

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un peuple-Un But-Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année universitaire : 2021-2022

N°.....

THESE

**FISTULE OBSTETRICALE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE
ET PSYCHOSOCIAL A L'HOPITAL SOMINE DE MOPTI**

Présentée et soutenue publiquement le 28 / 01 / 2023 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie par

M. DJIBO Soungalo

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : Pr BERTHE Honoré J-G

Membres : Pr DIALLO Moussa Salifou

Dr GUINDO Oumar

Co-directeur : Dr TRAORE Bréhima

Directeur : Pr CISSE Dramane Nafou

DEDICACES

Au nom d'ALLAH le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.

Louange à ALLAH Seigneur des mondes, le Sublime, l'Infiniment Grand, le Majestueux qui nous a permis de mener à bien ce travail.

A notre PROPHETE MOHAMED paix, salut et bénédictions sur lui, sur sa famille, sur ses compagnons et sur tous ceux qui suivront ses pas.

Je dédie cette thèse

A toutes les femmes qui souffrent de fistule obstétricale

A mon père : Daouda DJIBO

Papa, les mots me manquent pour exprimer mes sentiments. Tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de la probité. Tu as été un modèle pour nous. Ta rigueur et ton exigence dans l'éducation, ton encouragement, ton dévouement, tes bénédictions, et ton soutien ont été d'une utilité inouïe. Qu'Allah te garde longtemps auprès de nous.

A ma mère: Dorka GUINDO

C'est pour moi l'opportunité de saluer l'effort consenti pour moi. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour pour toi. Qu'Allah dans sa clémence te bénisse infiniment et t'accorde santé et longévité!!

A mes frères et sœurs : Djénéba, Fanta, Nema, Nassou, Ibrahim, Arsegué, Sékou et Sidy Mohamed

Votre amour fraternel et votre soutien ont été au-delà de mes attentes

Je vous souhaite le meilleur sous la protection du Tout-Puissant.

A mes oncles et tantes

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous en serai toujours reconnaissant. Je prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont plus parmi nous.

REMERCIEMENTS

A mes enseignants du primaire, du secondaire, du lycée et à tous mes maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

A tout le personnel et aux stagiaires de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti

A tout le personnel et aux stagiaires du service d'urologie du CHU du Point G

A tout le personnel et aux stagiaires du CSCOM de Banconi (ASACOBA)

A tous mes aînés Docteurs

Au Dr Noé SAYE

Au Dr Kiffery Ibrahim KEITA

A tous mes cadets thésards du service de chirurgie de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti

A mes promotionnaires et à notre parrain de la 10^e promotion du numerus clausus

Aux autres camarades thésards ou déjà Docteurs en Médecine

A mon épouse Minata FOMBA et à sa famille

A tous mes merveilleux amis

A tous les membres de l'Union des Etudiants Maliens de l'Extérieur (UEMEX)

A tous les membres de l'Amicale pour la Promotion de la Santé au Mali (APS-Mali)

A la fédération régionale de taekwondo de Mopti

Aux membres de la Jeunesse Gina Dogon

Aux membres de l'Association des Elèves et Etudiants Ressortissants de Mopti et Sympathisants (AERMOS)

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail ...

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury

Professeur Honoré Jean Gabriel BERTHE

- Chirurgien urologue-andrologue
- Professeur titulaire d'urologie à la FMOS
- Coordinateur du D.E.S d'urologie du Mali
- Praticien hospitalier au CHU du Point G
- Membre de l'AMU

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. L'intégrité, l'assiduité, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration. Vous avez cultivé en nous l'amour du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre plus haute considération.

A notre Maître et directeur de thèse

Professeur Dramane CISSE

- Chirurgien urologue-andrologue
- Maître de conférences en urologie à la FMOS
- Praticien hospitalier à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti
- Membre de l'AMU

Honorable maître

Vos qualités d'homme de science et votre clairvoyance, votre assiduité et votre rigueur scientifique ont forgé notre admiration et ont suscité notre désir d'être compté parmi vos disciples.

Cher maître, nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail que vous avez guidé minutieusement. Plus qu'un honneur, c'est un plaisir de vous côtoyer. La qualité de votre enseignement, votre grande culture et votre rigueur scientifique ont permis de rehausser la qualité de ce travail.

Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand Médecin.

Trouvez ici cher maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et co-directeur

Docteur TRAORE Bréhima

- Directeur général adjoint de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti
- Chirurgien généraliste à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti
- Spécialiste en santé publique option management de la santé publique internationale
- Chargé de recherche en chirurgie générale

Honorable Maître,

L'opportunité nous est donnée de vous faire part de la grande estime et de l'admiration que nous portons à votre égard.

Malgré vos multiples tâches, vous avez initié et suivi rigoureusement ce travail. Votre disponibilité et votre sympathie ont accompagnées la réalisation de ce travail. Votre ardeur au travail, votre dévouement, l'amour du travail bien fait, le souci constant et permanent de la formation, votre talent à transmettre le savoir, votre expérience et votre compétence nous ont marqué et font de vous un modèle pour nous. Au-delà du maître, vous êtes devenu un père pour nous. Vos conseils continueront à nous éclairer toute notre vie. Nous sommes fiers d'être votre élève.

Cher Maître, pour tout ce que vous faites pour les femmes atteintes de fistules, ce travail est le vôtre.

Soyez rassuré cher maître, de notre sincère reconnaissance.

Nous prions le Tout-Puissant de vous accorder une longue vie pleine de santé.

A notre Maître et juge

Pr Moussa Salifou DIALLO

- Chirurgien urologue-andrologue
- Praticien hospitalier au CHU de Kati
- Urologue des Forces Armées Maliennes
- Maître de conférence en urologie à la FMOS
- Ancien interne des hôpitaux
- Membre de l'AMU

Honorable maître,

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail.

Nous sommes très touchés par votre dynamisme, votre courage, votre modestie et votre amour pour le travail bien fait.

Recevez ici cher maître l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et juge

Docteur Oumar GUINDO

- Directeur général de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
- MD, MPH, PhD en santé publique
- Chargé de recherche en santé publique
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé
- Chevalier de l'ordre national

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'être membre de ce jury de thèse malgré votre calendrier si chargé.

Cher maître, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre disponibilité, votre sens de l'honneur et votre humanisme.

Que Dieu vous donne longue vie afin de continuer votre combat pour la santé de la population de Mopti. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Liste des abréviations :

AFD : agence française de développement

cm : centimètre

CPN : consultation prénatale

CSCoM : centre de santé communautaire

CSRéf : centre de santé de référence

EDSM IV : 6^{ème} enquête démographique et de santé du Mali

FCFA : franc de la communauté financière africaine

fig : figure

FO : fistule obstétricale

FVV : fistule vésico-vaginale

hbts : habitants

HSDM : hôpital Sominé Dolo de Mopti

IMC : indice de masse corporelle

kg : kilogramme

km : kilomètre

km² : kilomètre carré

m : mètre

MGF : mutilation génitale féminine

OMS : organisation mondiale de la santé

ORL : otorhinolaryngologie

PADSS : programme d'appui pour le développement des structures sanitaires

RN6 : route nationale 6

Table des matières

INTRODUCTION.....	14
OBJECTIFS.....	16
Objectif général.....	16
Objectifs spécifiques.....	16
I – GENERALITES	17
1 - Epidémiologie de la fistule obstétricale.....	18
1-1 Situation de la fistule dans le monde	18
1-2- Situation de la fistule en Afrique.....	20
1-3 Situation de la fistule au Mali	21
1-4 Situation de la fistule dans la région de Mopti	24
2- Etiopathogénie.....	24
2.1-Les fistules d’origine obstétricale	25
2.2- Les fistules iatrogènes	26
2.3-Les fistules traumatiques.....	28
2.4- les fistules radiques	29
2.5- les fistules post-infectieuses	30
2.6-Les fistules néoplasiques.....	30
2.7- les fistules congénitales	30
3- Déterminants de la fistule obstétricale	30
3.1- La pauvreté.....	30
3.2- La faiblesse de la couverture sanitaire et l’accès limité aux soins	31
3.3- Le faible niveau d’instruction	33
3.4- Les pratiques traditionnelles néfastes	33
3.5- Le statut socioéconomique précaire de la femme.....	35
3.6- La malnutrition et le retard de croissance.....	35
3.7- Les trois (3) retards concourant à la mortalité maternelle	36
4 - Conséquences de la fistule obstétricale	41
4.1- Les conséquences biologiques	41
4.2- Les conséquences psychologiques	41
4.3- Les conséquences sociales.....	43
4.4- Les conséquences économiques.....	43
5 – Traitement	46
5.1 - La chirurgie	46
5.2-La prise en charge psychologique.....	47

5.3-La réinsertion socioéconomique	47
5.4-Suivie après réparation chirurgicale	48
6 – Prevention	49
7-Le plan d'accouchement.....	52
8- L'école des maris.....	53
II - METHODOLOGIE.....	54
1-Type et période d'étude	54
2-Lieu d'étude.....	54
3-Cadre d'étude.....	54
4-Population d'étude	54
5-Echantillonnage.....	54
5.1-Critères d'inclusions	54
5.2-Critères de non inclusion.....	54
6- Les phases de l'étude	54
7-Support	54
III – RESULTATS	55
1 - Aspect épidémiologique	56
2 - Aspect psychosocial.....	64
IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	71
CONCLUSION.....	87
V- RECOMMANDATIONS.....	89
VI- BIBLIOGRAPHIE	90
ANNEXES.....	100

Liste des tableaux

Tableau 1 : Chronologie des efforts du gouvernement malien dans la lutte contre la fistule obstétricale ..	23
Tableau 2 : La matrice de Haddon pour le travail obstrué et la formation de la fistule vésico-vaginale obstétricale	37
Tableau 3 : Répartition des patientes en fonction de leur niveau d'instruction	58
Tableau 4 : Répartition des patientes en fonction de leur taille	59
Tableau 5: Répartition des patientes en fonction de leur état nutritionnel	60
Tableau 6 : Répartition des patientes en fonction de leurs antécédents obstétricaux	61
Tableau 7 : Répartition des patientes en fonction du rang de la grossesse causale	61
Tableau 8 : Répartition des patientes en fonction de la qualification de la personne ayant assisté à l'accouchement	62
Tableau 9 : Répartition des patientes en fonction de la durée du travail d'accouchement	63
Tableau 10 : Répartition des patientes en fonction de leur statut matrimonial	64
Tableau 11 : Causes de la fistule selon la patiente et selon son entourage	64
Tableau 12 : Répartition des patientes en fonction de leur attitude face à la maladie	65
Tableau 13 : Répartition des patientes en fonction de l'attitude du conjoint, de la famille et de l'entourage.	65
Tableau 14 : Répartition des patientes en fonction des raisons du manque d'activité sexuelle	67
Tableau 15 : Répartition des patientes en fonction du désir de procréer	67
Tableau 16 : Répartition des patientes en fonction de la réussite d'une grossesse sur la fistule	68
Tableau 17 : Répartition des patientes en fonction de leur participation aux activités sociales avant et pendant la fistule	68
Tableau 18 : Répartition des patientes en fonction de leur activité économique avant et pendant la fistule	69
Tableau 19 : Répartition des patientes en fonction de la Source de l'appui financier	69
Tableau 20 : Répartition des patientes en fonction de leur état psychologique	70
Tableau 21 : Age moyen des patientes selon les auteurs	73
Tableau 22 : Age des patientes au moment du mariage selon les auteurs	74
Tableau 23 : Taille des patientes selon les auteurs	75
Tableau 24 : Etat d'excision des patientes selon les auteurs	76
Tableau 25 : Niveau d'instruction, profession et milieu de vie des patientes selon les auteurs	77
Tableau 26 : Lieu de l'accouchement, durée du travail et état de l'enfant selon les auteurs	78
Tableau 27 : Antécédents obstétricaux des patientes selon les auteurs	79
Tableau 28 : Statut matrimonial des patientes selon les auteurs	80
Tableau 29 : Attitude vis-à-vis des patientes selon les auteurs	81

Liste des figures

Figure 1 : Cercle vicieux du sous-développement	32
Figure 2 : Résumé des facteurs concourant à la formation de la fistule obstétricale	40
Figure 3 : Mesure de l'espace intertubérositaire en utilisant le poing.....	51
Figure 4 : Fréquence de la fistule dans le service de chirurgie	56
Figure 5 : Répartition des patientes en fonction de leur tranche d'âge	57
Figure 6 : Répartition des patientes en fonction de leur provenance	57
Figure 7 : Répartition des patientes en fonction de leur milieu de vie	58
Figure 8 : Répartition des patientes en fonction de leur profession	59
Figure 9 : Répartition des patientes en fonction de leur état d'excision	60
Figure 10 : Répartition des patientes en fonction du lieu de l'accouchement.....	62
Figure 11 : Répartition des patientes en fonction de l'état du nouveau-né à la naissance	63
Figure 12 : Répartition des patientes en fonction de l'activité sexuelle.....	66
Figure 13 : Patientes ayant bénéficié d'un appui psychologique	70

Liste des images

Image 1 : répartition géographique de la fistule dans le monde.....	19
Image 2 : Patiente portant un plastique sous ses vêtements pour éviter de les souiller avec les urines	45
Image 3 : Lit d'une patiente souffrant de fistule ; plastique mis sur le drap pour éviter de souiller le matelas avec les urines	46

INTRODUCTION

La fistule obstétricale (FO), l'une des complications les plus graves d'un accouchement dystocique pour la mère, est une communication anormale acquise entre l'appareil urinaire et l'appareil génital entraînant une fuite plus ou moins permanente des urines. Cette communication fait suite à un accouchement compliqué et prolongé.

Les fistules obstétricales sont presque inexistantes dans les pays développés et les rares cas observés sont dus aux cancers, à la radiothérapie, à la chirurgie pelvienne, aux infections et aux traumatismes. La situation est toutefois différente dans les pays en développement en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Dans ces pays, les fistules obstétricales sont très fréquentes. Des dizaines de milliers de nouveaux cas se produisent chaque année. Plusieurs millions de femmes sont touchées par cette maladie et vivent dans la misère, car la réparation chirurgicale est souvent difficile à obtenir dans ces régions[1].

Il est probable que ces estimations soient sous-estimées, puisqu'il n'a jusqu'à présent pas été possible de déterminer le vrai fardeau de la souffrance lié à cette pathologie. Cette incertitude est due au manque d'intérêt à aborder et résoudre ce problème. Une autre raison est que ces femmes ont tendance à vivre dans la peur et la stigmatisation, dans le silence et l'isolement. Elles sont aussi méconnues des systèmes de santé.

La plupart des fistules obstétricales surviennent chez des femmes pauvres, vivant dans des cultures traditionnelles où le statut de la femme et l'estime de soi dépendent presque entièrement de leur mariage ou de leur aptitude à avoir des enfants. La survenue d'une fistule dans une telle société apparaît comme une tragédie, une malédiction de la femme ou une punition des dieux pour expier un péché. Les mères victimes de fistule obstétricale, en plus de leur affection, font face à une stigmatisation sociale même après guérison totale de la fistule.

Plusieurs études ont été menées au Mali sur les aspects épidémiologiques, anatomiques, cliniques et thérapeutiques de la fistule. Mais très peu sur son aspect psycho-social ce qui a motivé ce travail.

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques et psychosociaux de la fistule obstétricale à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti

Objectifs spécifiques

- Décrire les aspects sociodémographiques des patientes atteintes de fistule obstétricale
- Déterminer le profil épidémiologique des patientes atteintes de fistule obstétricale à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti
- Evaluer l'état psychologique des patientes
- Déterminer les difficultés survenues dans l'environnement social des patientes

I – GENERALITES

1 - Epidémiologie de la fistule obstétricale

1-1 Situation de la fistule dans le monde

Chaque jour, environ 800 femmes meurent des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement dans le monde. Pour une femme qui meurt de causes liées à la maternité, on estime que 20 au moins sont atteintes de morbidités maternelles, dont l'une des formes les plus sévères est la fistule obstétricale[2].

Selon les évaluations généralement acceptées, de 2 à 3,5 millions de femmes souffrent d'une fistule obstétricale dans les pays en développement, et de 50 000 à 100 000 nouveaux cas surviennent chaque année[3]. Pratiquement disparue dans les pays développés, la fistule obstétricale continue de frapper les plus pauvres d'entre les pauvres: les femmes et filles qui vivent dans certaines des régions du monde les plus dépourvues de ressources[4].

