obstacles à une formation adéquate et efficace sont l'absence de cours approfondis sur la fistule traumatique dans les universités nationales, la rareté de la littérature en français sur cette pathologie et la sous-estimation de la prévalence de la fistule traumatique en raison de la stigmatisation.

Assistance psychosociale

Kabekatyo Muliri, du programme « *Guéris mon peuple* » ("*Heal My People*") de DOCS en RDC, forme les conseillers et les travailleurs sociaux à prendre en charge les femmes présentant des fistules traumatiques. A DOCS, le principal rôle des conseillers est de fournir une assistance psychosociale aux survivantes de la violence sexuelle et d'initier la médiation famille et le soutien socio-économique pour la réintégration des survivantes au sein de la communauté. Parce que la fistule traumatique et les violences sexuelles sont des priorités de dernier ordre pour le gouvernement, DOCS a recruté 40 conseillères avec qui elle travaille depuis 2002. Ces conseillères ont été choisies par la communauté pour bénéficier d'une formation spéciale de trois mois comme travailleuses sociales.

DOCS signale que beaucoup de femmes souffrant de fistules traumatiques sont tellement stigmatisées qu'elles se cachent de honte : il est par conséquent recommandé de ne présélectionner que des conseillères connues au sein de la communauté, et qui sont discrètes et sages, et font preuve de compassion. Une conseillère doit respecter la survivante, protéger la confidentialité de son état, et l'aider à retrouver sa dignité. L'un des aspects prioritaires de la formation est de veiller à une approche standard de l'assistance psychosociale aux clientes traumatisées. Une fois la conseillère formée à cette technique, l'accent est mis sur la facilitation de la guérison affective en aidant la femme à avoir foi et espoir en l'amélioration de son état. Les conseillères sont également formées à référer les clientes aux autres services en tant que de besoin, avec l'assurance que la confidentialité des informations fournies par la cliente sera préservée.

DOCS met en œuvre diverses stratégies pour résoudre des problèmes spécifiques tels que ce qu'il faut faire en cas de viol, comment initier une procédure juridique, et comment sensibiliser la communauté locale pour qu'elle protège les femmes et les filles. DOCS traite ces problèmes dans le cadre de conférences et séminaires pour les personnes formées, de campagnes dans les écoles et d'entretiens à la radio pour faire prendre conscience du problème.

Recherche d'appuis politiques et au niveau des politiques

Lors de la réunion, le *plaidoyer* a été défini comme processus tendant à modifier, créer et/ou mettre en œuvre des politiques, des lois et des pratiques. Parmi les diverses formes de plaidoyer figurent les rencontres avec le gouvernement et d'autres responsables pour les éduquer, la proposition d'options claires pour les mesures de plaidoyer, l'éducation du public et la création d'une demande sociale pour le changement.

« Nous voulons la paix au foyer : nous voulons la justice, et les auteurs de ces actes de violence doivent y mettre fin. »

—Cathy Furaha, SFVS

Sept mesures essentielles pour le plaidoyer sur le problème de la fistule traumatique ont été relevées :

1. Identifier le problème et examiner la stratégie et les tactiques pour le résoudre.

Le problème de la fistule traumatique requiert les éléments suivants : le traitement, l'éducation et la protection des survivantes, ainsi que les mesures de prévention pour les femmes à risque, les réformes dans les domaines médical et juridique, et la poursuite en justice des auteurs de la violence sexuelle.

2. Rechercher les faits—collecter et analyser les informations sur le problème.

Procéder à une revue de la littérature existante en mettant l'accent sur la surveillance et la recherche épidémiologique, rechercher les faits auprès des sources, et développer le dialogue avec les autres organismes.

3. Déterminer ce qu'il faut faire et élaborer des points de repère et des objectifs.

Se fixer des objectifs concrets et réalisables tels que la fourniture de traitement et d'assistance, l'amélioration de la compréhension du problème par la communauté ainsi que des réactions cliniques et juridiques, la prise en charge des atrocités qui entraînent les agressions sexuelles violentes, l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination, et la promotion de la tolérance zéro en ce qui concerne les violences faites aux femmes.

4. Identifier les principaux décideurs.

Identifier les personnes et instances disposant du pouvoir d'effectuer les changements, y compris les organismes internationaux, les responsables du gouvernement, les leaders de communautés et de tribus, et les donateurs.

5. Construire des alliances et des coalitions.

Construire des alliances avec les organismes travaillant sur d'autres aspects de la fistule traumatique (par exemple ceux s'occupant du traitement médical, de la réduction de la prévalence du viol, de la documentation et du règlement des questions de viol et de violence sexuelle).

6. Elaborer un plan d'action.

Cette mesure comprend plusieurs étapes :

- ◆ Commencer par une claire description du problème spécifique et des objectifs.
- ◆ Identifier les principaux décideurs et les principales activités.
- ◆ Evaluer les ressources nécessaires.
- ◆ Déterminer les personnes ou organismes responsables.
- ◆ Etablir des délais.
- ◆ Déterminer les résultats attendus.
- ◆ Mettre en œuvre, suivre et évaluer le plan d'action.

7. Mettre en œuvre, suivre et évaluer.

D'autres problèmes et défis dans le cadre du travail de plaidoyer sur la fistule traumatique peuvent être les suivants :

- ◆ La collaboration avec les groupes religieux peut être extrêmement bénéfique, mais également se poser en défi étant donné que des dirigeants religieux ont été eux-mêmes des auteurs de ces crimes dans certains environnements.
- ◆ Les survivantes peuvent refuser les prestations parce que les audiences sont publiques. Il peut s'avérer nécessaire que des parents représentent leurs enfants.
- ◆ Les tentatives pour obtenir une indemnisation pour les survivantes de la violence sexuelle ne se sont pas avérées très efficaces.

Etude de cas d'activités de plaidoyer en RDC

A la suite des conflits en RDC, le crime et la violence sont endémiques, et le règne de la loi est presque inexistant. Cathy Furaha a présenté les principales entraves aux efforts de la SFVS pour apporter une assistance juridique aux survivantes de violences sexuelles :

- ◆ Il y a une grande insuffisance de travailleurs disposant des aptitudes juridiques ; les magistrats sont souvent inefficaces et il n'y a pas de grandes opportunités de gains pour les avocats. En conséquence, les auteurs d'actes de violence sexuelle ne sont pas déférés en justice.
- ◆ Les magistrats en RDC n'ont pas connaissance des lois et textes internationaux, et continuent à se servir de lois dépassées.
- ◆ Au sein de la population, il y a une grande ignorance des questions de justice.
- ◆ Les cours et tribunaux sont en nombre insuffisant et ne sont pas situés en des endroits accessibles.
- ◆ Certains des auteurs de crimes sexuels sont des militaires ou des policiers.

En dépit de ces entraves, un certain nombre d'ONG travaille avec les survivantes et les agents de justice à l'amélioration du système judiciaire. Avec l'appui des ONG, les villages mettent parfois sur pied leurs propres tribunaux pour prendre ces crimes en charge. A la suite des activités de plaidoyer, il est maintenant possible de proposer de nouvelles lois au parlement, qui pourraient aboutir à une législation plus sévère pour réprimer les VSFF.