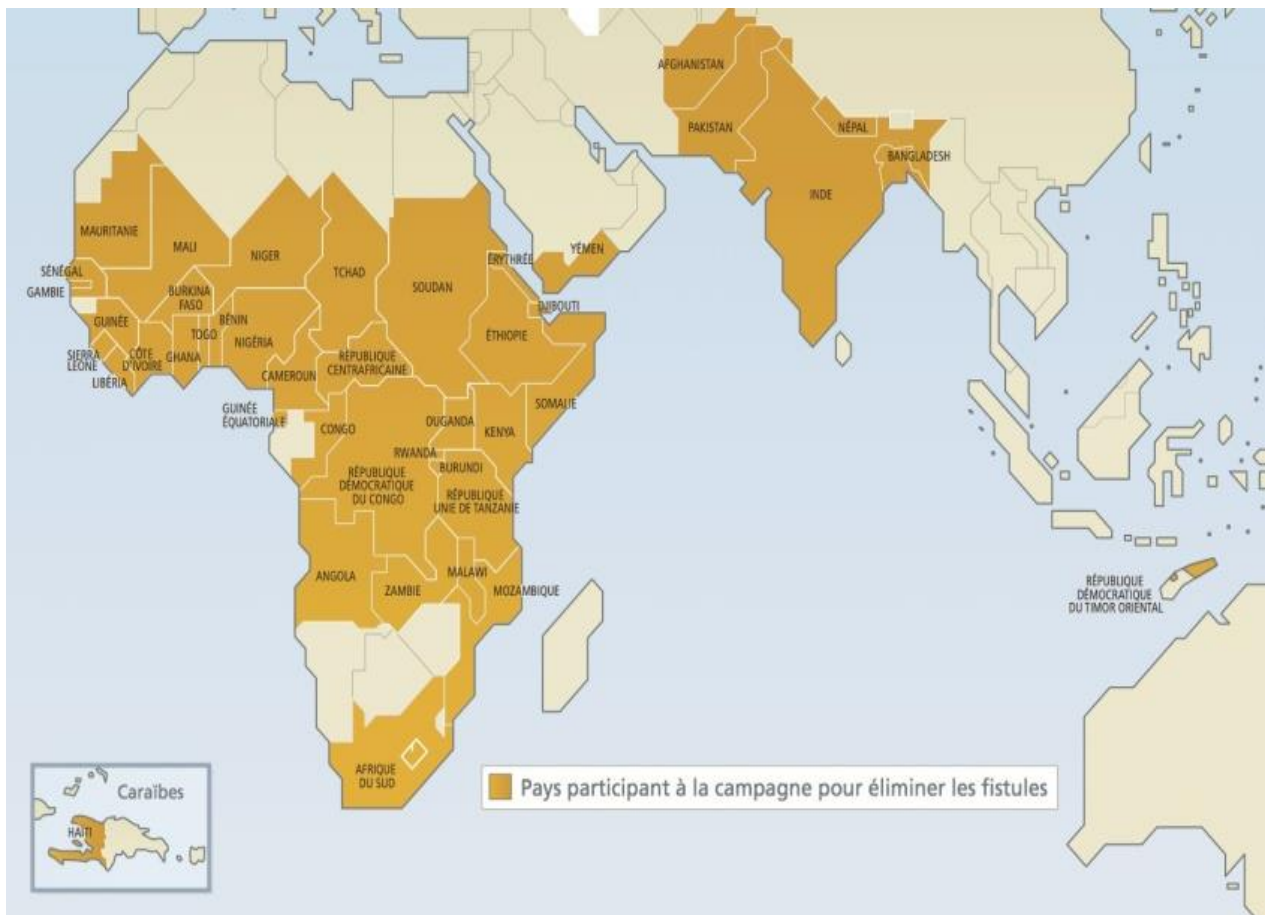
Déterminer le vrai fardeau de la fistule est extrêmement complexe car la fistule concerne majoritairement les populations les plus pauvres, généralement analphabètes, vivant en zone rurale et qui ont rarement recours aux soins de santé primaires alors qu'un dépistage clinique est habituellement nécessaire[5].

Les fistules obstétricales sont plus fréquentes en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud. Dans ces zones, l'accès et l'utilisation des soins obstétricaux sont limités. La grande partie des fistules obstétricales est regroupée dans la « ceinture de la fistule » constituée par la moitié nord de l'Afrique subsaharienne, la zone allant de la Mauritanie à l'Erythrée et les pays en développement de l'Asie dans le Moyen-Orient[6].

Le nombre total de fistules et le nombre de nouveaux cas dans les deux régions les plus touchées qui sont l'Afrique Sub-saharienne et l'Asie du Sud ont été estimés à respectivement un peu plus de 1 000 000 et 6 000 cas par an [7]. Une revue systématique de la littérature a rapporté une fourchette d'incidence de 0 - 4,1 cas pour 1000 accouchements et une prévalence entre 0 - 8,1 pour 1 000 femmes [8].

Voici sur cette carte la répartition géographique de la fistule obstétricale dans le monde.

■ LA CAMPAGNE POUR ÉLIMINER LES FISTULES



TÉMOIGNAGE VIVANT La Fistule Obstétricale et les Inégalités en Santé Maternelle

Image 1 : répartition géographique de la fistule dans le monde [9]

1-2- Situation de la fistule en Afrique

En Afrique, à l'instar du monde entier, la prévalence exacte de la fistule obstétricale reste inconnue. En Afrique sub-saharienne, une étude des symptômes de FO à travers l'enquête démographique et de santé conduite par Maheu-Giroux et collaborateurs en 2015, a analysé les circonstances de survenue des fistules génitales [10]:

- grossesse (90,4%)
- opérations pelviennes (5,3%)
- agressions sexuelles (4,3%).

L'agression sexuelle a été liée à la fistule obstétricale, en particulier dans les situations de conflit [10].

Dans l'étude de Maheu-Giroux et collaborateurs (2015), la prévalence des femmes en RDC rapportant que leur fistule a été le résultat d'une agression sexuelle s'élevait à 22%. Ce fût la plus forte prévalence de fistules liées à des agressions sexuelles, alors que la prévalence globale était de 4,3%.

Bien que les études hospitalières et communautaires aient déjà été utilisées pour mesurer l'incidence et la prévalence de la FO, des études combinant les deux à la fois ont été suggérées. Il est également suggéré qu'à l'échelle nationale, la surveillance épidémiologique et le suivi de routine des cas de FO soient intégrés comme partie du système d'information sanitaire [11].

Ce système d'information concerne l'intégration du module fistule dans l'Enquête démographique et santé (EDS), dans les questionnaires utilisés dans d'autres enquêtes auprès des ménages, et dans les enquêtes menées par des institutions nationales et internationales impliquées dans les activités de santé PROMIS (nihpromise.org)[12]. Un module sur la fistule obstétricale standardisé avec des questions clés a été inclus dans les enquêtes démographiques et de santé (EDS) de certains pays depuis 2006. L'EDS a actuellement un module de la fistule sur un total de 25 pays.

En analysant les informations recueillies dans les EDS de 19 pays d'Afrique sub-saharienne et plusieurs indicateurs des enquêtes en grappes, Maheu-Giroux estiment que 3 femmes sur 1000 ont eu des symptômes de la FO dans leur vie (prévalence à vie), tandis que 1 sur 1000 a actuellement les symptômes (prévalence ponctuelle)[10]

Dans cette méta-analyse, il ressort que l'Ouganda et l'Ethiopie ont le plus grand nombre de femmes en âge de procréer qui ont déjà éprouvé des symptômes de la fistule vaginale, soit 142 100 et 140 500 femmes respectivement [10].

D'autres pays où il a été reporté des symptômes de fistule chez des dizaines de milliers de femmes sont le Nigeria, le Kenya, la Tanzanie, la RD Congo, le Malawi, le Cameroun et le Bénin. L'Ethiopie est cependant le pays avec le plus grand nombre de femmes qui ont actuellement des symptômes de FVV à 110 800 [10].

1-3 Situation de la fistule au Mali

L'incidence de la fistule obstétricale au Mali est estimée à 600 nouveaux cas par an en 2006 selon la 4^{ème} enquête démographique et de santé (EDSM IV)[13]. Au service d'urologie du CHU du Point G à Bamako, 2 femmes sur 5 consultent pour fistule vésico-vaginale. Plus de 100 nouveaux cas par an et la chirurgie de la FVV représente 17 % de l'activité chirurgicale [14].

L'engagement du Gouvernement du Mali à lutter contre ce fléau social s'est concrétisé par son adhésion à la campagne mondiale d'élimination de la fistule décrétée en 2003 par les Nations Unies et par l'élaboration d'une Stratégie Nationale de Prévention et de Traitement de la fistule. Depuis lors, avec l'appui de ses partenaires, le pays a accompli des progrès considérables dans la prise en charge globale de la fistule obstétricale.

En 2006, 16% seulement des maliennes avaient entendu parler de la fistule. Sa prise en charge n'était offerte qu'à Bamako ou à Mopti. En 2012, plus de la moitié (52%) des femmes étaient informées de la fistule.

En 2009, le Mali n'avait que deux sites de traitement chirurgical de la fistule. Ce nombre est passé à sept sites en 2018 grâce à la formation des médecins en chirurgie de la fistule dans l'ensemble du pays suivie de la décentralisation de celle-ci.

Les actions entreprises par le Mali dans la lutte contre la fistule sont résumées dans le tableau 1 que voici.

LES EFFORTS DU GOUVERNEMENT MALIEN DANS LA LUTTE CONTRE LA FISTULE OBSTÉTRICALE	
1982	1er site de traitement de la fistule au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G à Bamako
1993	2 ^{ème} site de traitement de la fistule à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti
2000	Construction du Centre Oasis au CHU du Point G par la Première Dame du Mali pour l'accueil, la prise en charge et l'hébergement des femmes souffrant de fistule et leurs familles
2005	Adhésion du Gouvernement à la campagne mondiale d'élimination de la fistule décrétée par les Nations Unies
2005	Gratuité de la césarienne
2009	Validation du plan stratégique national de prévention et de traitement de la fistule obstétricale
2013	Célébration nationale de la journée internationale pour l'élimination de la fistule obstétricale, le 23 Mai, instaurée par l'assemblée générale des nations unies. Intégration de la fistule dans le plan décennal de développement sanitaire et social (PDSS) et dans tous les plans stratégiques relatifs à la santé reproductive. Intégration de la fistule dans les politiques, les normes et les procédures de SR/PF
2016	Évaluation finale du plan stratégique national de prévention et de traitement de la fistule obstétricale 2009-2015
2017	Validation du 2nd plan stratégique pour l'élimination de la fistule obstétricale 2018-2022

Tableau 1 : Chronologie des efforts du gouvernement malien dans la lutte contre la fistule obstétricale [15]

1-4 Situation de la fistule dans la région de Mopti

A Mopti, selon le rapport sur la prise en charge de 1000 femmes victimes de fistules obstétricales dans la région de Mopti de 1993 à 2010 de médecin du monde (MDM) [16], 1079 patientes souffrant de fistule ont été prise en charge entre Octobre 1993 et Décembre 2009. La moyenne d'âge de survenue de la fistule est de 22,4 ans, avec un minimum de 9 ans et un âge médian de 22 ans, si bien que 50% des patientes avaient un âge inférieur ou égale à 22 ans lorsqu'elles ont été victimes de fistule.

Selon une thèse publiée en 2014 [17], la cure de la fistule a représenté 9,1% des activités chirurgicales de l'hôpital régional de Mopti, l'âge moyen des patientes était de 28ans avec un âge minimum de 13ans et près de la moitié des patientes (46,2%) avaient un âge inférieur ou égale à 25ans. Dans cette étude, 94,7% des fistules étaient d'origine obstétricale. Les patientes étaient pour la plupart non instruites (88,6%), sans source de revenu (94,7% de ménagères), provenant des zones rurales avec des difficultés d'accès aux soins de santé de qualité et à l'information (89,4 %) et pour 53% d'elles, la fistule est survenue entre 16 et 20ans.

2- Etiopathogénie

Les fistules urogénitales sont très souvent de cause obstétricale qui peuvent être postopératoires dues à une plaie méconnue non réparée de la vessie ou du vagin, ou suite à un accouchement dystocique entraînant une compression ischémique pelvi-périnéale par la tête fœtale dévitalisant le tissu et aboutissant à une fistule lors de la chute d'escarres.

L'étiologie peut aussi être traumatique, radique, infectieuse, néoplasique ou congénitale.

2.1-Les fistules d'origine obstétricale

Cette étiologie reste dominante dans les pays en développement, où le niveau de médicalisation est bas, représentant environ 97% de l'ensemble des FUG [18], contrairement aux pays développés où elle ne représente que 5% [19]. En Afrique de l'ouest elle représente 3 à 4 pour 1000 accouchements [20]. On y distingue deux types :

2.1.1- Les fistules d'origine obstétricale spontanée

C'est la complication majeure de l'accouchement dystocique non médicalement assisté, responsable d'un accouchement long et laborieux .Ces dystocies peuvent être :

- Une disproportion fœto-pelvienne, notamment chez des patientes jeunes au bassin étroit.
- Une anomalie de présentation du fœtus (front, face dans la variété menton-postérieure, bregma).
- L'inefficacité des contractions utérines pour l'accouchement qui peuvent être en rapport avec la multiparité, présence d'anomalie tissulaire vulvo-vaginale ou vésicale, notamment à la suite des mutilations génitales traditionnelles qui sont très fréquentes chez nous.

Le mécanisme d'apparition de cette fistule est la nécrose ischémique de la paroi vésico-vaginale suite à la compression prolongée par la tête fœtale enclavée et coincée contre le pelvis de la mère. La chute d'escarre survient vers le 4e et 5e jour, faisant apparaître la fistule vésico-vaginale dite spontanée.

La distension vésicale prolongée est l'élément déterminant de la nécrose de la paroi vésicale, elle constitue un obstacle à la descente du fœtus et accroît la pression qui s'aggrave au fur et mesure que la dystocie se prolonge et que la vessie se remplisse, la paroi vésicale est alors soumise à deux forces : la pression de la présentation et la pression hydrostatique.

2.1.2- Les fistules obstétricales instrumentales

Elles représentent 10 à 15% des fistules obstétricales [21]. Là il s'agit de fistules relevant de manœuvres obstétricales traumatisantes intempestives. Il s'agit entre autre de :

- Forceps
- Ventouse
- Manœuvre par version interne.

Ces instruments provoquent la fistule du fait du non respect des indications et conditions d'applications et surtout entre les mains des agents non expérimentés.

2.2- Les fistules iatrogènes

Elles représentent l'étiologie essentielle dans les pays développés (82%), alors que dans les pays en développement, elle ne représente que 7% de l'ensemble des fistules urogénitales [22]. Elles sont secondaires à une plaie vésicale souvent suturée ou méconnue en per-opératoire ou à un sphacèle vésical secondaire à une dissection poussée dévascularisant la vessie.

2.2.1- Les fistules après chirurgies gynéco-obstétricales

Elles sont fréquentes dans les pays développés 58 % [18,22], néanmoins elles sont devenues très rares. Elles peuvent se produire au cours des interventions suivantes :

a- Césarienne

Elle occupe le 2e rang après l'accouchement dystocique chez nous en Afrique, par contre elle est négligeable dans les pays européens. Au cours de la Césarienne la vessie est haute et remonte au dessus de la présentation, elle peut être blessée au moment de l'incision péritonéale. Parfois l'hystérotomie au niveau du segment inférieur pratiquée trop bas, est responsable de fistules surtout en cas d'utérus cicatriciel où la vessie adhère intimement à la face antérieure du segment inférieur qui est mince et fragile. Au moment de l'extraction fœtale, des traits de refend

peuvent survenir et se prolonger dans la paroi vésicale. Mais la fistule peut exister avant l'intervention pratiquée trop tardivement après une épreuve de travail trop prolongée.

b- Hystérectomie pour rupture utérine

Elle est favorisée par la multiparité et les antécédents d'hystérotomie. Il peut s'agir d'une plaie urogénitale conséquence d'un éclatement en étoile de l'utérus se propageant à la cloison vésico-vaginale. La fistule peut survenir aussi lors d'une lésion accidentelle au cours de l'intervention (fistule au niveau des zones d'adhérence en cas d'utérus cicatriciel) ou la dévitalisation des tissus au cours d'un accouchement dystocique avec un travail long.

c- hystérectomie totale pour lésions utérines :

Ces lésions peuvent être :

- bénignes : un fibrome utérin, prolapsus génital (voie base ou haute)
- malignes : (cancer du col utérin) où le risque de fistule est beaucoup plus élevé que la chirurgie non cancérologique, en raison de la dissection étendue de la base vésicale, comportant un risque de nécrose ischémique secondaire ou lors de la réimplantation urétéro-vésicale pour plaie urétérale per-opératoire ou sténose secondaire.

d- Curetages utérins

Lors des interruptions volontaires de grossesse clandestines, ou médicales.

e- Cure chirurgicale des tumeurs ovariennes ou vaginales

2.2.2- les fistules après chirurgie urologique

La chirurgie urologique est la moins incriminée, néanmoins des fistules urogénitales peuvent survenir.

a- cure d'incontinence urinaire orthostatique

Les procédés de suspension par fronde comportent un risque de plaie latéro-cervicale au moment du passage de la fronde et un risque de nécrose secondaire de la paroi urétrale.

b- endoscopies opératoires

Notamment lors de la résection imprudente de la lèvre postérieure du col ou plus rarement lors d'une résection trop profonde d'une tumeur vésicale postérieure ou trigonale

c- cystectomie partielle

d- réimplantation urétéro-vésicale

e- cure de diverticule urétral

f- cure de prolapsus vésical (cystocèle)

2.3-Les fistules traumatiques

Elles représentent 2,63% des fistules urogénitales en Afrique [18] et peuvent être secondaire à :

- Un embrochage vésico-vaginal : par des esquilles osseuses lors d'une fracture du bassin
- Déplacement du pubis et de la symphyse directement par des forces de compression antéropostérieures lors d'un traumatisme du bassin
- Une plaie pénétrante : par arme blanche, arme feu, ou par des cornes d'animal.
- Une chute à califourchon.
- Un corps étranger intra-vésical et intra-vaginal (lithiase vésicale, fils non résorbable, sonde à demeure, introduction accidentelle ou volontaire d'un débris végétal ou autre objet chez une petite fille, parfois dans le cadre de manœuvre abortive ou contraception ou dans un but érotique, ou même pour dissimulation d'objets volés ou de contrebande .)

- Les violences sexuelles : responsables de << fistules gynécologiques traumatiques >>, c'est une blessure infligée par déchirure traumatique des tissus vaginaux imputable à une violente agression sexuelle par un ou plusieurs agresseurs ou par l'insertion forcée d'objet dans le vagin d'une femme (bâton, bouteille, arme).
- Les pratiques rituelles de mutilation génitale
 - L'excision : c'est l'ablation d'une partie plus ou moins importante des petites lèvres et du clitoris.
 - L'infibulation : qui est une excision complétée d'ablation des grandes lèvres dont les deux moignons sont suturés. La vulve est remplacée par une cicatrice fibreuse, l'ouverture vaginale disparaît laissant en place un minuscule orifice.
 - L'introcision qui consiste à élargir l'orifice vaginal au doigt ou à l'aide d'un instrument
 - La ré-infibulation : réalisée après l'accouchement chez des femmes déjà infibulées mais au moment de l'accouchement pour que l'enfant puisse passer.

2.4- les fistules radiques

L'utilisation de la radiothérapie pour les cancers pelviens ou rétro-péritonéaux n'est pas sans conséquence pour les organes génito-urinaires. La fistule radique représente 6% des fistules dans les pays européens [23], et ce taux est presque nul chez nous en Afrique occidentale à cause de la non disponibilité des moyens techniques de la radiothérapie pour les cancers. Les cancers gynécologiques sont considérés comme à haut risque de fistule car l'irradiation intéresse à la fois la vessie et le vagin. Ces fistules sont essentiellement dues à la fonte tumorale d'un cancer du col étendu à la cloison vésico-vaginale. Elles peuvent être favorisées par un surdosage radiothérapeute. Ces fistules sont plus

fréquentes avec l'association radio-chirurgie, et elles sont de mauvais pronostic car elles surviennent sur des tissus irradiés avec possibilité de récurrence tumorale.

2.5- les fistules post-infectieuses

Elles peuvent être dues à une infection chronique (tuberculose, bilharziose urinaire) ou à une suppuration de voisinage. Ce cas est très fréquent en Afrique, son influence sur la survenue des fistules est connue depuis longtemps, notamment en Egypte où au début du siècle, 14% des fistules urogénitales observées lui étaient attribuées [18].

2.6-Les fistules néoplasiques

Ce type de fistules est rare 1% des fistules urogénitales. Elles peuvent survenir lors de l'évolution de tumeur vésicale, génitale, (cancer du col utérin envahissant la vessie ou cancer de la vessie) [24].

2.7- les fistules congénitales

Elles sont dues à une malformation congénitale survenant au stade embryonnaire de 47-48mm. Il s'agit très souvent d'un abouchement ectopique des uretères, une communication entre l'ébauche mullerienne et le bourgeon urétéral d'origine Wolffienne responsable d'une fistule entre le col vésical et la partie proximale du vagin [18].

3- Déterminants de la fistule obstétricale

3.1- La pauvreté

Une revue globale sur les taux de césariennes dans 42 pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et des Caraïbes, classés par quintile de richesse, a rapporté que les femmes plus pauvres de ces sociétés avaient un accès extrêmement limité aux accouchements par césarienne [25]. Cependant, la mortalité et l'incapacité maternelles ne sont pas principalement déterminées par l'augmentation de la richesse, mais plutôt à l'accès aux technologies qui sauvent la vie dans des situations d'urgence [26]. L'identification des femmes à risque de

fistule obstétricale pourrait être utile, mais il serait plus prudent de garantir l'accès aux soins à toutes les femmes [27].

3.2- La faiblesse de la couverture sanitaire et l'accès limité aux soins

Dans les pays développés, la FO suite à une dystocie mécanique et à une stagnation de la dilatation appartient désormais au passé, la disproportion fœto-pelvienne pouvant être prévue lors de la consultation prénatale, les anomalies du travail pouvant être diagnostiquées grâce au partogramme et la césarienne pouvant être pratiquée[28].

Dans les pays en développement, la réalité est toute autre : la majorité des femmes qui décèdent ou qui développent une FO ou autres complications pendant l'accouchement n'ont pas reçu les soins obstétricaux dont elles avaient besoin. Certaines femmes contractent une grossesse et accouchent sans avoir recours aux services de santé moderne. C'est souvent même une fierté pour elles et elles se vantent de n'avoir jamais eu besoin de qui que ce soit pour enfanter. Dans nos sociétés où ces idées sont répandues, les grossesses ne sont pas suivies et l'accouchement non plus. C'est seulement en cas de complication qu'elles font recours au service de santé et cela, après avoir tout essayé sans succès.

Parfois, le centre de santé est trop éloigné et les voies d'accès sont impraticables. Parfois, le centre est mal équipé pour un suivi adéquat de la grossesse. Le diagnostic d'une complication est fait au cours du travail et le plateau technique est faible pour y faire face : la parturiente doit être évacuée. Le centre qui peut la prendre en charge est trop loin et l'état de la route est très mauvais.

Le facteur le plus important pour réduire les morbidités maternelles telles que la fistule obstétricale dans les pays en développement est la volonté politique de fournir des soins obstétricaux d'urgence de base à l'ensemble de la société.

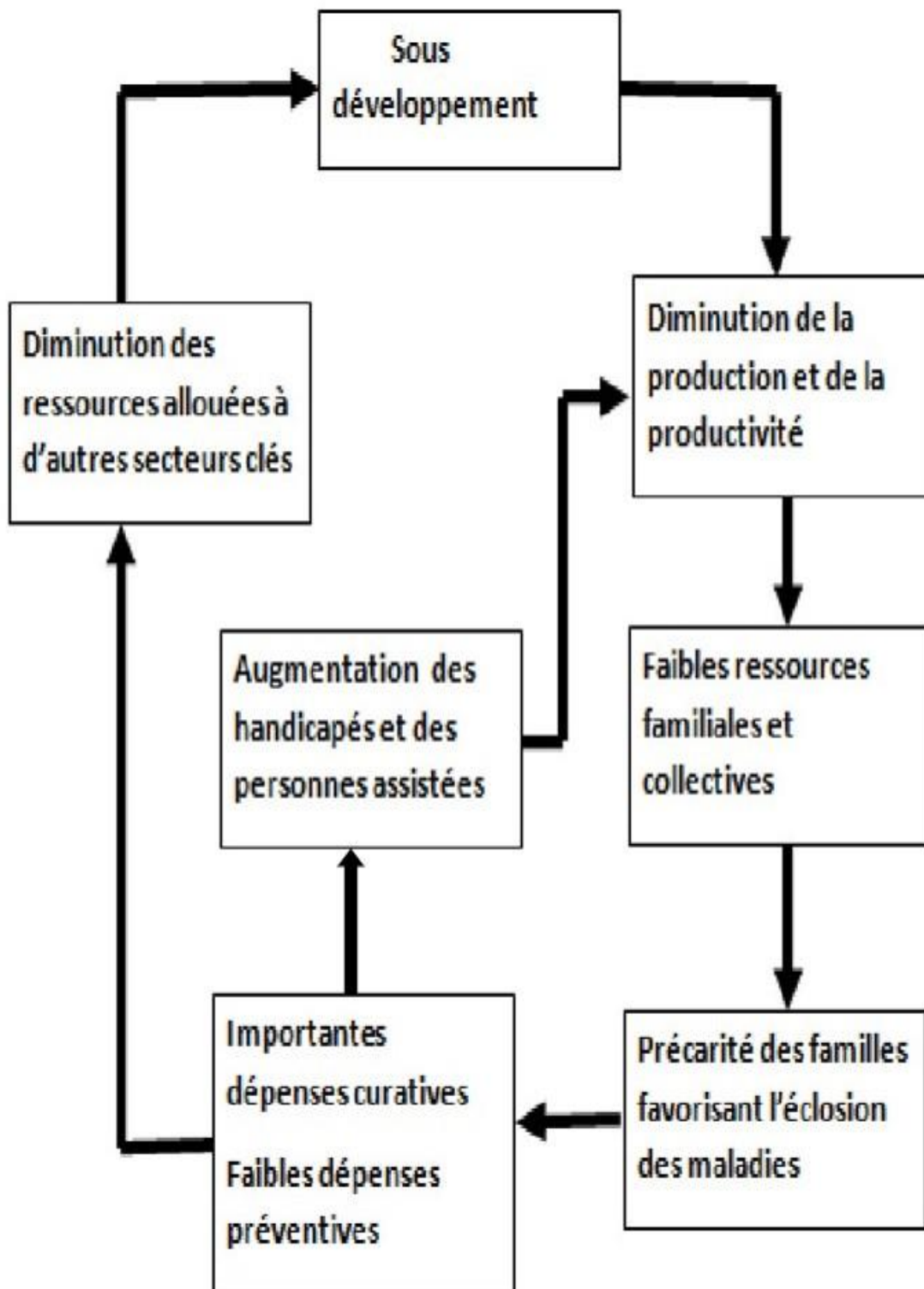


Figure 1 : Cercle vicieux du sous-développement

3.3- Le faible niveau d'instruction

Il y a plus de 35 ans, Harrison et al. ont montré l'impact de l'augmentation des niveaux d'instruction sur les décès maternels à Zaria au Nigéria [29]. Des niveaux d'instruction plus élevés étaient associés à une réduction spectaculaire des taux de mortalité maternelle. Le lien de causalité impliquait probablement une meilleure santé générale et une nutrition améliorée, une autonomisation personnelle accrue et un recours accru aux soins prénatals.

Dans l'étude d'Harrison sur près de 23 000 accouchements, le ratio de mortalité maternelle chez les femmes non éduquées et non suivies en soins prénatals était de 2900 décès maternels pour 100 000 accouchements; tandis que celui des femmes suivies en soins prénatals et ayant un quelconque niveau d'éducation formel était que de 250 décès maternels pour 100 000 accouchements [29].

Dans leur étude portant sur 899 femmes porteuses de la fistule obstétricale et originaires de Jos (Nigéria), Wall et al. ont trouvé une relation similaire entre l'augmentation du niveau d'instruction et une faible prévalence de fistule obstétricale [30]. Les facteurs de causalité ici aussi, impliquent probablement des niveaux élevés de richesses, de nutrition adéquate, d'autonomisation personnelle et une capacité accrue d'accès aux soins médicaux et à des ressources sociales si nécessaire, chez les femmes plus instruites [26,31].

Dans une autre étude transversale portant sur 148 pays, Mc Alister et Baskett ont constaté que l'indice de développement humain et l'indice de développement lié au genre étaient d'importants prédicteurs des taux de mortalité maternelle et infantile, et que l'alphabétisation féminine et l'enroulement dans des programmes d'éducation étaient des prédicteurs modérés de mortalité maternelle réduite [32].

3.4- Les pratiques traditionnelles néfastes

Certaines pratiques traditionnelles nocives comme **les mutilations génitales féminines**, sont également un facteur de risque. Ces pratiques sont généralement réalisées dans des conditions d'hygiène précaires, souvent par ablation d'une

grande partie des tissus vaginaux ou vulvaires, entraînant ainsi le rétrécissement du canal vaginal et de la vulve par un tissu cicatriciel épais. Elles augmentent la probabilité de complications gynécologiques et obstétricales, y compris le travail prolongé et la FO. Bien qu'il y ait peu de statistiques fiables disponibles, il semble que ces pratiques peuvent augmenter jusqu'à sept fois la probabilité de telles complications[28].

Selon l'EDSM VI, près de 3 filles de 0-14 ans sur 4 (73 %) sont excisées. Pour la grande majorité des filles excisées, l'excision a été effectuée entre 0-5 ans. Pour 94 % des filles excisées, l'excision a été effectuée par une exciseuse traditionnelle[33].

La mutilation génitale féminine (MGF) a été proposée comme facteur de risque de la fistule obstétricale ; cependant, il n'a pas été démontré que les MGF soient une cause de travail dystocique. Elles ne sont pas non plus associées au type de fistule ou aux résultats de la réparation de fistule [34].

Par ailleurs, les **incisions néfastes** avant ou pendant le travail pratiquées par des accoucheurs non qualifiés contribuent également à la formation d'une FO. Dans certains pays, une matrone ou une coiffeuse utilise un instrument tranchant, comme un couteau, une lame de rasoir ou un morceau de verre cassé, pour pratiquer de multiples incisions vaginales au hasard pour tenter soit de préparer le vagin à l'accouchement, soit au cours du travail pour lever l'obstacle et créer un passage pour le bébé. Dans certaines régions d'Afrique, ces pratiques peuvent expliquer jusqu'à 15 % des cas de FO[35].

La pratique traditionnelle du **mariage précoce** est un autre facteur de risque de dystocie mécanique et de FO. Dans les zones d'Afrique subsaharienne et du sud de l'Asie, où la FO est la plus répandue, les femmes se marient généralement pendant l'adolescence, parfois même vers l'âge de 10 ans. Nombreuses sont celles à être enceintes immédiatement après, sans que leur bassin ne soit totalement développé pour permettre un accouchement normal. En Éthiopie et au Nigeria par exemple,

plus de 25 % des patientes vivant avec une FO ont été enceintes avant l'âge de 15 ans, et plus de 50 % avant l'âge de 18 ans [36]. La constitution d'une FO se produit généralement lors du premier accouchement [37].

3.5- Le statut socioéconomique précaire de la femme

Les femmes touchées par la fistule ont généralement un faible statut socioéconomique et sont peu ou pas éduquées [38].

Le statut précaire des femmes augmente de façon considérable le risque de FO. L'accès aux soins est refusé à certaines femmes à cause des croyances et de pratiques traditionnelles. Certaines doivent vivre recluses, et pour beaucoup, la responsabilité de décider de recourir à des soins dans le cadre d'une grossesse, ou même en cas de travail prolongé, appartient à leur mari ou aux autres membres de leur famille, notamment à leur belle-mère[28].

L'EDSM-VI a demandé aux femmes en union si elles participent dans la prise de certaines décisions, soit seules, soit avec leur conjoint. Moins d'un tiers des femmes soit 28 % participent à la décision pour les visites à leur famille ou parents, 20 % participent à la décision des achats importants du ménage et 20 % pour leurs propres soins de santé. Seulement 10 % participent aux trois décisions et 63 % ont déclaré ne participer à aucune des trois décisions mentionnées ci-dessus[33].

3.6- La malnutrition et le retard de croissance

Une cause majeure de dystocie est un petit bassin, qui est principalement le résultat d'une mauvaise nutrition pendant l'enfance persistant dans la vie adulte. La malnutrition est une réalité qui sévit dans notre société provoquant un retard de croissance, en plus de ses nombreuses autres conséquences. Une femme qui tombe enceinte alors que son bassin n'est pas en dimension normale, est à risque de faire une complication lors de l'accouchement surtout si la grossesse est mal suivie. Browning et al ont constaté que les femmes porteuses de fistule étaient nettement plus courtes et avaient un diamètre intertubérositaire pelvien plus réduit[39].

3.7- Les trois (3) retards concourant à la mortalité maternelle

Les problèmes d'accès aux soins, pouvant mener à la mort de la mère ou à des complications, sont communément appelés « les trois retards » [40]. Une FO peut se développer à cause d'une des trois causes ci-dessous :

- 1) un retard dans la décision de recourir aux soins à cause de facteurs liés à la communauté ou à cause de facteurs socioculturels, du fait de l'ignorance de la nécessité de soins ou des signes précoces de complication ;
- 2) un retard à accéder au centre de santé, dû éventuellement à des problèmes de transport, de distance ou de coût ;
- 3) un retard à recevoir les soins adéquats au centre de santé, parce que les ressources (personnel, équipement, etc.) peuvent ne pas être disponibles, ou parce que les soins fournis sont inadéquats, voire la cause même des complications.