Collecte de données

Les efforts pour mettre en place des programmes de plaidoyer, d'éducation, de traitement et de prévention de la fistule traumatique et de la violence sexuelle ont souvent échoué à cause de l'absence de documentation claire sur l'incidence et la prévalence de cette pathologie ainsi que des VSFF qui lui sont associées. Il a été difficile d'établir l'amplitude de la fistule traumatique, du viol et de la violence en général dans chaque pays à partir des sources existantes ; certaines données proviennent des cliniques et/ou des camps de déplacés internes, mais ces chiffres ne représentent vraisemblablement que la pointe de l'iceberg. La collaboration entre groupes de divers secteurs est nécessaire pour la collecte des données. L'un des participants à la réunion a suggéré l'utilisation du Plan d'urgence du président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR, *President's Emergency Plan for AIDS Relief*), mis en œuvre par l'USAID et conçu pour l'étude des systèmes d'information sur le VIH/SIDA, comme modèle possible pour la collecte de données sur la fistule traumatique et les VSFF.

Etablissement de liens avec les services de planification familiale, de traitement du VIH/SIDA, et autres services

Les participants ont discuté de l'importance de fournir des services de planification familiale (PF) aux femmes ayant souffert de fistules traumatiques ainsi qu'aux survivantes de VSFF, si elles le désirent, et d'incorporer la planification familiale dans les programmes de prise en charge de la fistule. Toutefois, lier les activités de prise en charge de la fistule traumatique et la planification familiale présente plusieurs défis. Dans certaines situations, la contraception d'urgence (CU) est fournie immédiatement après le viol, mais lorsque les femmes signalent tardivement qu'elles ont été violées, la CU s'avère inefficace. En outre – le cas a été signalé en RDC – les femmes souffrant de fistules traumatiques conçoivent bien avant d'avoir pensé à rechercher des soins de réparation chirurgicale. Les prestataires ne savent donc pas très bien comment fournir des services de planification familiale appropriés.

Prise en charge de la fistule traumatique

Les participants à la réunion ont constitué des groupes de travail pour discuter des principaux problèmes et défis de la prise en charge de la fistule traumatique. Les divers groupes étaient organisés autour des cinq thèmes suivants :

- ◆ Prise en charge médicale
- ◆ Problèmes d'assistance psychologique et psychosociale
- ◆ Interventions sociales/communautaires
- ◆ Plaidoyer de politiques
- ◆ Systèmes de référence

Voici, ci-dessous, un aperçu des principaux problèmes relevés par les groupes de travail.

Prise en charge médicale

Défis

L'absence de structures, de matériels et équipements adéquats, de personnel qualifié et de mécanismes de référence opérationnels constitue la principale entrave à la prise en charge médicale efficace de la fistule. La documentation des cas et les diagnostics doivent être améliorés, particulièrement pour ce qui est des femmes et enfants ayant subi le traumatisme. Parmi les autres défis figurent les blessures simultanées subies par les survivantes de violences sexuelles, la propension de celles-ci à signaler l'agression en retard ainsi que leur besoin de confidentialité, de conseils et de prestations juridiques éventuelles.

Stratégies et interventions

Parmi les stratégies proposées, on peut noter :

- ◆ la nécessité de mener une étude sur les modèles fonctionnels tels que les cliniques chirurgicales mobiles ;
- ◆ la mise en place d'un centre fonctionnel de traitement qui travaillerait avec les sites chirurgicaux périphériques ;
- ◆ la référence des clientes et les contre-références à temps ;
- ◆ la fourniture d'opportunités adéquates de formation pour les médecins, les sages-femmes, les infirmiers et les travailleurs sociaux ;
- ◆ la fourniture régulière d'équipements.

Problèmes d'assistance psychologique et psychosociale

Défis

Parmi les principaux défis de la fourniture de services d'assistance psychologique et psychosociale figurent l'absence de prestataires formés à conseiller les survivantes de VSFF et l'absence de normes pour l'assistance psychosociale aux clientes souffrant de fistules traumatiques. En outre,

dans les zones de conflit, il peut être difficile d'assurer la confidentialité et l'intimité pour les clientes ayant subi des VSFF, et de garantir la continuité de l'assistance psychologique et affective à long terme dont elles ont besoin après la réparation de la fistule.

Stratégies et interventions

Les stratégies proposées comprennent notamment :

- ◆ développer des normes et des directives pour l'assistance psychosociale aux clientes souffrant de fistules traumatiques. (EngenderHealth explore actuellement des moyens d'incorporer l'assistance psychosociale relative à la fistule traumatique dans un programme de formation en assistance psychosociale relative à la fistule obstétrique, en cours d'élaboration.) ;
- ◆ veiller à ce que les programmes d'assistance psychosociale offrent aux survivantes des services médicaux et juridiques susceptibles de satisfaire la diversité de leurs besoins, ou qu'ils les réfèrent à de tels services, en mettant un accent particulier sur le dépistage des IST et du VIH/SIDA, et sur la protection de la confidentialité des informations ;
- ◆ mettre en place des services de réparation des fistules qui offrent aux survivantes des services d'assistance psychosociale pendant les phases préopératoire, périopératoire (c'est-à-dire pendant le séjour à l'hôpital) et post-opératoire, ou qui les réfèrent à des services appropriés ;
- ◆ si possible, fournir une assistance psychosociale tant aux auteurs de violences sexuelles qu'aux victimes. (Dans certaines situations, les prestataires pourraient servir de médiateurs entre les survivantes et les auteurs des violences.) ;
- ◆ utiliser de préférence des conseillers connus au sein de la communauté et faisant preuve de discrétion, de sagesse et de compassion ;
- ◆ collaborer avec les programmes d'assistance psychosociale pour accroître les capacités de la communauté et lui permettre de prendre en charge la violence sexuelle.

Interventions sociales/communautaires

Défis

La consignation des preuves du viol et des violences sexuelles constitue souvent un défi en raison des obstacles socioculturels qui empêchent de déclarer des cas de viols ou de violence. Dans certaines cultures, les membres de la communauté nieront qu'il y ait eu viol. Dans de telles communautés, les victimes ont peur de signaler leurs cas à cause de la stigmatisation et du fait qu'il s'agit d'un problème sensible. En outre, les actes de violence sexuelle se déroulent souvent au sein de la famille, ce qui pourrait, si le fait est révélé, entraîner la stigmatisation de familles entières. En conséquence, tout est souvent mis en œuvre pour étouffer ces scandales. Les survivantes d'actes de violence sexuelle sont souvent marginalisées et leur statut socio-économique est misérable. Parce que la compréhension de ce phénomène par la communauté est limitée, et à cause de la sous-estimation de son ampleur, les survivantes peuvent se sentir recluses et honteuses, et éprouver du découragement.

Stratégies et interventions

Parmi les stratégies proposées, on peut noter :

- ◆ la mise en place de services sociaux et communautaires de base ;
- ◆ l'institutionnalisation d'un système de référence ou d'une alternative pour les survivantes de violences sexuelles (par exemple le recours à l'association nationale des avocats ou une ligne téléphonique anonyme), qui aura pour tâche de référer les clientes et de les suivre ;

- ◆ la mise sur pied de systèmes holistiques et de centres de soins et soutien, ou l'appui à de tels systèmes et centres, pour répondre aux nombreux besoins des survivantes ;
- ◆ le renforcement des capacités des communautés pour qu'elles soient plus conscientes de leurs droits sexuels et en matière de reproduction.

Plaidoyers de politiques

Défis

Au plan des politiques, un certain nombre de défis à la prise en charge de la fistule traumatique a été relevé, parmi lesquels le faible statut socio-économique de la femme et le fait que les auteurs des violences sont souvent des détenteurs de pouvoir. En l'absence de preuves documentées de la fistule traumatique et des violences sexuelles faites aux femmes, les activités de plaidoyer et de conscientisation au niveau des politiques ont souvent échoué. Il s'en suit une méconnaissance de ce problème et un manque d'engagement à fournir des solutions. Par exemple, dans plusieurs environnements, le temps qu'il faut pour juger et condamner un auteur de viol au tribunal est excessif et constitue un facteur qui décourage la dénonciation des actes de viol. Le plaidoyer au niveau communautaire peut être également difficile dans des situations de conflit où l'armée agit souvent en qualité de gouvernement et où la résistance aux activités de plaidoyer vient des hautes sphères, souvent à coup d'actes de répression.