Par ailleurs, de nombreux auteurs ont décrit des récits d'accouchement qui ont conduit à une fistule citant celles capables de surmonter le manque de pouvoir décisionnel, les obstacles financiers et de transport pour arriver finalement au centre de santé, et qui ont quand même bénéficié de soins obstétricaux de mauvaise qualité [41].

Tableau 2 : La matrice de Haddon pour le travail obstrué et la formation de la fistule vésico-vaginale obstétricale [42]

Période	Hôte	Vecteur	Environnement physique	Environnement social
Pré-événement (avant le travail)	<ul style="list-style-type: none"> *Sexe féminin *Âge de procréer *Actuellement enceinte *Antécédents obstétricaux *Structure et perméabilité du pelvis *État de santé *L'état nutritionnel *Situation matrimoniale *Éducation *Niveau socioéconomique *Utilisation personnelle des services de santé, par exemple les soins prénatals 	<ul style="list-style-type: none"> Grossesse actuelle Risque de disproportion fœto-pelvienne *Sexe fœtal *Poids fœtal *Position et présentation du fœtus *Présence d'anomalies fœtales, par exemple une hydrocéphalie 	<ul style="list-style-type: none"> *Présence de structures de santé accessibles *Qualité et performance des structures sanitaires *Réseau de transport et de communication *Maison d'attente de maternité 	<ul style="list-style-type: none"> *L'égalité des sexes *Mariage des filles *Valeur attachée à la contraception, à la planification familiale et aux soins prénatals *Accès et utilisation des soins prénatals *Contraintes/valeurs familiales spécifiques *Richesse communautaire et niveau d'éducation *Niveau de connaissance de la communauté sur les problèmes de santé de la reproduction en général et du travail dystocique en particulier *Réactivité des communautés face aux urgences obstétricales tels que le développement d'un plan d'urgence obstétricale *Volonté politique de promouvoir la maternité à moindre risque

Période	Hôte	Vecteur	Environnement physique	Environnement social
Événement (pendant le travail dystocique)	<ul style="list-style-type: none"> *État de santé et nutritionnel de la mère *L'hydratation *Vidange de la vessie *Souplesse des tissus affectés *Anémie *Infection 	<ul style="list-style-type: none"> *Importance et nature de la dystocie *Étendue des tissus maternels affectés *Intensité des contractions utérines *Utilisation d'agents tocolytiques Utilisation inappropriée de préparations d'ocytocique *Durée du travail dystocique *Promptitude et nature des interventions *Intervention par voie basse avec forcep ou ventouse *Symphyséotomie *Embryotomie *Accouchement par césarienne *Pratiques traditionnelles néfastes 	<ul style="list-style-type: none"> *Lieu de déroulement du travail d'accouchement (maison, village, centre de santé communautaire, hôpital) *Capacité à fournir des soins obstétricaux d'urgence *Facilité de transport et de communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Les 3 phases de retard <ul style="list-style-type: none"> ° Retard dans la décision de recourir aux soins ° Retard pour arriver à une structure de prise en charge ° Retard avant de recevoir les soins appropriés dans la structure - Perception de travail dystocique par les communautés - Niveau de compétence des accoucheurs pendant le travail - Utilisation d'un partogramme - Obstacles économiques à l'accès à l'obstétrique d'urgence - Propension à utiliser les pratiques traditionnelles néfastes

Période	Hôte	Vecteur	Environnement physique	Environnement social
Post-événement (après le travail dystocique)	<ul style="list-style-type: none"> *État de santé *L'état nutritionnel *Vidange complète de la vessie *Soins de la plaie *Anémie *Infections 	<ul style="list-style-type: none"> *Hystérectomie ou hystérorraphie en cas de rupture utérine *Transfusions sanguines, antibiotiques et soins de soutien *Utilisation d'ocytocique pour prévenir les hémorragies du postpartum *Évacuation complète du contenu utérin après le travail *Soins néonataux pour les nourrissons survivants 	<ul style="list-style-type: none"> *Accès à des soins de qualité immédiatement après l'accouchement *Transport efficace *Communication efficace *Accès à la chirurgie de la fistule au niveau local ou dans un centre spécialisé dans la prise en charge de la fistule 	<ul style="list-style-type: none"> *Compréhension de la nature des lésions par les communautés *Stigmatisation *Soutien social et économique de la femme victime (en particulier de la famille et soutien conjugal) *Soutien public pour les soins de la fistule *Réadaptation sociale et économique des femmes porteuses *Volonté politique de promouvoir une maternité à moindre risque et des programmes efficaces de traitement et de prévention de la fistule

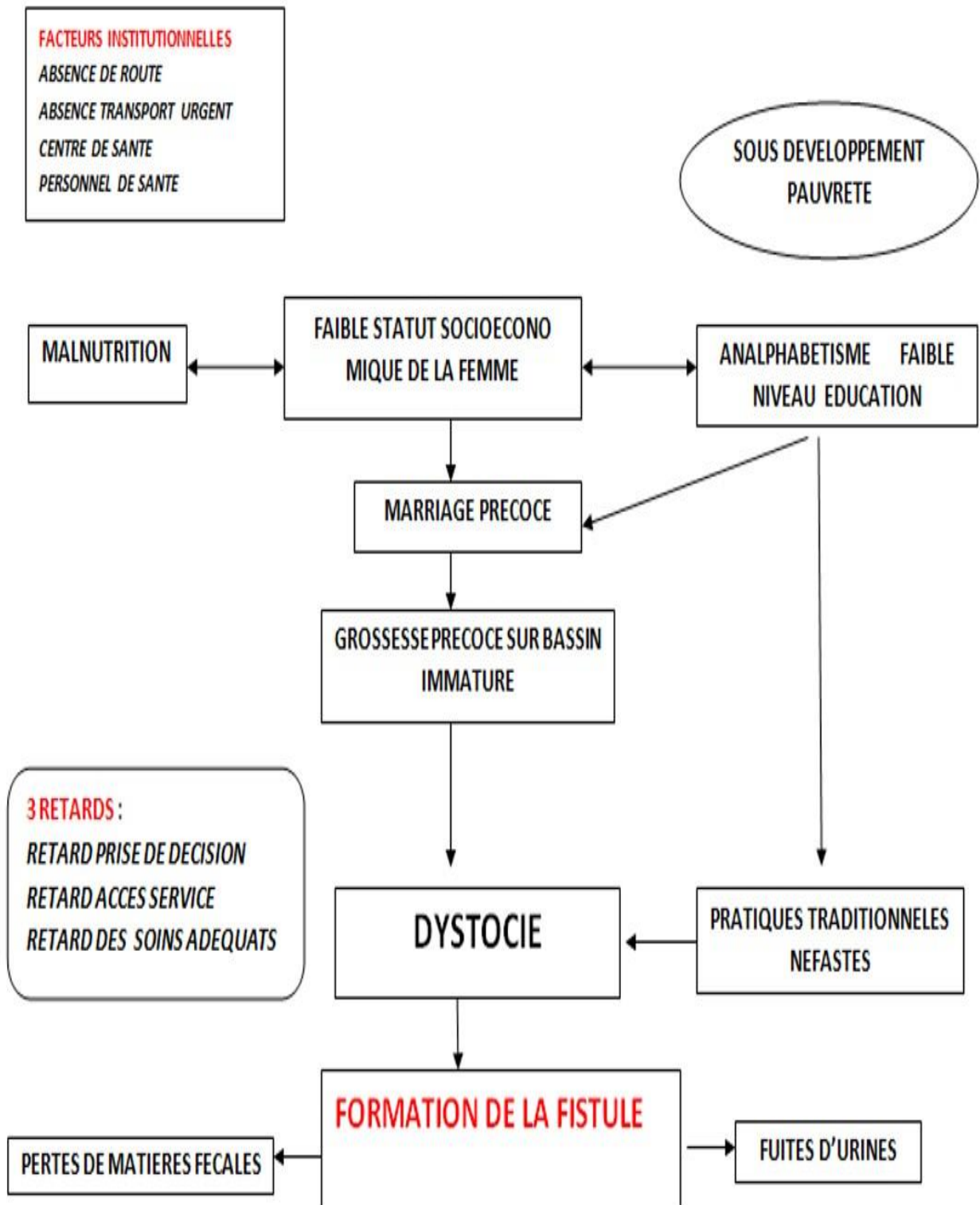


Figure 2 : Résumé des facteurs concourant à la formation de la fistule obstétricale

4 - Conséquences de la fistule obstétricale

Les femmes concernées vivent des conséquences sociales, psychologiques, biologiques et économiques de la fistule obstétricale.

4.1- Les conséquences biologiques

Les conséquences de la fistule peuvent être les suivantes : l'écoulement permanent des urines et/ou des selles par le vagin, l'endommagement du col de l'utérus ou des os du bassin, des maladies neurologiques comme une lésion du nerf peroneal (la chute du pied), les infections urogénitales, la dermatite ammoniacale, des lacérations génitales, les infections rénales et l'aménorrhée. De plus, dans la plupart des cas, la femme perd son enfant [43,44].

4.2- Les conséquences psychologiques

4.2.1-Deuil

Les femmes victimes de fistule perdent généralement leur enfant. Face à cette perte, et devant la fistule, elles passent par un deuil aussi bien pour l'enfant décédé que pour leur affection qui va chambouler leur vie si aucune solution n'y est trouvée. Les 5 étapes du deuil sont les suivantes :

a- Le déni

Le rêve de toute femme dans notre société est d'enfanter. La fistule survient suite à un travail dystocique et la plupart des femmes accouche d'un mort-né. Le plaisir de donner naissance qu'on accepte malgré la douleur se transforme en désolation. En plus de perdre son enfant, la patiente perd aussi des urines. Ces pertes qui bouleverseront sa vie pour toujours. Si perdre un enfant peut arriver à tout le monde et qu'on peut en avoir un autre, perdre des urines est tout autre chose. Au sentiment de choc de perdre son enfant s'ajoute aussi cette humiliation de perdre des urines. Se réveille alors la crainte aussi de perdre les supports affectifs habituels. Alors la patiente est confuse, tout semble irréel, elle se croit dans un mauvais rêve duquel elle se réveillera, elle a du mal à croire ce qui lui

arrive. Elle se dit que ce n'est que passager, tout ce mal, cette douleur qu'elle ressent. Elle refuse d'accepter la tragique situation, elle la nie.

b- La colère et la culpabilité

Alors un sentiment de colère anime la patiente. Cette colère est dirigée envers ceux qu'elle juge responsables ou qui ne la soutiennent pas, ses proches, l'enfant décédé et même envers Dieu pour avoir permis que cela arrive. Parfois la colère est dirigée envers elle-même. Elle se sent coupable. En tant que mère, elle peut avoir des attentes extraordinaires allant jusqu'à croire qu'elle pouvait sauver son enfant de la mort et éviter cette maladie qui la suivra désormais. Elle se dit n'avoir pas fait tout ce qui était nécessaire pour sauver son enfant et éviter d'être malade. Parfois même, elle trouve que sa situation est une forme de punition divine pour quelque chose qu'elle a ou n'a pas fait.

c- Le marchandage

Vu que rien n'a changé et que la situation reste la même malgré tous ses efforts, la patiente est si désespérée qu'elle se confie à une force qu'elle croit supérieure, magique ou divine. Elle lui fait de promesse de sacrifice et de comportement souvent même impossible juste en espérant que la situation change en sa faveur.

d- La dépression

A cette étape, la patiente se rend compte que son enfant ne reviendra plus jamais et qu'elle continue à être mouillée par les urines. Le déni, la colère et même le marchandage n'ont rien changé de la situation. Elle devient triste, insociable et perd de l'énergie. Elle est immergée dans une détresse émotionnelle alimentée par la culpabilité, les remords et la remise en question permanente. Parfois, les proches qui devraient la soutenir et l'aider à surmonter tout ceci, commencent à s'éloigner d'elle quand ils découvrent son état. La patiente est alors submergée d'émotions qui semblent insupportables.

e- La résignation et l'acceptation

A cette étape, la colère et la dépression sont passées. Même si la douleur persiste, la patiente s'efforce à accepter sa situation. Elle commence à se reconstruire, à continuer le cours de sa vie. Elle retrouve son énergie et l'ensemble de ses facultés psychiques et psychologiques. Elle arrive à s'adapter à sa nouvelle situation et essaie d'aller de l'avant.

4.2.2-Les répercussions psychologiques

Sur le plan psychologique, on constate un risque élevé de dépression et de suicide [45]. Les femmes porteuses de fistule sont plus susceptibles d'être dépressives, sont plus sujettes à un stress post-traumatique, à des plaintes somatiques et adhèrent moins à un réseau social lorsqu'on les compare aux femmes du groupe témoin[46,47]. Un sentiment général de perte de contrôle de son corps, de rôle communautaire et d'estime de soi ont été documentés [48].

4.3- Les conséquences sociales

4.3.1-La stigmatisation et l'exclusion sociale

La stigmatisation est un phénomène social basé sur la discrimination, une mise à l'écart d'un individu ou d'un sous-groupe d'individus pour leur différence qui sont considérées comme contraire aux normes de la société par un groupe majoritaire. Dans notre cas, à cause des fuites d'urine causées par la fistule. Cela aboutit à une baisse de l'estime de soi, à un sentiment de honte, de culpabilité, d'infériorité, de stress. La patiente est alors marginalisée, rejetée par la société, c'est l'exclusion sociale.

4.4- Les conséquences économiques

Une étude menée par Samanyouga en 2009 a révélé des répercussions négatives de la maladie sur la rentabilité. En effet, la totalité des femmes interrogées ont vu leur économie se réduire considérablement du fait des dépenses occasionnées par la maladie. Ces dépenses allaient de cent mille (100,000FCFA) à plus de neuf cent

mille (900,000FCFA) pour celles qui ont tenté un traitement traditionnel ou moderne. Les ressources utilisées pour les dépenses provenaient de leurs propres économies, de celles de leurs parents et dans une moindre mesure de celles de leur mari. Il y a donc épuisement des économies des femmes et la perte de l'emploi ce qui les empêcherait de renouveler les dépenses. En effet, 100% des femmes qui avaient pour activité le petit commerce ont toutes abandonné. Economiquement donc, elles sont devenues improductives [49,50].

Les patientes se voient obligées de mendier pour survivre et pour pouvoir survenir à leur besoin primaire puisqu'elles ne peuvent plus exercer d'activités économiques et qu'elles sont délaissées par leur proche et même leur conjoint et leur famille pour certaines.

Elles sont constamment humiliées et rejetées par l'entourage familial ainsi qu'isolées des événements sociaux de la communauté, ce qui entraîne aussi des difficultés économiques pour les femmes et leurs familles. D'incontinence urinaire et/ou des selles, ces femmes deviennent ostracisées et rejetées par leur communauté [51].



Image 2 : Patiente portant un plastique sous ses vêtements pour éviter de les souiller avec les urines

Source : Hôpital Sominé DOLO de Mopti



Image 3 : Lit d'une patiente souffrant de fistule ; plastique mis sur le drap pour éviter de souiller le matelas avec les urines

Source : Hôpital Sominé DOLO de Mopti

5 – Traitement

5.1 - La chirurgie

La reconstruction chirurgicale réussie est transformatrice pour les femmes qui développent une fistule après un travail dystocique. Aucun obstacle ne devrait entraver leur accès à de tels services. Une intervention réussie sur la fistule restaure la dignité et la vie communautaire chez une femme qui avait perdu l'auto-estime, était abandonnée ou rejetée par sa communauté, divorcée par son mari (le divorce est très fréquent chez les victimes[52]). La récupération de l'identité avant la fistule est un élément important de la réinsertion sociale et semble possible que lorsque la femme est « sèche », quand elle a des enfants, et que sa famille l'accepte dans son réseaux social[53]. Pareillement, réclamer son rôle social est un facteur clé de la réhabilitation. Celles qui ont encore des fuites urinaires quel que soit la

raison, même si c'est la conséquence d'une incontinence urétrale, ont besoin d'un soutien supplémentaire.

5.2-La prise en charge psychologique

La réintégration dans la communauté sociale nécessite un suivi psychologique[54]. Les victimes de fistule portent souvent de profondes blessures psychosociales, qui doivent être corrigées pour qu'elles puissent se remettre complètement de cette épreuve[55,56]. La réhabilitation de ces femmes traumatisées par l'accouchement est facilitée par un environnement social favorable et des programmes spéciaux adaptés à leurs besoins spécifiques. L'élaboration de programmes d'éducation familiale et communautaire à une grande échelle dans la société sur la nature, les causes et le traitement du travail dystocique est très importante pour les efforts globaux de prévention de la fistule obstétricale. Parce que, les fistules obstétricales et les lésions sont le résultat d'une anomalie de la mécanique obstétricale plutôt qu'un mauvais comportement moral. Toutes les femmes enceintes sont potentiellement exposées à ces complications dévastatrices de la reproduction. Faire en sorte que la société comprenne cela, nécessitera des campagnes de sensibilisation efficaces et convaincantes[55].

5.3-La réinsertion socioéconomique

La réinsertion est le fait que les femmes touchées par la fistule obstétricale retrouvent leur place sociale dans la communauté, y compris du point de vue économique. En effet, la majorité d'entre elles vit dans une situation d'extrême vulnérabilité sociale et économique.

Les activités de réinsertion socio-économique regroupent un certain nombre de modules de formation destinés à renforcer les capacités, les compétences et l'autonomisation de ces femmes, répartis selon les catégories suivantes :

- l'alphabétisation ;
- l'acquisition de compétences de la vie courante et de capacités financières ;
- la formation à des activités rémunératrices ;
- la distribution de kits de démarrage d'activités rémunératrices[57]

La réinsertion sociale permet à la patiente de retrouver le goût à la vie par soutien plurisectoriel, de redevenir membre à part entière de la société et de retrouver sa place de femme dans celle-ci.

5.4-Suivi après réparation chirurgicale

Le suivi après la chirurgie reste un défi. En Guinée par exemple, le taux de perdues au suivi était d'environ 21,5% sur 6 ans. L'une des raisons probables était le manque de moyens financiers pour les transports. Six mois après la chirurgie, une étude a montré que 4% des patientes libérées avec le diagnostic de guérison avaient une récurrence[58]. Le repos pelvien est recommandé après la chirurgie ; cependant, on ignore à quel moment les rapports sexuels interféreraient avec la cicatrisation. Certains recommandent 2 mois et d'autres 6 mois[59]. Certaines patientes rapportent des difficultés d'abstinence sexuelle du fait des demandes de leur mari ; tandis que d'autres étaient victimes de viol. D'autres rapportent ne plus jamais vouloir de relation sexuelle ou d'une grossesse de peur de développer une autre fistule. La contraception après la réparation de la fistule n'a pas été bien étudiée. Un article du Nigéria a rapporté une faible utilisation de la contraception chez les patientes victimes de fistule du fait de leur bas niveau socioéconomique, de la culture, de la religion et des mythes sur la contraception[60].

Tang et al.,[61] ont trouvé qu'un tiers des femmes ayant eu une réparation de la fistule et qui ont des capacités de procréer étaient aménorrhéiques et avaient des

bas niveaux d'hormone anti-Müllérien comparées aux femmes ayant un cycle menstruel normal. Dans 42% des cas, l'aménorrhée était inexplicée.

La revue de Delamou et al.[62] a rapporté qu'en moyenne 17,4% des femmes devenaient enceintes après réparation, 86,5% des grossesses évoluaient jusqu'à terme, 5% aboutissaient à une récurrence de fistule et deux décès maternels étaient survenus. Les mort-nés, la récurrence de fistule et les décès maternels étaient plus associés à l'accouchement par voie vaginale comparés à la césarienne. La surveillance anténatale de la grossesse était associée à une probabilité moindre d'avoir accès à la césarienne au moment du travail[63].

En général, lors des grossesses ultérieures, l'accouchement par césarienne est recommandé pour les femmes ayant eu une réparation de fistule [64]. En Éthiopie 24 femmes retournèrent avec une fistule obstétricale après un accouchement au cours duquel, elles ont soit commencé le travail avant la césarienne, soit accouché par voie basse. Elles ont toutes accouché de mort-nés. Les raisons données pour la non réalisation de la césarienne programmée comprenaient la non autorisation de la césarienne par la famille, la résidence éloignée, la peur de la chirurgie ou un début brutal du travail. Ces résultats indiquent le besoin d'une éducation des patientes et de leur famille concernant la probabilité plus élevée de naissance vivante et de réparation de fistule intacte lorsque la césarienne est réalisée à temps. Si l'âge gestationnel n'est pas précis, il serait prudent de programmer la chirurgie plutôt que d'attendre que le travail commence[9].

6 – Prévention

La meilleure façon de lutter contre la fistule est de la prévenir. La prévention est à plusieurs niveaux :

- Alphabétisation et la scolarisation des enfants surtout des jeunes filles.

- Amélioration des conditions de vie des populations en réduisant la pauvreté
- Information et sensibilisation des populations sur les causes et conséquences des FO
- Engagement fort des leaders administratifs, politiques, religieux, communautaires dans la lutte contre les mariages précoces et les mutilations sexuelles.
- Augmentation du nombre de structures offrant des soins obstétricaux de base.
- Formation des agents à dépister et à prendre en charge de façon adéquate un risque de travail dystocique
- Amélioration des services d'évacuation des parturientes et l'état des routes.
- Sensibilisation des populations surtout rurales sur les avantages des CPN et l'inconvénient des accouchements à domicile.
- Eviction des grossesses non désirées.
- Réduction du nombre de grossesses dans une population donnée par des programmes de planification familiale, et donc réduction des complications liées à la grossesse[45].
- Réduction des grossesses chez les adolescentes. En effet, celles-ci constituent une grande proportion des grossesses dans les pays en développement (7-30%), et elles sont associées à des disproportions céphalopelviennes. Les efforts de réduction des fistules obstétricales (FO) doivent donc mettre l'accent sur la prévention des grossesses chez les adolescentes [6].
- Réduction du risque de complications pendant la grossesse : beaucoup de femmes dites « à risque » vont accoucher normalement et beaucoup de femmes dites « à faible risque » vont souffrir de complications. Bien que la grande majorité des complications ne peuvent être prédites, le dépistage

prénatal peut identifier certaines femmes à risque et aider à minimiser les complications obstétricales. Un certain nombre de moyens de dépistage des femmes à risque de complications obstétricales a été proposé. Par exemple :

- Une taille inférieure à 155cm conduit à une augmentation de 4,9 fois les chances d'une césarienne au Burkina Faso. Une mère plus jeune que 19 ans et plus petite que 150 cm[39].
- Deux études distinctes sur les mesures du bassin, une du Congo (en regardant le diamètre transversal diagonal) et une deuxième en Tanzanie (atteinte du promontoire sacré), ont toutes deux été légèrement prédictives du travail obstructif.
- Dans une petite étude de cohorte impliquant des participants de la Tanzanie et de la Sierra Leone testant l'utilisation du poing (jointure des doigts), la hauteur, et le produit des deux connus sous le nom de "l'indice de la fistule" pour prédire la survenue de FO, la hauteur seule avait une valeur prédictive mais faible (Fig.3).

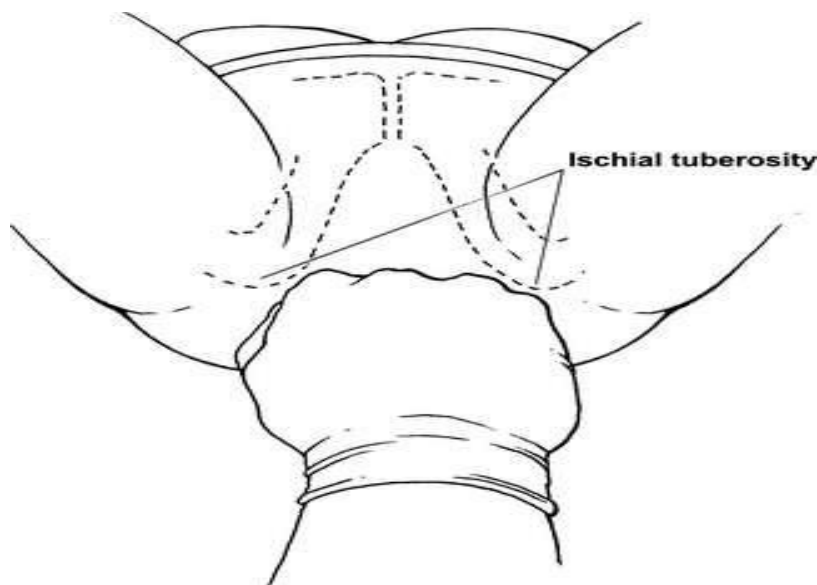


Figure 3 : Mesure de l'espace intertubérositaire en utilisant le poing

La différence de taille des jointures des examinateurs rendrait la standardisation difficile si ce test devrait être recommandé mais dans tous les cas une large étude prospective avec le travail obstructif comme objectif final est nécessaire.

La césarienne améliore le pronostic maternel et périnatal en cas de travail obstructif si elle est faite rapidement et bien conduite[45].

Le sondage urinaire pour vider la vessie chez une femme ayant eu un travail prolongé peut être utilisé comme prévention de fistule obstétricale. Ce geste est effectué par les agents de soins de santé primaires, y compris les agents de vulgarisation de la santé communautaire, s'ils sont bien formés [65]

7-Le plan d'accouchement

C'est un plan d'action réalisé, suite à des discussions entre la femme, les membres de sa famille et le prestataire de soins de santé. Il n'est pas nécessaire que ce plan soit écrit ; mais plutôt de s'assurer que la femme recevra des soins appropriés en temps voulu. Le plan d'accouchement se fait en deux parties : accouchement normal et pour les complications éventuelles.

Les étapes du plan d'accouchement :

- Identifier le lieu d'accouchement.
- Identifier la personne qui va effectuer l'accouchement.
- Savoir comment contacter la personne au besoin.
- Prévoir comment se rendre au lieu d'accouchement.
- Identifier la personne qui va l'accompagner.
- Identifier la personne qui va s'occuper des enfants et de la famille en absence de la femme,
- S'accorder sur la personne qui va autoriser la gestante à aller à la maternité,

- Épargner pour financer le coût de l'accouchement et des complications éventuelles,
- Préparer un paquet contenant du savon et des habits propres pour la mère et l'enfant,
- Prévoir un donneur de sang éventuel.

8- L'école des maris

L'école des maris est un regroupement d'homme mariés appelés maris modèles, identifiés selon des critères bien définis par les structures de santé et les communautés. Ils ont pour mission de sensibiliser leurs pairs à changer de comportement pour l'amélioration de la santé de la famille, en acceptant que leurs femmes et enfants fréquentent les centres de santé. Ainsi, les maris modèles contribuent à la réduction de la mortalité maternelle et infantile en sensibilisant les hommes mariés sur les avantages des consultations pré et post natales, l'accouchement assisté par un personnel qualifié, la planification familiale, la vaccination, etc. C'est une stratégie qui vise :

- La satisfaction des acteurs et le changement de comportement des hommes par la prise de conscience sur la problématique de la santé de la reproduction et la planification familiale,
- L'augmentation de l'utilisation des services de santé et la réduction de la morbidité maternelle et infantile.
- La réduction de la mortalité maternelle et infantile.

II - METHODOLOGIE

1-Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive allant du 1^{er} Janvier 2014 au 31 Décembre 2018.

2-Lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée à l'hôpital Sominé DOLO dans la région de Mopti.

3-Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie générale.

4-Population d'étude

L'étude a porté sur les patientes opérées pour fistule obstétricale.

5-Echantillonnage

5.1-Critères d'inclusions

Les patientes prise en charge pour fistule obstétricale ayant un dossier médical complet durant notre période d'étude.

5.2-Critères de non inclusion

- Autres fistules non obstétricales (néoplasique, infectieuse, traumatique...)
- Les fistules obstétricales prises en charge hors de notre période d'étude.

6- Les phases de l'étude

Elle a comporté :

- Une phase de recherche bibliographique,
- Une phase de confection de questionnaire,
- Une phase de collecte de données.
- Une phase de saisie et d'analyse des données

7-Support

Fiche individuelle

Dossier du malade

Registre de compte rendu du bloc opératoire

Saisie et analyse : logiciel Word, Excel.

III – RESULTATS

1 - Aspect épidémiologique

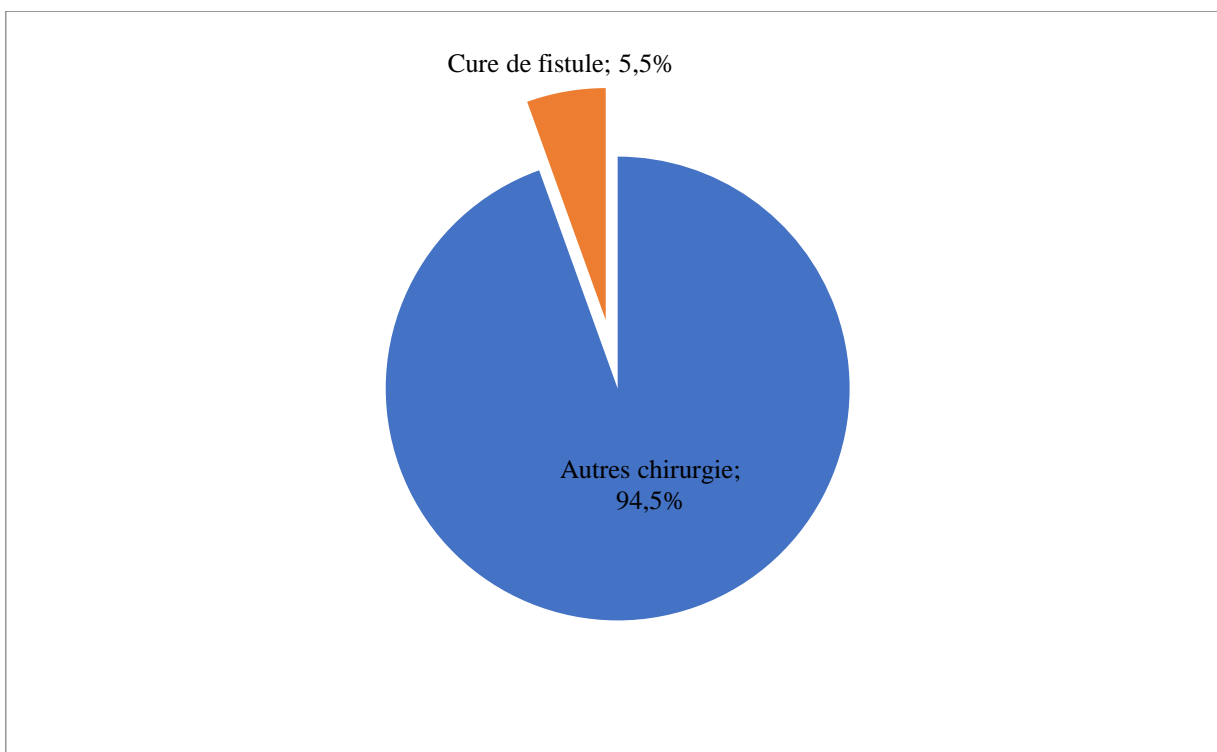


Figure 4 : Fréquence de la fistule dans le service de chirurgie

Sur notre période d'étude, le service de chirurgie générale a effectué 5533 interventions chirurgicales dont 306 cures de fistules obstétricales soit 5,5% des activités chirurgicales du service.