Stratégies et interventions

Parmi les stratégies proposées, on peut noter :

- ◆ le renforcement des capacités des membres de la communauté en les informant sur leurs droits ;
- ◆ la collecte de données essentielles auprès de la communauté, des prestataires de soins de santé et du gouvernement ;
- ◆ l'utilisation des médias pour la conscientisation ;
- ◆ la mise en œuvre d'activités de plaidoyer aux niveaux tant local qu'international pour influencer sur les politiques de manière à obtenir des résultats significatifs pour les survivantes ;
- ◆ l'établissement de partenariats avec divers groupes pour prendre en charge les problèmes sous-jacents et les causes fondamentales de la violence (par exemple, travailler avec les hommes et avec le système juridique international pour explorer des opportunités de programmes conjoints de plaidoyer) ;
- ◆ la participation à des forums au niveau national pour rechercher un appui aux politiques d'aide aux survivantes des VSFF (dans les cas où les gouvernements nationaux ne sont pas enclins à protéger leurs citoyens, les juridictions internationales et les décideurs au niveau international doivent jouer un rôle actif).

Comme dans le cas de toutes les autres interventions, le but à long terme des activités de plaidoyer doit inclure la promotion des droits des femmes et l'invitation des hommes à examiner les problèmes à la base des violences faites aux femmes.

Systèmes de référence

Défis

La mise en place de systèmes de référence constitue un défi majeur. Souvent, les clientes comme les membres de leurs communautés n'ont pas connaissance de l'existence des services et des droits des clientes. Les entraves relevant de l'envergure des services nécessaires constituent un autre défi. Il

est possible que les survivantes de violences sexuelles n'aient qu'un accès limité aux prestataires de soins et que les agresseurs intimident les clientes. En outre, les traditions locales peuvent parfois inhiber la dénonciation des actes de violence sexuelle et le recours aux services indispensables.

Stratégies et interventions

Parmi les stratégies proposées, on peut noter :

- ◆ affiner et rationaliser les systèmes d'appui social et de référence en institutionnalisant un système de référence et, si possible, une alternative pour la dénonciation des actes de violence sexuelle ;
- ◆ là où les infrastructures restent intactes, établir une ligne téléphonique pour pouvoir référer les clientes pour des soins ;
- ◆ dans la mesure du possible, intégrer les services d'appui social aux services et mécanismes existants.

Plans nationaux d'action

Les participants à la réunion se sont réunis en groupes restreints auxquels il a été demandé d'élaborer des projets de plans nationaux d'action pour la prise en charge de la fistule traumatique. Le temps imparti n'ayant pas permis l'élaboration de plans d'action exhaustifs, les participants utiliseront les projets confectionnés comme modèles à l'avenir.

Les participants ont élaboré des projets de plans d'action pour des interventions variant de 9 mois à 5 ans dans la durée, et prenant en charge une vaste diversité de problèmes, y compris la nécessité d'améliorer la prise en charge médicale de la fistule traumatique, d'accroître les activités de plaidoyer et de sensibilisation, de renforcer les systèmes de référence, d'améliorer l'application des lois, et d'inviter les hommes à agir comme partenaires dans la réduction des violences faites aux femmes et de la fistule traumatique.

Bien que les projets de plans d'action aient considérablement différé en raison du contexte interne à chaque pays, à ses besoins et à ses ressources, les points ci-après ont fait l'objet d'un consensus dans les divers groupes de travail et lors des discussions en plénières :

- ◆ La nécessité de l'information sur l'ampleur de la prévalence de la fistule traumatique dans tous les environnements.
- ◆ La nécessité d'améliorer la prise en charge médicale de la fistule traumatique.
- ◆ La nécessité d'améliorer les activités de plaidoyer à tous les niveaux (des communautés aux gouvernements), ainsi que celle de l'information et d'outils pour appuyer ces activités.
- ◆ La nécessité de procédures et d'indicateurs de rendement cohérents pour l'élaboration et le suivi des interventions de prise en charge de la fistule traumatique.

Voir l'annexe 2 pour les projets de plans d'action nationaux ou de plans d'action pour des groupes de pays.

Conclusions

Première réunion officielle de son genre, la conférence tenue à Addis-Abeba en Ethiopie, en septembre 2005, a fourni une plate-forme pour porter à l'attention du public le problème de la fistule traumatique et permis à des professionnels dévoués de tous les coins du globe d'échanger des idées et des expériences.

Au cours des trois jours qu'aura duré la réunion sur la fistule gynécologique traumatique, les participants ont partagé les récits horribles de violences provoquant la fistule traumatique – et au récit des autres VSFF – violences qui ont lieu non seulement en situations de conflit mais également dans les foyers, et non pas seulement de la part de « soldats déchaînés, mais aussi de la part d'époux, d'oncles, de frères, de pères, de petits-fils, etc. », comme l'a dit Mary Ellen Stanton de l'USAID. Malgré la monstruosité de ces actes, la réunion a présenté des « lueurs d'espoir » telles que l'exemple sud-africain de transformation des attitudes chez les anciens auteurs de violences sexuelles et de sensibilisation au problème de la violence dans la famille, l'amour et la compassion fournis aux clientes de l'hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba, les exemples partout dans le monde de poursuites judiciaires à l'encontre des auteurs de crimes sexuels, et l'extraordinaire dévouement de ces chirurgiens et autres prestataires de services représentés à la réunion.

Il est évident que les défis dans l'éradication de la fistule traumatique sont énormes : il faut prendre soin des victimes, prendre en charge ce plus grand défi qu'est la prévention, et assurer la sécurité des femmes et des filles dans les situations de conflit. De manière plus large, il nous faut relever le défi de l'impunité, y compris par la protection des femmes par les lois, le châtement des auteurs des crimes, l'éradication des pratiques traditionnelles néfastes telles que la mutilation génitale féminine, et la protection des enfants pour qu'ils ne soient pas témoins ou victimes d'actes de violence sexuelle.

De manière pratique, nous devons trouver un équilibre entre l'intégration des problèmes de la fistule traumatique aux autres domaines d'activité et l'intégration des problèmes de VSFF aux programmes de prise en charge de la fistule obstétrique, le cas échéant. « *Mon souhait est, a dit Cathy Furaha de SFVS, que nous ne nous arrêtons pas en si bon chemin à l'issue de notre réunion. Il nous incombe, en tant que communauté globale travaillant sur ce problème, de pousser encore plus loin.* »

Annexe I : Participants à la réunion

Nom	Fonction	Organisme	Pays	Contact
Abeyta-Behnke, Mary Ann	Conseillère principale en santé de la reproduction, Health AIDS, Population and Nutrition (HAPN)	Agence américaine pour le développement international (USAID)	Ethiopie	Tél. : (251) 1525176 Cell. : (251) 9202866 Email : mabeyta-behnke@usaid.gov
Abonesh, Dr Hailemariam	Responsable national de programmes, Family Health Program	Making Pregnancy Safer (MPS)/ Organisation mon-diale de la santé (OMS)	Ethiopie	Email : aboneshh@et.afro.who.int
Abuelgasim, Dr Rogaia	Représentant assistant, SR	Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)	Soudan	Tél. : (249) 83 575493/2 (poste 203) Fax : (249) 83575494 Email : rogaia.abuelgasim@undp.org
Achwal, Dr Isaac	Conseiller médical	Projet ACQUIRE/ EngenderHealth	Kenya	Tél. : (254-20) 4444922, 4440100 Fax : (254-20) 4441774 Email : iachwal@engenderhealth.org
Adriance, David	Directeur régional, Afrique australe et de l'Est	Projet ACQUIRE/ EngenderHealth	Kenya	Tél. : (254-20) 4444922, 4440100 Fax : (254-20) 4441774 Email : dadriance@engenderhealth.org
Ahuka, Dr Longombe	Chirurgien/Directeur adjoint	Doctors On Call For Service (DOCS)	République dém. du Congo (RDC)	Tél. : (243) 97776053 Email : albahuka@yahoo.fr B.P. 540 Gisenyi, Rwanda
Akullu, Harriet	Coordinatrice pour la recherche rurale/Chef d'équipe	Agence de coopération et de recherche pour le développement (ACORD), Bureau de pays de Gulu	Ouganda	Tél. : (256) 47132242 Cell. : (256) 77467257 Email : acordglu@africaonline.co.ug ou hakullu@yahoo.com B.P. 809 Gulu, Ouganda
Alemu, Bogalech	Equipe SR/Planification familiale (PF)/Pratiques traditionnelles néfastes (PTN)	Pathfinder	Ethiopie	Email : balemupathfind.org

Nom	Fonction	Organisme	Pays	Contact
Amirthanayagam, Vathani	Directeur, Bureau de la population, de la santé et de la nutrition	Bureau régional des services de développement économique (REDSO)/USAID	Kenya	Tél. : (254-20) 862-2321 ou 0722-204018 Email : vathani@usaid.gov ou vathani_@hotmail.com PO Box 629 Village Market 00621 Nairobi, Kenya
Baabo, Dr Dominique	Médecin généraliste	Groupe d'Entraide et de Solidarité Médicale (GESOM)/Synergie des Femmes pour les Victimes des Violences Sexuelles (SFVS)	RDC	Tél. : (243) 98298770 Email : domihodieu@yahoo.com ou gesom2002@yahoo.fr
Bagale, Dr Yves Bahati	Chirurgien	Hôpital Panzi	RDC	Tél. : (243) 98174325 ou 0819070950 Email : bagalemana@yahoo.fr
Barry, Dr Thierno Hamidou	En charge du traitement des fistules	Hôpital de district de Kissidougou	Guinée	Tél. : (224) 587624/587828
Beattie, Karen	Directrice des programmes techniques	Projet ACQUIRE/ EngenderHealth	USA	Tél. : (212) 561-8072 Fax : (212) 561-8067 Email : kbeattie@engenderhealth.org 440 Ninth Avenue, 13th Floor New York, NY 10001, USA
Belay, Dr Tesfanesh	Chef	Division de la santé familiale, Ministère de la Santé	Ethiopie	Email : tbadale@yahoo.com
Bennet, Mark	Directeur général	Hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba	Ethiopie	Email : fistula-hospital@ethionet.et
Betemariam, Wuleta	Directeur adjoint, programmes	Projet ACQUIRE/ EngenderHealth	Etats-Unis	Tél. : (212) 561-8386 Fax : (212) 561-8067 Email : wbetemariam@engenderhealth.org 440 Ninth Avenue, 13th Floor New York, NY 10001, USA
Callahan, Rebecca	Spécialiste des questions de genre	USAID	Etats-Unis	Tél. : (202) 712-1841 Email : rcallahan@usaid.gov PRH/RTU, RRB 3.6.158 1300 Pennsylvania Avenue, NW Washington, DC 20523, USA

Nom	Fonction	Organisme	Pays	Contact
Daak, Dr Salah	Chef de l'équipe de santé et coordinateur de la SR, Programme de secours sanitaire d'urgence du Darfour	Save the Children	Soudan	Tél. : (249) 912223441 Email : salah.daak@gmail.com ou sdaak@savechildren-sd.org
de Rijk, Marc	Gestionnaire de projet	Médecins Sans Frontières (MSF)	Burundi	Email : msfb-bujumbura-hom@brussels.msf.org
Duffy, Dr Shane	Ob-gyn	Hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba	Ethiopie/GB	Email : shanepatrickduffy@gmail.com 28 Sanson Street London SE5 7RE, UK
Furaha, Cathy	Avocate	SFVS	RDC	Tél. : (243) 97760899 Email : cfurahak@yahoo.fr ou femmesjuristesbutembo@yahoo.fr
Gebregiorgis, Sister Yeshimebet	Spécialiste en SR	Save the Children	Ethiopie	Tél. : (251-1) 728455 Cell. : 244093 Email : ygebregiorgis@savechildren.org.et PO Box 387 Addis-Abeba, Ethiopie
GebreHiwot, Dr Yirgu	Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) Coordinateur de projet	Société éthiopienne des obstétriciens et gynécologues (ESOG)	Ethiopie	Email : yirgug@yahoo.com
GebreMichael, Dr Tewodros	Gestionnaire national par intérim	Projet ACQUIRE/ EngenderHealth	Ethiopie	Tél. : (251-1) 614474, 638125, 638126 Fax : (251-1) 625830 Email : Tmichael@engenderhealth.org
Getachew, Dr Ashebir	Membre du comité exécutif	ESOG	Ethiopie	Email : ashebirg@ethionet.et
Giama, Dr Abdulcadir	Président	Cooperation for Medical Services and Development (COMSED)	Somalie	Email : comsed95@yahoo.com
Grantcharska, Dr Boyka		MSF	Burundi	Email : grantcharskab@yahoo.fr
Hailemariam, Dr Mesfin	Gestionnaire de projet PF/SR	Adventist Development and Relief Agency International (ADRA)	Ethiopie	Tél. : (251) 911407001 Email : mesfinmotti@yahoo.com PO Box 145 Addis-Abeba, Ethiopie
Hamlin, Dr Catherine	Fondatrice	Hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba	Ethiopie	Tél. : (251-1) 716544 Email : fistula-hospital@ethionet.et

Nom	Fonction	Organisme	Pays	Contact
Hussein, Dr Eiman	Consultant en formation	Physicians for Human Rights (PHR)	GB/Soudan	Email : eiman@eimaits.co.uk 10 Amundsen House, 32-35 Stonebridge Park London NW10 8EE, UK
Kana, Nancy Say	Psychologue/Conseillère	Medair	RDC	Tél. : (243) 97703264 Email : kanafille@yahoo.fr
Kaye, Dr Dan	Ob-gyn, spécialiste des questions de genre	Ecole de médecine de l'université de Makerere	Ouganda	Tél. : (256) 41-534361 Fax : (256) 41-533451 Email : dankkaye@yahoo.com Department of OB/GYN PO Box 7072 Kampala, Ouganda
Kelly, Dr John	Chirurgien spécialiste des fistules	Indépendant	GB	Tél. : 44 (0) 121 454 3156 Email : kellyj@zoom.co.uk 18 Hintlesham Avenue Birmingham B15 2PH, UK
Kennedy, Ruth	Officier de liaison	Hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba	Ethiopie	Tél. : (251-1) 716544 Email : fistula-hospital@ethionet.et ou bmmeth@ethionet.et PO Box 3609 Addis-Abeba, Ethiopie
Kidane, Dr Gelila	Directeur national	Projet ACQUIRE/ EngenderHealth	Ethiopie	Tél. : (251-1) 614474, 638125, 638126 Fax : (251-1) 625830 Email : gkidane@engenderhealth.org Ras Dashen Building, 1st Floor, Bole Road Addis-Abeba, Ethiopie
Kiiru, Dr Julius	Ob-gyn, chirurgien spécialiste des fistules	Ministère de la Santé	Kenya	Tél. : (254) 24452590 Cell. : 0722708176 Email : drkiirum@yahoo.com PO Box 4066-00506 Nairobi, Kenya
Kiros, Dr Kassahun	Membre	ESOG	Ethiopie	Email : k_kiros@yahoo.com ou seyoum@ethionet.et
Koyalta, Dr Mahamat	Directeur médical, Ob-gyn	Hôpital de la Liberté	Tchad	Tél. : (235) 290230 Fax : (235) 5334771
Kumbi, Dr Solomon	Président	ESOG	Ethiopie	Tél. : (251) 506068169 Email : solomonkumbi@yahoo.com ou president@esog.org.et