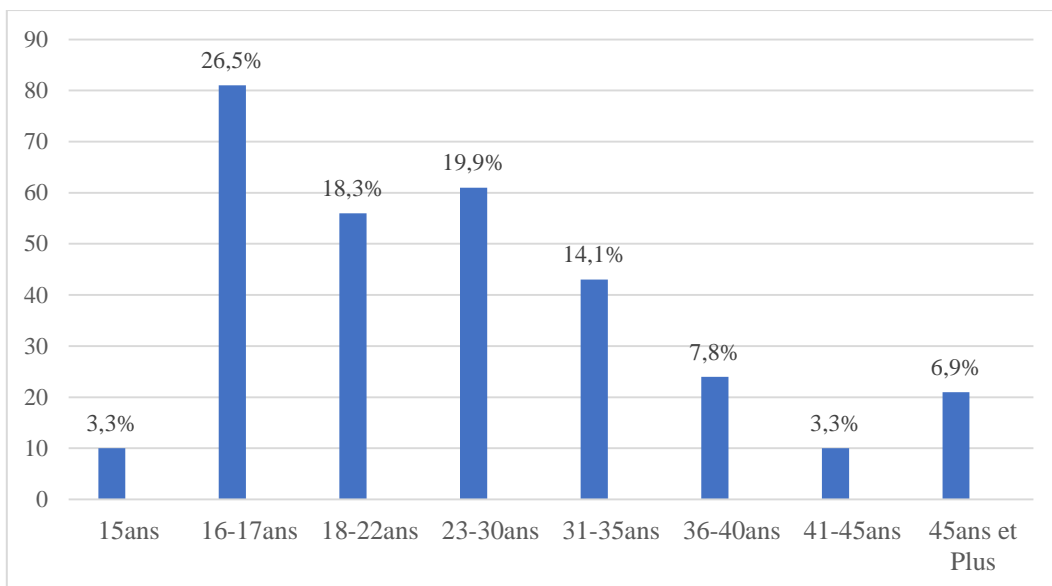


Figure 5 : Répartition des patientes en fonction de leur tranche d'âge

La tranche d'âge la plus représentée est de 16 à 17 ans avec 26,5%. L'âge moyen de nos patientes était de 27 ans avec des extrêmes de 12 et 65 ans

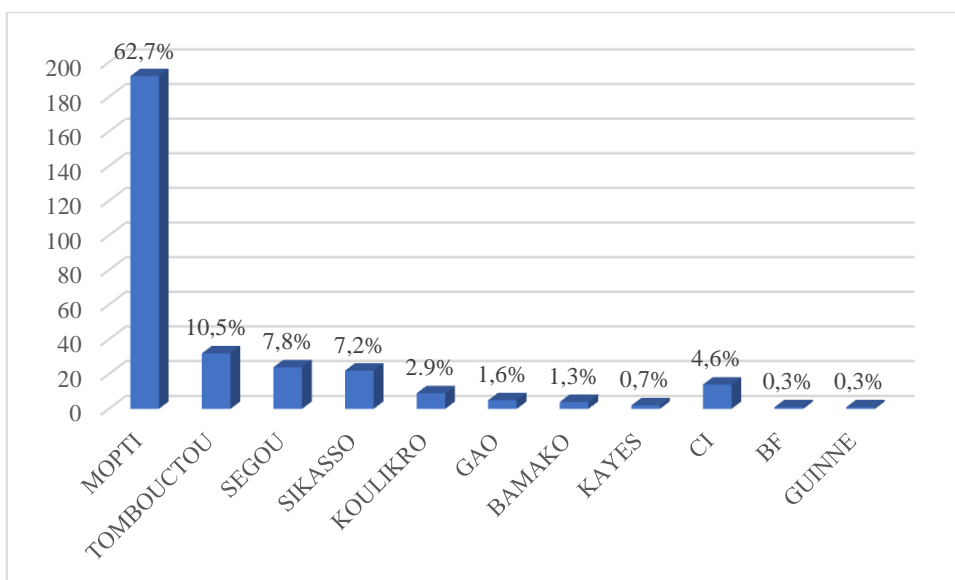


Figure 6 : Répartition des patientes en fonction de leur provenance

Les patientes venant de la région de Mopti étaient les plus nombreuses avec 62,7%

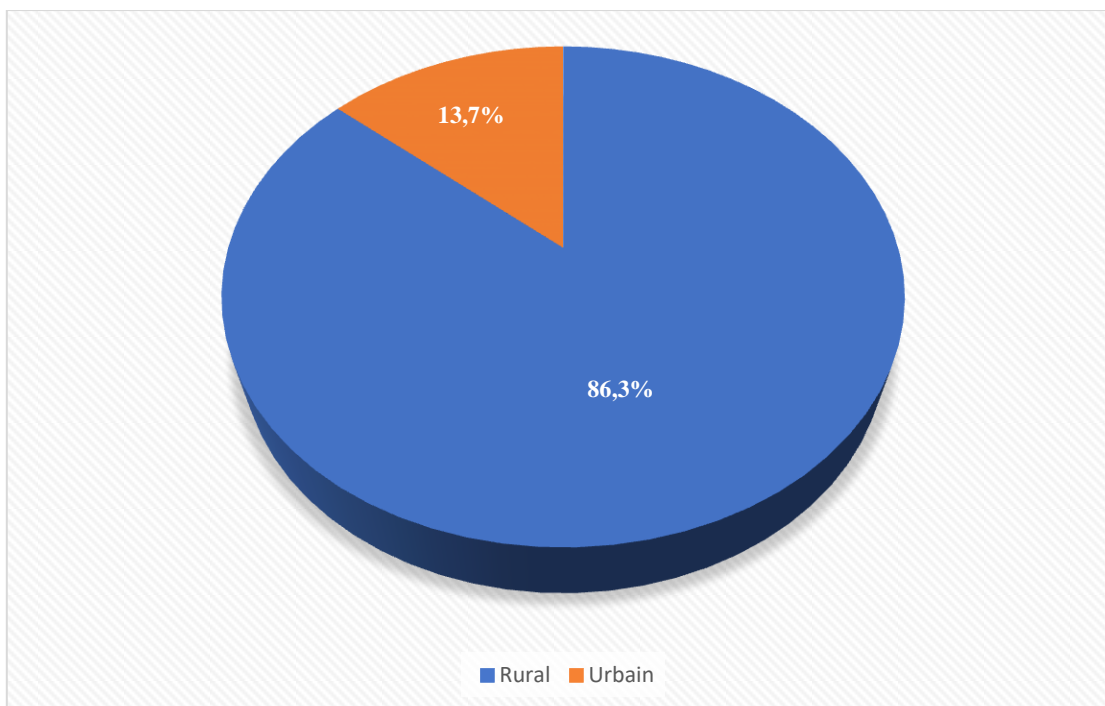


Figure 7 : Répartition des patientes en fonction de leur milieu de vie

Les patientes vivant en milieu rural étaient les plus représentées avec 86,3%

Tableau 3 : Répartition des patientes en fonction de leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Fréquence
Aucun	261	85,3%
Alphabétisation	23	7,5%
Primaire	14	4,6%
Secondaire	8	2,6%
Total	306	100%

La majorité de nos patientes n'avait aucun niveau d'instruction soit 85,3%

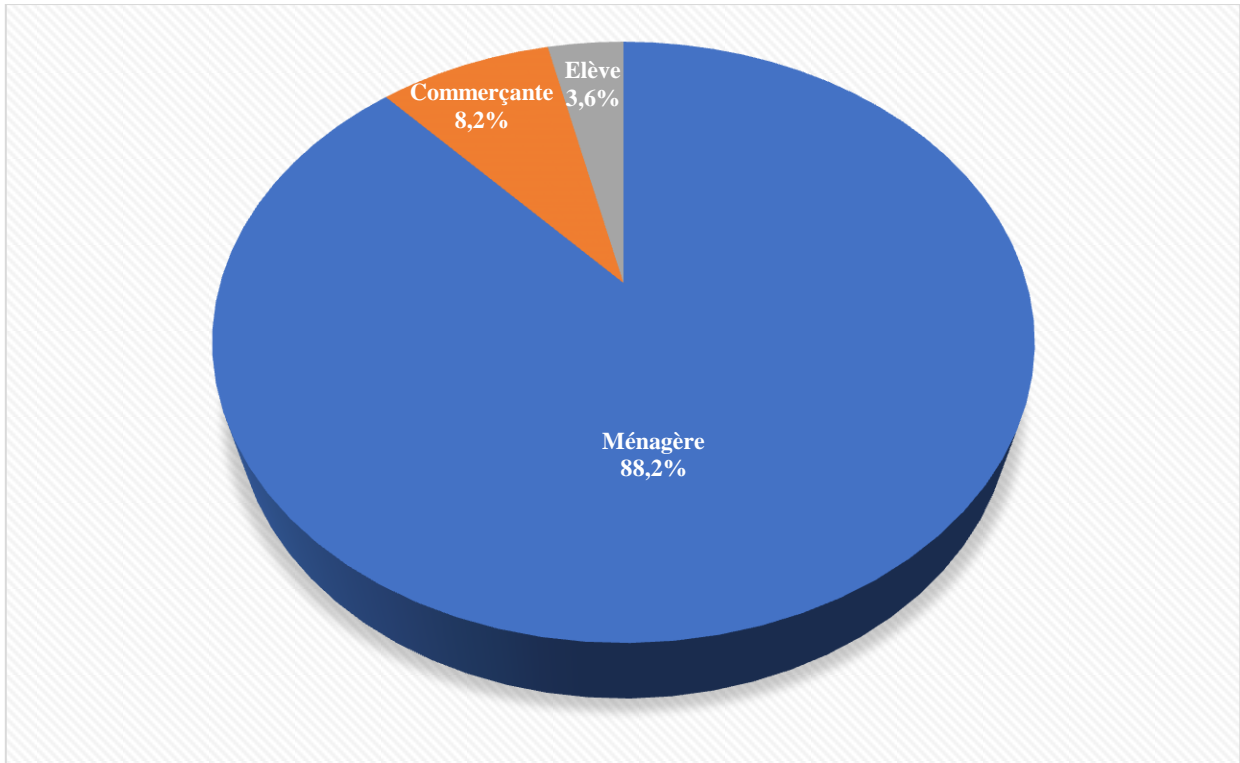


Figure 8 : Répartition des patientes en fonction de leur profession

La plupart de nos patientes était ménagère soit 88,2%

Tableau 4 : Répartition des patientes en fonction de leur taille

Taille	Effectif	Fréquence
<1,50m	135	44,1%
1,50 - 1,60m	149	48,7%
1,60 – 1,70m	14	4,6%
1,70 et plus	8	2,6%
Total	306	100%

La taille moyenne de nos patientes était de 1,45m avec des extrêmes de 1,1m et de 1,72m. Les patientes ayant une taille comprise entre 1,50m et 1,60m ont été majoritaires avec 48,7 %

Tableau 5: Répartition des patientes en fonction de leur état nutritionnel

Etat nutritionnel	Effectif	Fréquence
Dénutrition (IMC<18,5kg/m ²)	166	54,2%
Bonne nutrition (18,5<IMC<25kg/m ²)	132	43,1%
Surpoids (IMC>25kg/m ²)	8	2,6%
Total	306	100%

La majorité de nos patientes était dénutrie

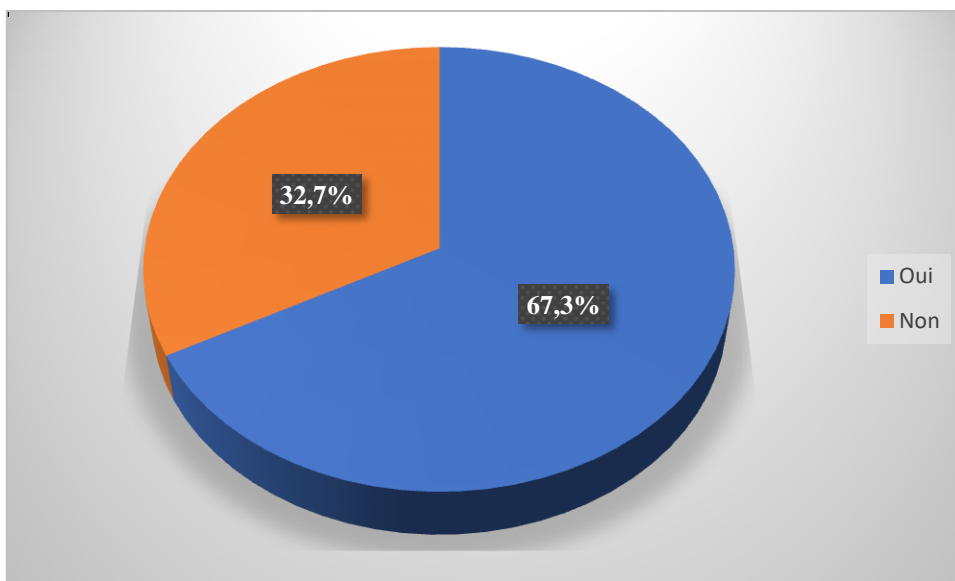


Figure 9 : Répartition des patientes en fonction de leur état d'excision

67,3% de nos patientes étaient excisées

Tableau 6 : Répartition des patientes en fonction de leurs antécédents obstétricaux

Antécédent Obstétricaux	Parité	Gestité
1	37,9%	37,6%
2	42,5%	41,8%
3 et plus	19,6%	20,6%
Total	100%	100%

Les patientes multigestes ont représenté 62,4% contre 37,6% de primigestes

Les multipares ont représenté 62,1% de nos patientes contre 37,9% de primipares

Tableau 7 : Répartition des patientes en fonction du rang de la grossesse causale

Rang de la grossesse	Effectif	Fréquence
1e	133	43,5%
2e	43	14,1%
3e	24	7,8%
4e	25	8,2%
5e	22	7,2%
6e	18	5,9%
7e	41	13,4%
Total	306	100%

La première grossesse était en cause dans 43,5% des cas

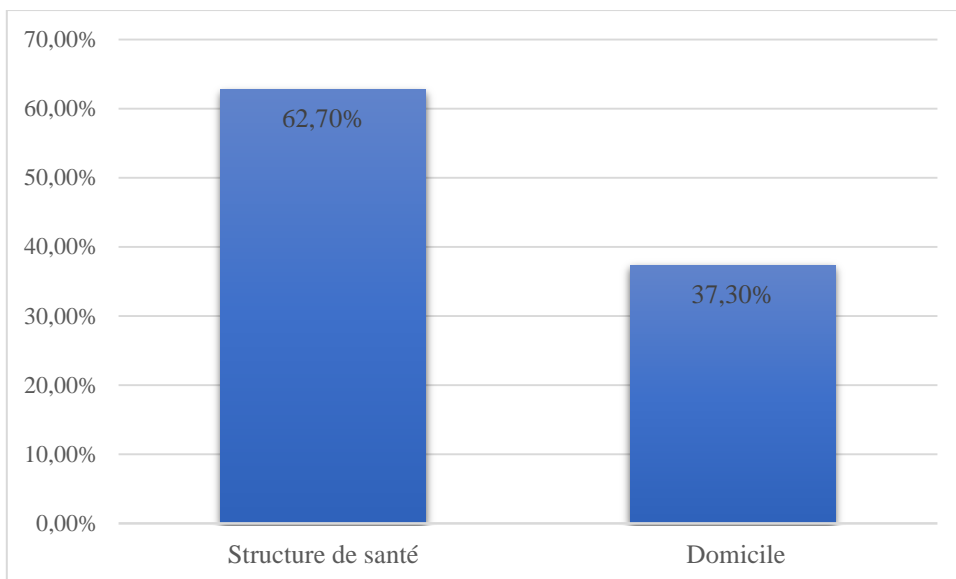


Figure 10 : Répartition des patientes en fonction du lieu de l'accouchement

62,7% des patientes ont accouché dans une structure de santé et 37,3% à domicile

Tableau 8 : Répartition des patientes en fonction de la qualification de la personne ayant assisté à l'accouchement

Personne ayant assisté à de l'accouchement	Effectif	Fréquence
Qualifié	204	66,7%
Non qualifié	102	33,3%
Total	306	100%

66,7% des accouchements ont été assistés par une personne qualifiée

Tableau 9 : Répartition des patientes en fonction de la durée du travail d'accouchement

Durée du travail	Effectif	Fréquence
24h	98	32,0%
48h	110	35,9%
72h et plus	98	32,0%
Total	306	100%

La durée du travail d'accouchement était supérieure ou égale à 48h chez 68% des patientes

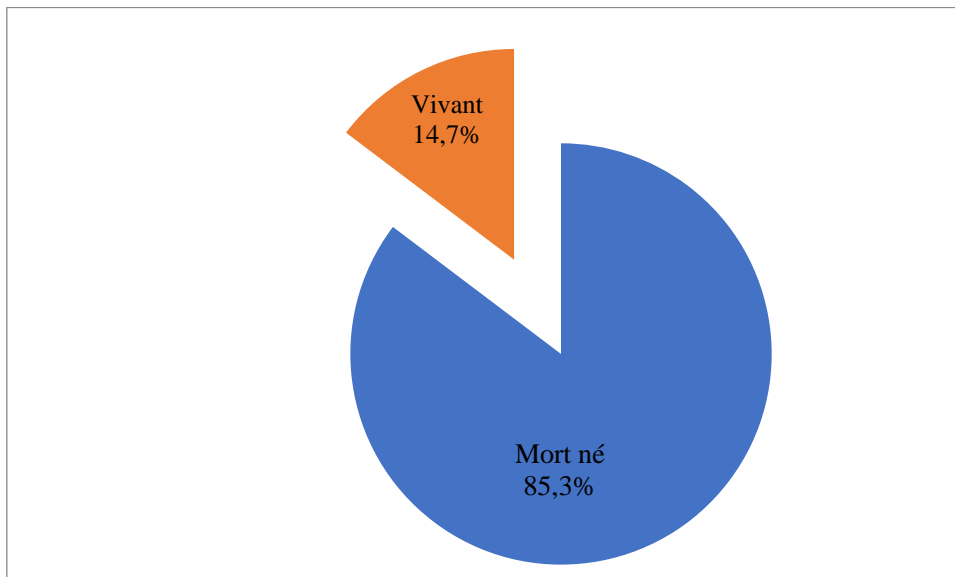


Figure 11 : Répartition des patientes en fonction de l'état du nouveau-né à la naissance

85,3% des patientes ont accouché d'un mort-né

2 - Aspect psychosocial

Tableau 10 : Répartition des patientes en fonction de leur statut matrimonial

statut matrimonial	avant la fistule	pendant la fistule
Mariées	94,4%	85,6%
Répudiées	4,2%	5,9%
Célibataires	1,0%	4,2%
Veuves	0,3%	4,2%
Total	100%	100%

94,4% des patientes étaient mariées avant la survenue de la fistule

5,9% des patientes ont été répudiées à cause de la fistule néanmoins la majorité d'entre elles reste mariée soit 85,6%

Tableau 11 : Causes de la fistule selon la patiente et selon son entourage

Causes de la fistule	Selon la patiente	Selon l'entourage
Travail d'accouchement prolongé	56,2%	17,6%
Surnaturelle	43,8%	59,8%
Paresse de la patiente	0,0%	22,5%
Total	100%	100%

Le travail prolongé est reconnu comme cause de la fistule par 56,2% des patientes. Cependant 43,8% attribue leur maladie à une cause surnaturelle

La fistule est attribuée à une cause surnaturelle par l'entourage de 59,8% des patientes et à la paresse de la patiente dans 22,5% des cas. Seuls 17,6% des cas évoquent le travail prolongé.