Nom	Fonction	Organisme	Pays	Contact
Lakew, Dr Zufan	Doyen, Faculté de médecine	Université d'Addis-Abeba	Ethiopie	Email :zufan_lakew@yahoo.com
Lulu, Dr Kidest	Spécialiste de la SR	USAID	Ethiopie	Email : lkidest@usaid.org
MacDonald, Patricia	Conseillère technique principale	USAID	Etats-Unis	Tél. : (202) 712-1235 Email : pmacdonald@usaid.gov
Mahendeka, Dr Marietta	Ob-gyn, chirurgien spécialiste des fistules	Centre médical de Bugando	Tanzanie	Tél. : (255) (028) 2540509/2540610 Email : hospital@bugandomedicalcentre.go.tz ou maziku@bugandomedicalcentre.go.tz
Manga, Dr Pascal	Ob-gyn, chirurgien spécialiste des fistules	Maternité Sans Risque de Kindu	RDC	Tél. : (243) 813288109 Email : profpascal manga@yahoo.fr Maniema, RDC
Masika, Justine	Directrice	SFVS	RDC	Tél. : (243) 813179857 ou 957 Email : justinekascoth@yahoo.com ou synergie_sfvs@yahoo.fr Avenue Butembo No. 20/Commune de Goma GOMA/NORD-KIVU/DR BP 355 Gisenyi, Rwanda
McCauley, Dr Ann	Conseillère principale en SR	REDSO/USAID	Kenya	Email : amccauley@usaid.gov PO Box 629 Village Market 00621 Nairobi, Kenya
Millimono, Dr Sitan	Consultant	Projet ACQUIRE/ EngenderHealth	Guinée	Tél. : (224) 11 218661 Email : millimonositan@yahoo.fr ou marielaurence2@hotmail.com
Mirembe, Dr Florence	Professeur associé, Faculté de médecine	Université Makerere	Ouganda	Tél. : (256) 041-534361 Tél. : (256) 077-467655 Email : flomir2002@yahoo.com Clinical Research Building, Mulago Hospital PO Box 7072 Kampala, Ouganda
Muhato, Wanjiku	Conseiller régional pour les questions de genre	REDSO/USAID	Kenya	Tél. : (254) 20-8622324 Fax : (254) 20-8622680 Email : wmuhato@usaid.gov PO Box 629 Village Market 00621 Nairobi, Kenya

Nom	Fonction	Organisme	Pays	Contact
Muliri, Kabekaty	Conseiller/Formateur	Doctors on Call for Service (DOCS)	RDC	Tél. : (250) 088587646 / 0813130872 Email : mulirikabekaty@yahoo.fr
Mwambingu, Subila	Responsable principal de programme pour les réseaux institutionnels	Women's Dignity Project (WDP)	Tanzanie	Tel. : (255) 22 2152577 Fax : (255) 22 2152986 Email : network@womensdignity.org PO Box 79402 Dar es Salaam, Tanzania
Peacock, Dean	Gestionnaire de programme	Projet ACQUIRE/ EngenderHealth	Afrique du Sud	Tél. : (27 11) 833 0505 Fax : (27 11) 833 7997 Email : dpeacock@engenderhealth.org CIVICUS House 24 Gwigwi Mrwebi Street (formerly Pim) corner of Quinn Street Newtown 2001, Johannesburg, South Africa
Pesso, Lauren	Responsable de programme, soins de maternité	Projet ACQUIRE/ EngenderHealth	Etats-Unis	Tél. : (212) 561-8534 Fax : (212) 561-8067 Email : lpesso@engenderhealth.org 440 Ninth Avenue, 13th Floor New York, NY 10001, USA
Robb-McCord, Judith	Chef d'équipe, Santé maternelle et infantile (SMI)	USAID	Ethiopie	Email : jmccord@usaid.gov
Ruminjo, Dr Joseph	Gestionnaire des services cliniques, traitement des fistules et soins de maternité	Projet ACQUIRE/ EngenderHealth	Etats-Unis	Tél. : (212) 561-8458 Fax : (212) 561-8067 Email : jruminjo@engenderhealth.org 440 Ninth Avenue, 13th Floor New York, NY 10001, USA
Sinclair, Erika	Responsable de programme, soins de maternité	Projet ACQUIRE/ EngenderHealth	Etats-Unis	Tél. : (212) 993-9846 Fax : (212) 561-8067 Email : esinclair@engenderhealth.org 440 Ninth Avenue, 13th Floor New York, NY 10001, USA
Sisson, Andrew	Directeur	REDSO/USAID	Kenya	Tél. : (254) 20862 2000 Email : asisson@usaid.gov PO Box 629 Village Market 00621 Nairobi, Kenya

Nom	Fonction	Organisme	Pays	Contact
Srihari, Dr Shipra	Consultante	Projet ACQUIRE/ EngenderHealth	Etats-Unis	Tél. : (203) 624-4800 Email : shiprasrihari@aya.yale.edu
Stanton, Mary Ellen	Conseillère principale en SR	USAID	Etats-Unis	Tél. : (202) 712-4208 Email : mstanton@usaid.gov 1405 Cola Drive McLean, VA 22101, USA
Tafesse, Dr Biruk	Directeur médical par intérim	Hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba	Ethiopie	Email : biruktafesse@yahoo.com ou fistula-hospital@ethionet.et
Tessema, Sister Hanna	Coordinatrice, Home-Based Life-Saving Skills	IntraHealth International, Inc.	Ethiopie	Tél. : (bureau) : (01) 62 74 80 Tél. : (domicile) : (09) 47 08 23 Email : htessema@intrahealth.org
VanRooyen, Dr Julia	Ob-gyn	PHR/Harvard Humanitarian Initiative	Etats-Unis	Tél. : (508) 358-4869 Email : jvanrooyen@risk-resources.com 15 Woodridge Road Wayland, MA 01778, USA
Vaquero, Dr Jesús	Conseiller technique principal, soins de santé primaire, Afrique de l'Est et Corne de l'Afrique	International Rescue Committee	Ouganda	Tél. : (256) 41505012 Email : jvaquero@their.org Plot 7, Lower Naguru East Road PO Box 24672 Kampala, Ouganda
Wegner, Mary Nell	Directrice principale, soins de maternité	Projet ACQUIRE/ EngenderHealth	Etats-Unis	Tél. : (212) 561-8095 Fax : (212) 561-8067 Email : mwegner@engenderhealth.org 440 Ninth Avenue, 13th Floor New York, NY 10001, USA
WoldeMichael, Dr Ambaye	Ob-gyn	Hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba	Ethiopie	Email : fistula-hospital@ethionet.et
Zaizay, Hh	Directeur de programme	Liberian Society for Women Against AIDS (Lib-SWAA)	Libéria	Cell : (231) 6557278 Email : lib_swaa@yahoo.com ou hkaryon@yahoo.com Monte Carlo Building, 2nd Floor Monrovia, Liberia