Tableau 12 : Répartition des patientes en fonction de leur attitude face à la maladie

Attitude de la patiente	Effectif	Fréquence
Acceptation	186	60,8
Dénie	92	30,1%
Indifférence	28	9,1%
Total	306	100%

60,8 % des patientes accepte leur maladie alors que 30,1% la dénie et 9,1% restent indifférentes.

Tableau 13 : Répartition des patientes en fonction de l'attitude du conjoint, de la famille et de l'entourage.

Attitude	Conjoint	Famille	Entourage
Soutien	83,7%	61,8%	58,2%
Indifférence	10,8%	30,4%	26,8%
Rejet	5,6%	7,8%	15,0%
Total	100%	100%	100%

Nous notons que 83,7% des patientes ont reçu le soutien de leur conjoint même si 5,6% ont été rejetées par celui-ci.

61,8% des patientes ont été soutenues par leur famille tandis que 7,8% ont été rejetées par celle-ci.

15% des patientes ont été rejetées par leur entourage

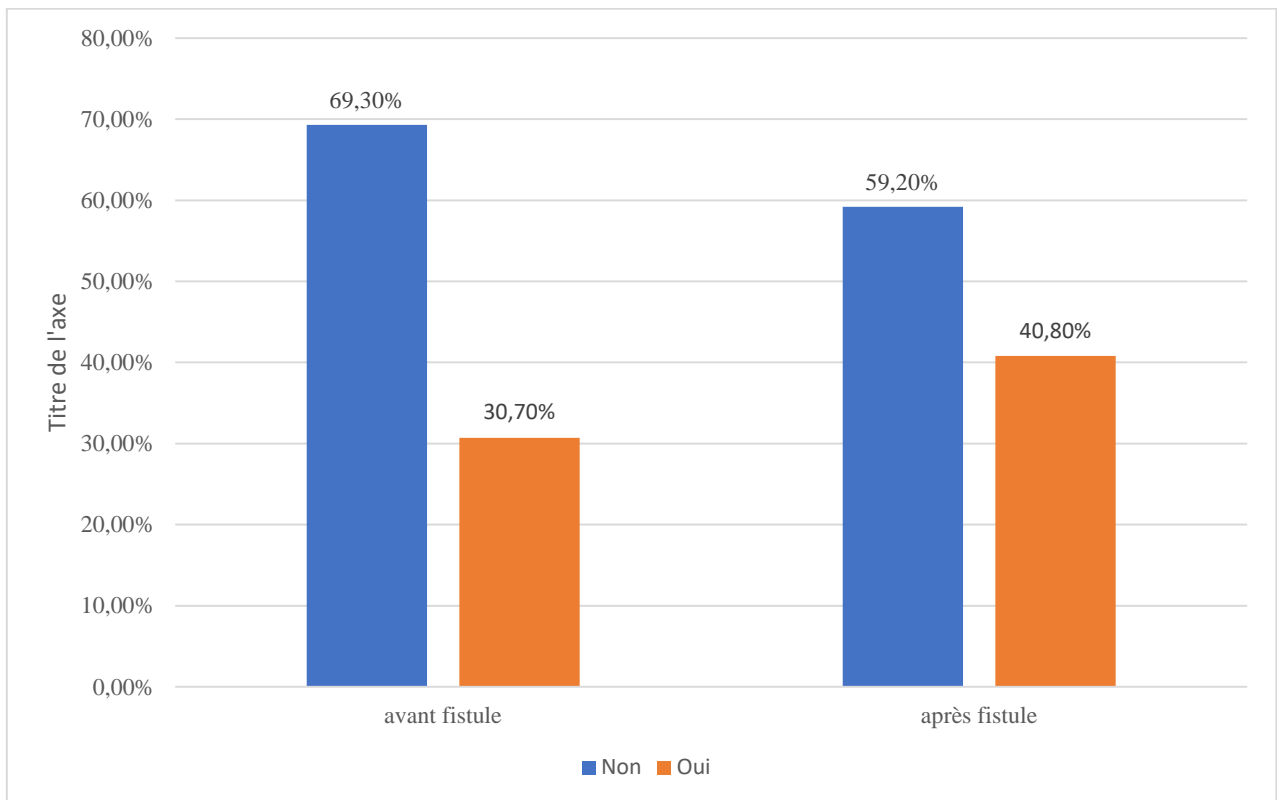


Figure 12 : Répartition des patientes en fonction de l'activité sexuelle

Nous constatons que 69,3% des patientes n'avaient plus d'activité sexuelle à cause de la fistule

Malgré le traitement, 59,2% des patientes n'ont pas repris l'activité sexuelle

Tableau 14 : Répartition des patientes en fonction des raisons du manque d'activité sexuelle

Raisons	Effectif	Fréquence
Peur d'une rechute	58	32,0%
Peur d'une grossesse	32	17,7%
Pas envie de rapport sexuelle	22	12,2%
Vit loin du mari	38	21%
Divorcée	18	9,9%
Nombre d'enfants satisfaisant	13	7,2%
Total	181	100%

Les raisons du manque d'activité sexuelle ont été dominées par la peur d'une rechute chez 32% des patientes

Tableau 15 : Répartition des patientes en fonction du désir de procréer

Désir de procréer	Effectif	Fréquence
Oui	164	53,6%
Non	142	46,4%
Total	306	100%

Parmi nos patientes, 53,6% avaient encore le désir de procréer et 46,4% ne voulaient plus avoir de grossesse.

Tableau 16 : Répartition des patientes en fonction de la réussite d'une grossesse sur la fistule

Grossesse sur fistule	Effectif	Fréquence
Oui	11	3,6%
Non	295	96,4%
Total	306	100%

Seulement 3,6% des patientes ont réussi une grossesse avec la fistule

Tableau 17 : Répartition des patientes en fonction de leur participation aux activités sociales avant et pendant la fistule

Activités sociales	Avant la fistule	Pendant la fistule
Mariage	100%	4,2%
Baptême	100%	4,2%
Prière	92,8%	0,0%
Cérémonie funèbre	95,4%	18,6%
Tontine	87,6%	4,2%

Presque toutes les patientes participaient aux activités sociales avant la fistule. 100% d'entre elles participaient aux mariages et aux Baptêmes, 92,8% aux prières, 95,4% aux cérémonies funèbres et 87,6% aux tontines.

La participation aux activités sociales s'est vue presque annulée avec la survenue de la fistule. Seulement 18,6% des patientes participaient aux cérémonies funèbres, 4,2% aux mariages, aux baptêmes et aux tontines. Aucune des patientes ne participaient aux prières à cause de la fistule

Tableau 18 : Répartition des patientes en fonction de leur activité économique avant et pendant la fistule

Activité économique	avant la fistule	pendant la fistule
Vente	36,8%	2,6%
Coiffure	28,4%	1,0%
Tatouage	11,1%	0,0%
Teinture	2,9%	0,3%
Maraichage	63,7%	3,6%
Elevage	8,5%	5,6%

Certaines patientes exerçaient une activité économique avant la fistule

Le nombre de femmes exerçant une activité économique a considérablement diminué avec la fistule.

Tableau 19 : Répartition des patientes en fonction de la Source de l'appui financier

Source de l'appui financier	avant la fistule	avec la fistule
Epoux	93,1%	83,7%
Fonds propre	5,6%	10,1%
Famille	1,3%	6,2%
Total	100%	100%

93,1% des patientes étaient soutenues financièrement par leur époux avant la fistule, 1,3% par leur famille et 5,6% par leur propre fonds

Le soutien financier de l'époux a baissé passant à 83,7% à cause de la fistule.

Tableau 20 : Répartition des patientes en fonction de leur état psychologique

Etat psychologique	Effectif	Fréquence
Bon (garde le moral)	203	66,3%
Passable (abattue)	85	27,8%
Mauvais(déprimée)	18	5,9%
Total	306	100%

27,8% des patientes avaient un état psychologique passable à cause de la maladie et pour 5,9% d'elles l'état psychologique était mauvais. Cependant 66,3% ont gardé un bon état psychologique.

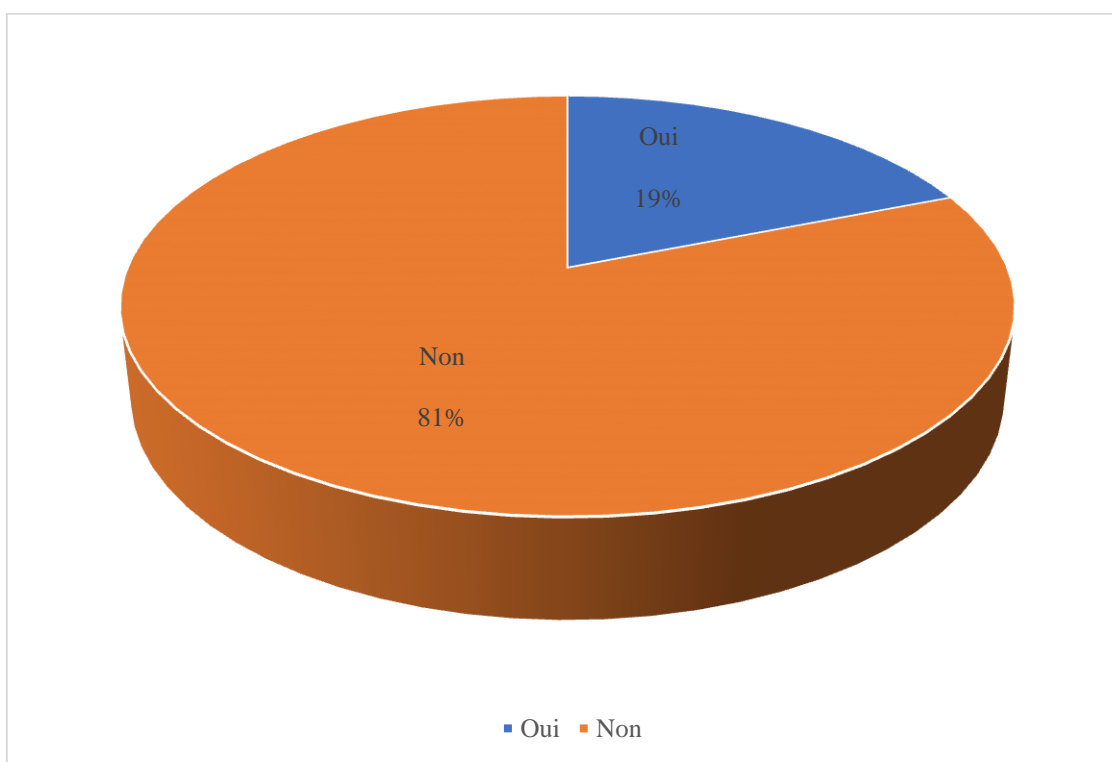


Figure 13 : Patientes ayant bénéficié d'un appui psychologique

Seulement 19% des patientes ont bénéficié d'un appui psychologique

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Sur notre période d'étude allant du 01 Janvier 2014 au 31 Décembre 2018, le service de chirurgie générale a effectué 5533 interventions chirurgicales dont 306 cures de fistules obstétricales soit 5,5% des activités chirurgicales du service. Au centre hospitalier universitaire du Point G, la cure de la fistule a représenté 17% des activités chirurgicales du service d'urologie en 2011 [14] et 19% de 2009 à 2018. Elle a représenté 19,53% des activités chirurgicales à l'hôpital de Sikasso [66].

Dans notre étude, 81 patientes avaient un âge compris entre 15 et 17 ans soit 26,5%. L'âge moyen des patientes était de 27 ans. La plus jeune patiente avait 12 ans et la plus âgée avait 65 ans. L'âge moyen de notre étude est superposable à celui de MATIWOS B et al. [67] en Ethiopie, de MASSANDE M J et al. [68] au Gabon et de BERTHE H [69] à Ségou qui ont trouvé respectivement un âge moyen de 27 ans, 27,7 ans et 28,4 ans. Il est supérieur à celui de LUMBUNGU M [70] au Congo et de DEMISSEW A S et al. [71] en Ethiopie qui ont trouvé un âge moyen de 20,15 ans et 25 ans respectivement. Il est inférieur à celui de TRAORE S I et al. [66] à Sikasso et de SANOU S M et al. [72] au Cameroun qui ont trouvé respectivement 35,8 ans et 44 ans. Ici l'âge est donné au moment de la consultation. La plupart des patientes passent plusieurs années avec la fistule avant de faire recours aux soins. Cela peut être dû soit au manque d'information sur la possibilité de traitement, soit au manque de moyens pour y recourir ou encore au fait que les patientes ont honte de faire découvrir leur maladie donc préfèrent rester cachées. Aussi, faut-il noter que près de 85% de nos patientes sont en âge de procréer. La fistule devient un obstacle à leur vie de fécondité.

Tableau 21 : Age moyen des patientes selon les auteurs

Auteur	Lieu	Taille de l'échantillon	Age moyen	Extrême
Notre étude	Mali	306 patientes	27 ans	12 et 65 ans
Lumbungu M D	Congo	13 patientes	20,15 ans	20 et 38 ans
Demissew	Ethiopie	168 patientes	25 ans	12 et 45 ans
Matiwos B	Ethiopie	289 patientes	27 ans	
MASSANDE M J	Gabon	31 patientes	27,7 ans	14 et 49 ans
BERTHE H	Mali	16 patientes	28,4 ans	
TRAORE S I	Mali	150 patientes	35,8 ans	16 et 80 ans
SANOUS M	Cameroun		44 ans	20 et 80 ans

Toutes les régions du Mali étaient représentées avec 62,7% pour Mopti, 10,5% pour Tombouctou, 7,8% pour Ségou, 7,2% pour Sikasso, 2,9% pour Koulikoro, 1,6% pour Gao, 1,3% pour le district de Bamako, 0,7% pour Kayes et trois pays limitrophes dont la Côte d'Ivoire avec 4,6% des patientes, le Burkina Faso et la Guinée avec chacun 0,3% des patientes.

La fistule obstétricale est presque inexistante dans les pays développés. Si elle persiste encore dans les pays en voie de développement, c'est en majorité à cause du système de santé défaillant de ces pays, de la pauvreté de leurs populations et l'attachement de ces dernières à une culture caduque. En effet, la fistule est généralement d'origine obstétricale dans ces pays. Les parturientes ont un accès limité aux soins de santé primaire à cause de l'insuffisance et la mauvaise répartition des infrastructures sanitaires. A cela s'ajoute la compétence des agents qui occupent ces infrastructures qui n'est pas toujours à la hauteur et les croyances et coutumes des populations qui freinent la fréquentation des centres de Santé.

Le mariage précoce est une pratique très fréquente dans notre société. Dans notre étude, 154 patientes soit 41,8% se sont mariées avant l'âge de 17ans. Notre résultat est inférieur à ceux de ALIO A P et al. [73] au Niger qui ont trouvé 55% de patientes mariées avant 17 ans et de DIARRA M [9] qui a trouvé, dans son étude réalisée de Juin 2014 à Avril 2018 sur 1096 femmes souffrant de fistule dans 5 structures sanitaires de 4 régions administratives du Mali ainsi que le district de Bamako, que 74,8% des patientes avaient été mariées avant 17 ans. En outre, MATIWOS B et al. [67], OUEDRAOGO I et al [74]et TRAORE S I et al [66] ont trouvé un âge moyen au premier mariage de 15,65ans, 15,9ans et 16,57ans respectivement. Ces filles mariées précocement contractent aussi précocement des grossesses alors que la maturité de leur corps et surtout de leur bassin est inachevée. Ce qui est une cause de dystocie lors de l'accouchement. Cette dystocie qui est la principale cause de fistule obstétricale.