Annexe 2 : Projets de plans d'action nationaux

Burundi/Tchad/Guinée

Problèmes et objectifs	Principales activités et principaux décideurs	Ressources nécessaires	Organismes et/ou personnes responsables	Délais	Résultats attendus
<p>Problème de plaidoyer des politiques Information inadaptée et insuffisante pour sensibiliser les décideurs (surtout les hommes politiques) au problème de la fistule</p> <p>Objectif Sensibiliser les principaux décideurs au problème de la fistule</p>	<p>Décideurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Ministres de la Santé ♦ Organisation non gouvernementales (ONG) 			De 6 à 12 mois	Les autorités et les communautés se joignent à la lutte contre le phénomène de la fistule.
<p>Problème médical Mauvaise prise en charge des cas de fistules</p> <p>Objectif Former les prestataires à mieux prendre en charge les cas de fistules</p>	<p>Activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Former les personnels sanitaire et auxiliaire à prendre soin des clientes souffrant de fistules ♦ Approvisionner les centres de santé en équipement, fournitures et médicaments <p>Décideurs Ministres de la Santé</p>			De 6 à 12 mois	

RDC

Problèmes et objectifs	Principales activités et principaux décideurs	Ressources nécessaires	Organismes et/ou personnes responsables	Délais	Résultats attendus
<p>Problème médical Insuffisance des ressources matérielles, financières et humaines</p>	<p>Activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Renforcer les capacités de couverture médicale et de soins aux survivantes ◆ Fournir les équipements pour la réhabilitation ◆ Former les prestataires de services <p>Décideurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Gouvernement ◆ Bailleurs de fonds ◆ Parties prenantes 	Nécessité d'identifier et de mobiliser les ressources		Trois mois pour identifier les ressources ; six mois pour équiper les structures et mettre en œuvre les activités pour le trimestre, y compris les activités de suivi	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Les structures sont équipées ◆ Le personnel a été formé
<p>Problème de plaidoyer Les populations n'ont pas conscience du problème</p> <p>Objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sensibiliser les populations et les autorités ◆ Impliquer les autorités dans les problèmes des violences faites aux femmes 	<p>Activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sensibiliser la communauté et les autorités par le biais de conférences, de journées de réflexion, par des articles, la radio, et formation des prestataires de services <p>Décideurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Gouvernement ◆ Parties prenantes ◆ ONG des droits de l'homme ◆ Groupes religieux, clergé 	Nécessité d'identifier et de mobiliser les ressources		Identifier et mobiliser les ressources au cours des premiers mois ; utiliser le reste du temps pour mettre en œuvre et évaluer les activités	
<p>Objectifs psychosociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Aider les survivantes à retrouver leur équilibre ◆ Aider les survivantes à réintégrer la communauté 	<p>Activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sensibiliser les survivantes ◆ Mobiliser les ressources ◆ Former les prestataires 	Nécessité d'identifier et de mobiliser les ressources		Quatre mois pour identifier et mobiliser les ressources ; huit mois pour prendre en charge des cas	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Les survivantes ont été sensibilisées et réintégrées ◆ Les prestataires ont été formés ◆ La communauté a été sensibilisée

Ethiopie

Problèmes et objectifs	Principales activités et principaux décideurs	Ressources nécessaires	Organismes et/ou personnes responsables	Délais	Résultats attendus
<p>Problème Absence de conscientisation et système juridique inefficace</p>	<p>Activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Campagne d'initiation aux droits divers ◆ Information, éducation et communication (IEC) ◆ Plaidoyer 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Formateurs ◆ Matériels pédagogiques ◆ Ressources financières ◆ Matériels d'IEC ◆ Kits de plaidoyer 	Instance de coordination	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 2005–2006 (Initiation aux droits divers) ◆ 2005–2006 (IEC) ◆ 2005–2010 (Plaidoyer) 	
<p>Problème Pas d'accès aux soins de qualité</p>	<p>Activités</p> <p>Etablir et renforcer les centres détresse-secours dans cinq régions</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Infrastructure ◆ Ressources humaines ◆ Information technique 	Instance de coordination	2005–2009	Accès accru aux soins de qualité et amélioration de la qualité de la vie des survivantes

Notes :

- ◆ Une instance nationale de coordination est nécessaire pour la supervision des cinq centres de traitement de la fistule dans cinq régions du pays.
- ◆ Les activités des centres de traitement de la fistule peuvent être réorientées et reprécisées de manière à prendre en charge tant la fistule traumatique que la fistule obstétrique.
- ◆ L'absence d'information et de données constitue un problème ; un système efficace de gestion de l'information ainsi que des recherches et enquêtes supplémentaires sont nécessaires.

Kenya et Tanzanie

Problèmes et objectifs	Principales activités et principaux décideurs	Ressources nécessaires	Organismes et/ou personnes responsables	Délais	Résultats attendus
<p>Problème juridique L'application de la loi est faible et inconsistante.</p> <p>Objectif Réformer et renforcer les lois pour assurer leur application plus consistante</p>	<p>Activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Mobiliser les dirigeants de communautés et les groupes de femmes ◆ Plaidoyer pour des changements auprès des décideurs <p>Décideurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Gouvernements ◆ Parlements ◆ Secteur public ◆ Secteur privé ◆ Secteur de la réforme des lois 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ressources humaines ◆ Ressources financières ◆ Médias ◆ Collecte de données 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hôpitaux ◆ Programmes ◆ Ministères en charge ◆ Bailleurs de fonds ◆ Organisations locales ◆ Organisations internationales 	Un an	Des lois fortes et applicables à tous pour punir les auteurs de viols et de violences sexuelles
<p>Problème médical</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Absence de systèmes de référence ◆ Absence de services (par ex. médicaux, psychologiques, sociaux, juridiques) et leur fonctionnement déficient <p>Objectifs Garantir la disponibilité de services adéquats</p>	<p>Activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Identifier les services et les centres existants ◆ Mener une évaluation des besoins pour identifier les faiblesses ◆ Former les prestataires de services de toutes catégories ◆ Améliorer les structures (par ex. garantir l'intimité et la confidentialité) ◆ Suivre et évaluer les services <p>Décideurs Ministères en charge (par ex. santé, justice, services sociaux)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ressources humaines ◆ Ressources financières 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hôpital en charge ◆ Projet en charge (par ex. WDP en Tanzanie) ◆ Prestataires de services ◆ Ministères en charge ◆ Bailleurs de fonds ◆ Organisations locales ◆ Organisations internationales 	Deux ans	Les clientes sont satisfaites

Libéria

Problèmes et objectifs	Principales activités et principaux décideurs	Ressources nécessaires	Organismes et/ou personnes responsables	Délais
<p>Problèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Inégalité des sexes ◆ Allocation inadéquate des ressources pour la santé de la femme et les VSFF <p>Objectifs</p> <p>Réduire les VSFF et la fistule obstétrique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Accroître la sensibilisation du public à l'inégalité des sexes, aux VSFF et à la fistule obstétrique ◆ Aider les principales parties prenantes à accroître leurs connaissances et aptitudes, et leur engagement à suivre les problèmes de VSFF ◆ Amener les hommes à être des partenaires actifs 	<p>Activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Mener une étude de faisabilité sur l'ampleur des inégalités sexuelles, des VSFF ainsi que des fistules obstétriques traumatiques dans les hôpitaux et auprès des prestataires de services pour présentation aux principales parties prenantes ◆ Convoquer un forum consultatif de deux jours pour accroître la sensibilisation aux problèmes de l'inégalité des sexes, des VSFF et des fistules obstétriques traumatiques (en montrant le lien entre eux) en vue de l'élaboration de plans d'action pour mise en œuvre par les principales parties prenantes ◆ A la suite de ce forum consultatif, mettre sur pied un groupe de travail pour appuyer les diverses parties prenantes dans la mise en œuvre de leurs plans d'action ◆ Activités éventuelles du plan d'action : former tous les médias prenant en charge les VSFF ainsi que les fistules obstétriques traumatiques, et former les services de police et l'armée <p>Décideurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Présidence de la République du Libéria ◆ Parlement ◆ Ministère de la Santé ◆ Ministère de la Femme et du Développement ◆ Ministère de la justice ◆ Médias ◆ Système des Nations Unies ◆ Bailleurs de fonds internationaux ◆ ONG nationales et internationales ◆ Leaders religieux et de communautés ◆ Association des Femmes juristes du Libéria 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ressources humaines et logistiques pour collecter les données sur l'ampleur des problèmes ◆ Ressources nécessaires pour convoquer une série de réunions ◆ Couverture médiatique/temps d'antenne ◆ Modules de formation : sur les hommes et l'égalité entre les sexes, sur les VSFF pour les prestataires de services, et sur les ob-gyn pour les institutions, hôpitaux et personnels médicaux ◆ Ressources du gouvernement 	<p>Lib-SWAA</p>	<p>Forum consultatif de novembre à décembre (vraisemblablement dans le cadre du lancement de la campagne des 16 jours sans violence contre les femmes) ; le groupe de travail se réunit mensuellement ; le groupe global se réunit tous les six mois pour examiner le degré d'application et de conformité aux plans d'action</p>

Somalie (Puntland)

Problèmes et objectifs	Principales activités et principaux décideurs	Ressources nécessaires	Organismes et/ou personnes responsables	Délais	Résultats attendus
<p>Problèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pas de gouvernement ◆ Presque pas de services sociaux, y compris les services sanitaires de base et les services de santé maternelle et infantile ◆ Pas de structures fonctionnelles ou de prestataires formés à prendre en charge la fistule traumatique <p>Objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Développer un niveau minimum de services de soins ob-gyn ◆ Disposer d'une sage-femme formée pour les urgences obstétricales dans un centre de santé maternelle et infantile tous les 300 km autour du centre médical de Galkayo (GMC) ◆ Mettre en place des cliniques mobiles de traitement chirurgical de la fistule 	<p>Décideurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Le gouvernement local du Puntland ◆ Les ONG locales et internationales ◆ La direction du GMC 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ressources financières ◆ Programmes de formation ◆ Matériels de formation (par ex. livres, équipements) ◆ Ressources humaines qualifiées ◆ Equipements et fournitures adéquats 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Gouvernement local du Puntland ◆ ONG (COMSED, Galkayo Education Centre for Peace and Development [GECPD]) ◆ Direction du GMC 	<p>Trois mois pour contacter la direction du GMC, les ONG locales et le gouvernement ; six mois pour élaborer les programmes de formation, les mettre en œuvre et former les médecins et les sages-femmes ; mettre en œuvre un projet pilote au GMC et dans quelques centres satellites</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et infantiles (fistule obstétrique) ◆ Amélioration de la qualité de la vie des femmes

Note : La situation de la Somalie est différente de celle qu'on trouve dans d'autres pays en raison de l'absence totale de gouvernement. La région est divisée en trois zones. Le présent plan d'action débute dans le Puntland, une zone où existent certains services sociaux. (Dans la zone sud, il n'y a aucun service social.)

Soudan

Problèmes et objectifs	Principales activités et principaux décideurs	Ressources nécessaires	Organismes et/ou personnes responsables	Délais	Résultats attendus
<p>Problème de plaidoyer Absence d'information sur l'ampleur de la prévalence de la fistule traumatique (Au cours des six dernières années, aucun cas de fistule traumatique n'a été documenté au Soudan.)</p> <p>Objectif Evaluer l'ampleur de la prévalence de la fistule traumatique dans le Darfour</p>	<p>Activités Rencontrer les principales parties prenantes pour les impliquer</p> <p>Décideurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ministère de la Santé (au niveau local et national) ◆ Commission pour l'aide humanitaire (organe du gouvernement chargé des activités de toutes les ONG) ◆ Agences des Nations Unies ◆ ONG sur le terrain 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ressources humaines, y compris des experts techniques pour mener une étude de terrain, et des prestataires, particulièrement des sages-femmes (Dans le Darfour, il y a 1 000 sages-femmes.) ◆ Ressources financières (en fonction des recommandations des experts) 	<p>FNUAP comme instance de coordination pour les complications médicales survenant des violences faites aux femmes et des fistules traumatiques</p>	<p>Six mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Identification du nombre de cas de fistules, classification par cause, zone géographique et âge ◆ Documentation de l'incidence des violences sexuelles dans le Darfour (sur approbation des autorités politiques)
<p>Problème de plaidoyer de politiques Absence d'information pour le gouvernement sur la fistule traumatique comme conséquence de la violence sexuelle</p> <p>Objectif Faire prendre conscience aux décideurs que la fistule traumatique résulte de la violence sexuelle (pour que des services soient mis en place)</p>	<p>Activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Plaider auprès du gouvernement en faveur d'une enquête sur la fistule traumatique dans le Darfour ◆ Informer le gouvernement des causes sous-jacentes de la violence faite aux femmes, dans le cadre de l'enquête ◆ Preconiser que les cas de fistules traumatiques soient systématiquement signalés par les prestataires de services, les dirigeants de communautés et le public <p>Décideurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ministère de la Santé ◆ Tous les organismes gouvernementaux ◆ Agences des Nations Unies ◆ ONG 				

Nord de l'Ouganda

Problèmes et objectifs	Principales activités et principaux décideurs	Ressources nécessaires	Organismes et/ou personnes responsables	Délais	Résultats attendus
<p>Problèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Absence de conscience du phénomène de la fistule traumatique et de la disponibilité des services ◆ Compréhension faible de l'ampleur du phénomène ◆ Absence d'infrastructures et de ressources <p>Objectif Réduire l'incidence de la violence sexuelle (surtout du viol) et partant, de la fistule traumatique</p>	<p>Activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Développer un réseau d'organismes et d'individus intéressés à appuyer la résolution des problèmes liés à la fistule traumatique ◆ Mener une étude de terrain pour déterminer l'ampleur de la prévalence de la fistule traumatique ainsi que les ressources requises pour sa prise en charge ◆ Elaborer des stratégies et des campagnes de plaidoyer <p>Décideurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Première dame, Janet Museveni (qui manifeste déjà de l'intérêt pour le problème de la fistule obstétrique) ◆ Ministère de la Santé (y compris des hôpitaux tels que Mulago, les centres de référence dans le nord) ◆ Universités (Makerere et autres) ◆ Armée ◆ Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ◆ FNUAP ◆ Save the Children ◆ Direction des services de santé des districts locaux ◆ ACORD ◆ OMS ◆ USAID ◆ HCR ◆ Projet ACQUIRE/EngenderHealth ◆ Agence suédoise de coopération pour le développement international (SIDA) ◆ Association des femmes juristes (dispose déjà de projets d'assistance juridique) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ressources humaines ◆ Ressources financières ◆ Logistique 	Projet ACQUIRE/EngenderHealth	Trois mois pour mettre sur pied des réunions au niveau national ; six mois pour mener une étude de terrain et développer les outils ; trois mois pour ventiler l'information ; une année pour mettre en œuvre les programmes	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Davantage de femmes dans les camps de déplacés internes ont accès aux tribunaux pour obtenir réparations ainsi qu'aux services de réparation chirurgicale de la fistule ◆ Réduction importante de la violence sexuelle dans les camps ◆ Adoption, désormais, d'un plus grand nombre de politiques appropriées

Annexe 3 : Ordre du jour de la réunion

1^{ère} JOURNEE : 6 septembre 2005

Horaires	Activité	Responsable	President de séance
8 h–9 h	Enregistrement des participants (suite de la session d'enregistrement du 5 septembre au soir)	Projet ACQUIRE/EngenderHealth	Mary Nell Wegner, Projet ACQUIRE/ EngenderHealth (Etats-Unis)
9 h 00–9 h 10	Mot de bienvenue	Wuleta Betemariam, Projet ACQUIRE/EngenderHealth (Etats-Unis) Andrew Sisson, REDSO (Kenya)	
9 h 10–9 h 40	Allocution d'ouverture	Justine Masika, SFVS (RDC) Dr Solomon Kumbi, ESOG (Ethiopie) Ruth Kennedy, Hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba (Ethiopie)	
9 h 40–9 h 45	Début officiel de la réunion	Dr Tesfanesh Belay, Ministère de la Santé (Ethiopie)	
9 h 45–10 h 00	Réalités dans un pays : un parcours personnel	Justine Masika, SFVS (RDC)	
10 h 00–10 h 15	Pourquoi sommes-nous ici ? (Point sur l'ordre du jour, les objectifs et les missions assignées pour les 3 jours)	Erika Sinclair, Projet ACQUIRE/EngenderHealth (Etats-Unis)	
10 h 15–11 h 00	Présentations	Participants	
11 h 00–11 h 30	<i>Pause</i>		
11 h 30–11 h 45.	Définition de la fistule gynécologique traumatique (désignée « fistule traumatique » tout court)	Dr Joseph Ruminjo, Projet ACQUIRE/EngenderHealth (Etats-Unis)	Karen Beattie, Projet ACQUIRE/ EngenderHealth (Etats-Unis)
11 h 45 –12 h 30	Vue d'ensemble des violences sexuelles faites aux femmes en situations de conflit	Dean Peacock, Projet ACQUIRE/ EngenderHealth (Afrique du Sud)	
	Comprendre le contexte de la violence sexuelle	Dr Boyka Grantcharska, MSF (Burundi)	
12 h 30–13 h 00	Questions et réponses / Débat	Participants	
13 h 00–14 h 00	<i>Pause déjeuner</i>		
14 h 00–15 h 30	Table ronde sur la fistule traumatique : Examen des expériences de programmes dans plusieurs pays pour discuter de : ♦ L'ampleur du problème ♦ Les interventions réussies ♦ Les défis	Dr Mahamat Koyalta, Hôpital de la Liberté (Tchad) Dr Longombe Ahuka, DOCS (RDC) Dr Theirno Hamidou Barry, Hôpital de district de Kissidougou (Guinée) Hh Zaizay, Lib-SWAA (Libéria) Harriet Akullu, ACORD (Ouganda) Dr Salah Daak, Save the Children (Soudan)	Patricia MacDonald, USAID (Etats-Unis)
15 h 30–16 h 00	<i>Pause</i>		
16 h 00–16 h 45	Questions et réponses / Débat	Participants	Dr Biruk Tafesse, Hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba (Ethiopie)
16 h 45–17 h 00	Synthèses et récapitulation de la 1 ^{ère} journée	Erika Sinclair, Projet ACQUIRE/EngenderHealth (Etats-Unis)	

2^{ème} JOURNEE : 7 septembre 2005
Stratégies pour la mise en œuvre réussie de programmes

Horaires	Activité	Responsable	Président de séance
9 h 00–9 h 15	Temps forts de la 1 ^{ère} journée et introduction des activités de la 2 ^{ème} journée	David Adriance, Projet ACQUIRE/EngenderHealth (Kenya)	Dr Zufan Lakew, Université d'Addis-Abeba (Ethiopie)
9 h 15–10 h 00	Problèmes connexes fondamentaux : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Mutilation génitale féminine ◆ Viol des enfants ◆ Violence dans la famille 	Dr Abdulcadir Giama, COMSED (Somalie) Dr Julius Kiiru, MOH (Kenya) Dean Peacock, Projet ACQUIRE/EngenderHealth (Afrique du Sud)	
10 h 00–10 h 30	Questions et réponses / Débat	Participants	
10 h 30–11 h 00.	<i>Pause</i>		
11 h 00–12 h 15	Principaux problèmes et obstacles à la prise en charge de la fistule traumatique : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Prise en charge médicale ◆ Assistance psychologique et psychosociale ◆ Interventions sociales/communautaires ◆ Plaidoyer de politiques ◆ Systèmes de référence 	Groupes restreints	Dr Rogaia Abuelgasim, FNUAP (Soudan)
12 h 15–13 h 15	Présentation des résultats par les différents groupes Questions et réponses /Débat	Participants	
13 h 15–14 h 15	<i>Pause déjeuner</i>		
14 h 15–15 h 30	Qualité de la prise en charge : principales composantes des programmes	Karen Beattie, Projet ACQUIRE/ EngenderHealth (Etats-Unis)	Dr John Kelly (GB)
	Rôle, attitudes et compétences des prestataires dans la prise en charge de la fistule traumatique	Dr Ambaye WoldeMichael, Hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba (Ethiopie) Nancy Kana, Medair (RDC) Dr Dominique Baabo, GESOM/SFVS (RDC)	
	Problèmes liés à la formation	Dr Pascal Manga, Maternité Sans Risque, Kindu (RDC) Kabekatyo Muliri, DOCS (RDC) Dr Yves Bagale, Hôpital Panzi (RDC)	
15 h 30–15 h 45	Questions et réponses/Débat	Participants	
15 h 45–16 h 15	<i>Pause</i>		
16 h 15–16 h 45	Recherche d'appuis politiques et au niveau des politiques	Cathy Furaha, SFVS (RDC)—perspective locale Dr Julia VanRooyen, PHR/Harvard Humanitarian Initiative (Etats-Unis)—perspective globale	Dr Florence Mirembe, Université Makerere (Ouganda)
16 h 45–17 h	Questions et réponses/Débat	Participants	
17 h–17 h 15	Synthèses et récapitulation de la 2 ^{ème} journée	Harriet Akullu, ACORD (Ouganda)	
18 h 30–21h	<i>Activités récréatives à l'hôtel Hilton d'Addis-Abeba</i>		

3^{ème} JOURNEE : 8 Septembre 2005
Recommandations : Aller de l'avant

Horaires	Activité	Responsable	President de séance
9 h 00–9 h 20	Projection de film : <i>A Walk to Beautiful</i>	Participants	Dr Ann McCauley, REDSO (Kenya)
9 h 20–9 h 45	Faiblesses dans les systèmes de prestations de soins	Dr Yirgu GebreHiwot, ESOG/FIGO/Université d'Addis-Abeba (Ethiopie)	
9 h 45–10 h 45	Cadre pour les orientations futures : stratégies pour les besoins essentiels	Groupes restreints	
10 h 45–11 h 15	<i>Pause / Projection de film : Our Bodies...Their Battleground: Gender-based Violence during Conflict</i>		
11 h 15 –12 h 30	Cadre pour les orientations futures (suite)	Groupes restreints	Dr Ann McCauley, REDSO (Kenya)
12 h 30–13 h 30	<i>Pause déjeuner</i>		
13 h 30–14 h 30	Présentation des résultats par les diffé-rents groupes, questions et réponses/ débat. définition des priorités	Groupes restreints	Cathy Furaha, SFVS (RDC)
14 h 30–15 h 00	Synthèses/Récapitulation de la réunion	Lauren Pessa, Projet ACQUIRE/EngenderHealth (États-Unis)	
15 h 00–15 h 15	Allocution de clôture	Mary Ellen Stanton, USAID (États-Unis)	
15 h 15–15 h 30	Evaluations	Participants	
15 h 30	<i>Visite facultative à l'Hôpital de traitement des fistules d'Addis-Abeba</i>		