Tableau 22 : Age des patientes au moment du mariage selon les auteurs

Auteur	Lieu	Taille de l'échantillon	Mariage avant 17 ans	Age moyen au 1er mariage
Notre étude	Mali	306 patientes	41,8%	
DIARRA M	Mali	1096 patientes	74,8%	
ALIO A P	Niger	21 patientes	55 %	
MATIWOS B	Ethiopie	289 patientes		15,65 ans
OUEDRAOGO I	Niger	384 patientes		15,9 ans
TRAORE S I	Mali	150 patientes		16,57 ans

La malnutrition, voici un autre facteur de dystocie à ne pas négliger. La plupart de nos patientes à savoir 166 patientes soit 54,2 % étaient dénutries. Cela a pour conséquence un retard de croissance. Ces patientes peuvent avoir une taille largement inférieure à la normale ce qui est un facteur de risque de dystocie lors de

l'accouchement donc de fistule. La taille moyenne de nos patientes était de 1,45m avec des extrêmes de 1,10m et 1,78 m. Il y avait 149 patientes ayant une taille entre 1,50 et 1,60m soit 48,7 % et 135 patientes ayant une taille inférieure à 1,50 m soit 44,1%. En somme, 92,8 % des patientes avaient une taille inférieure à 1,60m. Ce résultat est comparable à ceux de KONE M A [75] à Ségou, MARIKO S [76] et BERTHE H [69] qui ont trouvé respectivement que 85,7%, 83,3% et 68,75% des patientes avaient une taille inférieure à 1,60m. La taille moyenne est superposable à celle de MASSANDE M J et al. [68] et JOSEPH B N et al. [77] qui ont trouvé une taille moyenne de 1,46 m et 1,45 m respectivement.

Tableau 23 : Taille des patientes selon les auteurs

Auteur	Lieu	Taille de l'échantillon	Taille inférieure à 1,60m	Taille moyenne
Notre étude	Mali	306 patientes	92,8%	1,45m
KONE M A	Mali	56 patientes	85,7%	
MARIKO S	Mali	72 patientes	83,3%	
BERTHE H	Mali	16 patientes	68,75%	
MASSANDE M J	Gabon	31 patientes		1,46m
Joseph B N	Congo	242 patientes		1,45m

L'état d'excision est aussi important à évoquer. Dans notre étude, 206 patientes soit 67,3% étaient excisées. Cette proportion de patientes excisées est comparable à celui de VADANDI V et al [78] au Tchad qui ont trouvé 62% de patientes excisées. Il est supérieur à celui de CISSE D et al [79] qui ont trouvé 48,8% de cas d'excision et inférieur à celui de MBACKE LEYE et al [80] au Sénégal qui ont trouvé 93% de cas d'excision. Les séquelles de l'excision réduisent la souplesse du vagin lors de l'accouchement. Si cela se passe chez une patiente jeune, de petite taille et malnutrie alors la dystocie est inévitable et peut se solder,

si la patiente survie, par une fistule obstétricale. Cependant, quand l'accouchement est assisté par un personnel qualifié, cette dystocie peut être prévenue par une épisiotomie lors de la période d'expulsion. Bien qu'incriminée, la part de l'excision dans la survenue de la fistule peut être évitée par une assistance qualifiée et rigoureuse de l'accouchement.

Tableau 24 : Etat d'excision des patientes selon les auteurs

Auteur	Lieu	Taille de l'échantillon	Proportion de patientes excisées
Notre étude	Mali	306 patientes	67,3%
Vadandi V	Tchad	185 patientes	62%
CISSE D	Mali	76 patientes	48,68%
Mbacké Leye M	Sénégal	81 patientes	93%

Plus de la majorité des patientes souffrant de fistule obstétricale sont analphabètes, ménagères et vivent en milieu rural loin des structures de santé offrant des soins obstétricaux adéquats. Dans notre étude, 261 patientes soit 85,3% étaient non scolarisées, 198 patientes soit 64,7% étaient ménagères et 264 patientes soit 86,3% vivaient en milieu rural.

TRAORE CS [17] dans son étude, a trouvé 88,6% d'analphabètes, 94,7% de ménagères et 89,4% vivant en milieu rural. MBACKE LEYE et al. [80] ont trouvé au Sénégal, 89% de patientes non scolarisées, 86% vivant en milieu rural et 55% de ménagères. MASSANDE et al [68] au Gabon ont trouvé 100% de scolarisé mais avec des niveaux primaire dans 45,2% des cas et secondaire dans 54,8% des cas et 38,7% de patientes vivant en milieu rural. LUMBUNGU [70] a lui trouvé 15,4% de non scolarisées et 7,7% de ménagères. Ces femmes sont mal informées sur leur propre santé. Elles n'ont pas les moyens de leur prise en charge et souvent n'ont même pas accès aux soins de santé primaire encore moins aux soins

obstétricaux de base. Et même si elles en ont accès, la décision d'y recourir ne leur revient pas et l'état des routes ne leur permet pas d'y accéder en temps voulu et nécessaire. A cela s'ajoute le défaut de qualification du prestataire et l'absence de plateau technique adéquat qui viennent compléter cette liste de facteurs concourant à la survenue de la fistule.

Tableau 25 : Niveau d'instruction, profession et milieu de vie des patientes selon les auteurs

Auteur	Lieu	Taille de l'échantillon	Non scolarisées	Ménagères	Vivant en milieu rural
Notre étude	Mali	306 patientes	85,3%	64,7%	86,3%
TRAORE C S	Mali	132 patientes	88,6%	94,7	89,4%
Mbacké Leye	Sénégal	81 patientes	89%	55%	86%
Massandé	Gabon	31 patientes	0%		38,7%
Lumbungu	Congo	13 patientes	15,4%	7,7%	

Lorsque ces femmes arrivent dans un centre de santé après toutes ces difficultés, elles sont prises en charge souvent tardivement et par des acteurs parfois non qualifiés ou avec un plateau technique limité. Ces acteurs s'adonnent dans certains cas à des pratiques non conventionnelles comme les pressions abdominales ou l'utilisation de certains instruments de façon maladroite et sans aucune maîtrise. Quelquefois, ils doivent aussi référer la parturiente dans un autre centre de santé prolongeant ainsi le délai de sa prise en charge. Elles accouchent généralement d'un mort-né.

Dans notre étude, 192 patientes soit 62,7% ont accouché dans une structure de santé, 102 patientes soit 33,3% ont été délivrées par des acteurs non qualifiés, le travail d'accouchement a duré deux jours chez 208 patientes soit 68% et 261 d'entre elles soit 85,3% ont accouché d'un mort-né. Dans l'étude de KONE M A [75], 80,4% des patientes ont accouché dans un centre de santé, 34% ont été délivrées par des acteurs non qualifiés. Le travail d'accouchement a duré plus de 24h dans 94,6% des cas et 94,6% des patientes ont accouché d'un mort-né. OUEDRAOGO I et al. [74] ont trouvé que la majorité des patientes de son étude a

fait plus de 24 heures de travail d'accouchement pour aboutir à une mortinaissance de 88,7% et cela dans un centre de santé dans 82% des cas. DEMISEW A S et al. [71] ont trouvé également que 79,2% de leurs patientes ont une durée de travail supérieure à 24h, 72% d'entre elles ont accouché dans un centre de santé d'un enfant sans vie dans 85,7% des cas. BERTHE H [69] a trouvé que 75% de ses patientes ont fait plus de 24h de travail et 93,75% de cas de mort-né. Le seul enfant qui avait survécu est décédé deux jours après sa venue au monde. Ce qui fait que 100% de ses patientes avaient perdu l'enfant dont la grossesse était à l'origine de la fistule. C'est après plusieurs essais sans succès à domicile alors que la parturiente a épuisé toutes ses forces que le recours au centre de santé est fait avec un retard qui ne peut malheureusement plus être rattrapé.

Tableau 26 : Lieu de l'accouchement, durée du travail et état de l'enfant selon les auteurs

Auteur	Lieu	Taille de l'échantillon	Délivrance dans un centre de santé	Durée de travail supérieur à 24h	Taux de Mort-né
Notre étude	Mali	306 patientes	62,7%	68%	85,3%
KONE M A	Mali	56 patientes	80,4%	94,6%	94,6%
OUEDRAOGO I	Niger	384 patientes	82%	Majorité	88,7%
DEMISSEW	Ethiopie	168 patientes	72%	79,2%	85,7%
BERTHE H	Mali	16 patientes		75%	100%

Dans notre étude, la plupart des fistules étaient causées par la 1ere grossesse soit 43,5%. La plupart de nos patientes étaient multigestes 62,4% et multipares 62,1% mais la proportion des primigestes 37,6% et des primipares 37,9% n'étaient pas négligeable. Nos résultats sont comparables à ceux de DIARRA M [9] qui a trouvé 35,8% de primigestes et 36,1% de primipare et que la première grossesse avait causé la fistule dans 49,2% des cas. BERTHE H [69] a trouvé un taux de primipares semblable au notre 37,5%. Cependant le taux de fistules provoquées par la première grossesse dans son étude qui est de 68,75%, est supérieur au nôtre. DEMISEW A S et al. [71] ont aussi trouvé 39,3% de primipares. Par contre, la proportion de primipares dans notre étude est inférieure à celle de VANDANDI V et al [81], de MUSA K et al [82] et de MARIKO S [76] qui ont trouvé

respectivement 60%, 55,8% et 48,6% de primipares, elle est supérieure à celle de TEKLE E G et al. [83] qui a trouvé 22,1%. Ces résultats nous laissent percevoir que la fistule peut survenir aussi bien chez la primipare que chez la multipare. En effet, chez la primipare, la dystocie pourrait s'expliquer par l'immaturation du bassin alors que chez la multipare la dystocie est généralement mécanique. L'utérus étant généralement fragilisé par les différentes grossesses antérieures devient peu dynamique au cours du travail d'accouchement.

Tableau 27 : Antécédents obstétricaux des patientes selon les auteurs

Auteur	Lieu	Taille de l'échantillon	FO causée par 1ere Grossesse	Primipare	Primigeste
Notre étude	Mali	306 patientes	43,5%	37,9%	37,6%
DIARRA M	Mali	1096 patientes	49,2%	36,1%	35,8%
BERTHE H	Mali	16 patientes	68,75%	37,5%	
DEMISSEW	Ethiopie	168 patientes		39,3	
MARIKO S	Mali	72 patientes		48,60%	
MUSA K	Ouganda	77 patientes		55,8	
VADANDI V	Tchad	185 patientes		60%	
TEKLE E G	Rwanda	272 patientes		22,1%	

La fistule survient la plupart du temps chez des femmes mariées. Dans notre étude 289 patientes soit 94,4% étaient mariées avant la survenue de la fistule. Certaines ont perdu leur foyer conjugal à cause de cette maladie. Parmi elles, 17 soit 5,6% ont été répudiées à cause de la fistule. Il faut néanmoins noter que 262 patientes soit 85,6% ont conservé leur foyer et cela malgré la fistule. Un résultat similaire est retrouvé chez DIARRA M [9], MARIKO S [76] et BENSKI A C [84] au Bénin qui ont trouvé respectivement 71,5%, 77,8% et 78,4% de patientes mariées malgré la fistule. Pour BERTHE H [69], 50% des patientes étaient mariées et le taux de patientes divorcées était de 12,5%. SOUMANO A [85] en 2009 à

Bamako et BASHA D T [86] en Ethiopie ont trouvé un résultat totalement différent. Dans leur étude, ils ont trouvé que respectivement 76,92% et 72,7% des patientes avaient été rejetées par leur conjoint.

Tableau 28 : Statut matrimonial des patientes selon les auteurs

Auteur	Lieu	Taille de l'échantillon	Mariées	Divorcées/ Séparées
Notre étude	Mali	306 patientes	94,4%	5,6%
DIARRA M	Mali	1096 patientes	71,5%	17,2%
MARIKO S	Mali	72 patientes	77,8%	18%
BENSKI A C	Benin	308 patientes	78,4%	
BERTHE H	Mali	16 patientes	50%	12,5%
SOUMANO A	Mali	52 patientes		76,92%
BASHA D T	Ethiopie	11 Patientes	27,3%	72,7%

A la douleur de la grossesse et du travail dystocique s'ajoutent la douleur de perdre son enfant et celle d'être rejetée d'abord par son conjoint 17 cas soit 5,6%, ensuite par sa famille 24 cas soit 7,8% et enfin par sa société 46 cas soit 15%. Malgré ces cas de rejet, la majorité des patientes ont été soutenues ; 256 patientes par leur conjoint soit 83,7%, 189 patientes par leur famille soit 61,8% et 178 patientes par leur entourage soit 58,2%. MBACKE LEYE et al. [87] au Sénégal a trouvé un résultat similaire avec 7% de cas de rejet par le mari et 16% de cas de rejet par la société. Par contre GBARORO E P et al. [88] au Nigeria, MUSA K et al [82] en Ouganda, OUEDRAOGO I et al. [74] au Niger et DIALLO A B et al. [89] en guinée ont trouvé respectivement 53,3% ; 46,8% ; 42% et 41,5% de cas de rejet par le mari.

Tableau 29 : Attitude vis-à-vis des patientes selon les auteurs

Auteur	Lieu	Taille de l'échantillon	Rejetée par le mari	Rejetée par la société	Soutenues par les parents
Notre étude	Mali	306 Patientes	5,6%	15%	61,8%
MBACKE LEYE	Sénégal	81 patientes	7%	16%	
GBARORO E P	Nigeria	30 Patientes	53,33%		
MUSA K	Ouganda	77 patientes	46,8%		
OUEDRAOGO I	Niger	384 Patientes	42%		44%
DIALLO A B	Guinée	450 patientes	41,5%		

Nos résultats témoignent d'une meilleure compréhension de la pathologie par les populations donc d'un effet positif des activités de sensibilisation menées. Néanmoins, certaines populations restent attachées à des croyances fausses et sans fondements sur la fistule obstétricale. Beaucoup d'efforts restent à fournir pour une meilleure compréhension de la pathologie par toute la société. Cela permettra sa franche collaboration et sa participation à l'élimination de ce drame qui n'a que trop duré.

Il existe beaucoup de croyances infondées autour de la fistule. En effet, dans notre étude, il y'a eu seulement 172 patientes soit 56,2% qui ont pu faire le lien entre le travail d'accouchement prolongé et la survenue de la fistule. Toutes les autres ont évoqué une cause surnaturelle. Soit un mauvais comportement de la patiente pour laquelle elle serait punie par les « dieux » ou un mauvais sort lancé par quelqu'un qui lui veut du mal ou encore des génies qu'elle aurait heurté par inattention.

Pour l'entourage, la fistule est due à une cause surnaturelle comme cité précédemment dans 59,8% des cas. 22,5% trouvent même que la patiente a été trop paresseuse et qu'elle n'a pas voulu fournir plus d'effort pour expulser l'enfant. Seuls 17,6% évoquent le travail prolongé comme cause de la fistule.

Dans l'étude de DIALLO A et Al. [90] en Guinée, aucune participante n'a pu faire le lien entre la fistule obstétricale et le travail dystocique. Une origine mystique a été le plus souvent énoncée. Dans celle de MBACKE LEYE et al. [80], 42% ont puis évoqué la longue durée du travail d'accouchement, 7% ont évoqué une force mystique et 5% attribuent leur maladie à la volonté divine. Ces croyances influencent négativement le recours aux soins de santé puisque souvent les guérisseurs et les charlatans sont plus fréquentés que les centres de santé, croyant à tort que ces complications de l'accouchement ne sont pas d'ordre médical mais mystique.

Plus de la moitié de nos patientes 186 soit 60,8% acceptent leur maladie. Elles restent optimistes et espèrent guérir un jour. 9,1% sont indifférentes. Alors que certaines dénie leur état de santé 92 cas soit 30,1%. Elles n'y croient toujours pas. Elles ont du mal à accepter leur état. Pourquoi cela leur arrive à elles ? Quel mal ont-elles pu faire pour mériter ce sort ? Dans cette souffrance, 256 d'entre elles soit 83,7% ont reçu le soutien de leur mari, 61,8% de leur famille et 58,2% de leur entourage qui sont restés à leur côté pour les aider à surmonter cette dure épreuve. L'indifférence du conjoint a été rapportée dans 10,8% des cas, celle de la famille dans 30,4% des cas et celle de l'entourage dans 26,8% des cas. Cependant 17 patientes soit 5,6% ont été rejetées par leur époux, 7,8% par la famille et 15% par l'entourage. Nos résultats rejoignent ceux de MBACKE LEYE et al. [80] qui ont trouvé que 7% de leurs patientes ont été abandonnées par le mari et 16% par l'entourage. OUEDRAOGO I et al. [74] ont trouvé que 48,2% de leurs patientes ont été soutenues par leur mari et 44% par leurs parents. GBARORO E P et al. [88] ont trouvé que le conjoint a soutenu son épouse malade dans 40% des cas, il a été indifférent dans 6,67% des cas et l'a rejeté dans 53,33% des cas. ALIO A P et al. [73] a constaté la perte du soutien social dans son étude. Elle déclare que le premier soutien social a été la mère de la patiente dans un tiers des cas suivi par

celui de la sœur ou de la tante dans 23,8% des cas et c'est seulement une patiente sur 21 soit 4,8% qui a été soutenue par son mari. Les populations qui connaissent mieux la fistule obstétricale sont plus aptes à soutenir les patientes qui en souffrent que celles qui l'ignorent et restent ancrées à des croyances erronées.

Nos patientes ont vu leur sexualité être perturbée par cette maladie. En effet seulement une minorité avaient des rapports sexuels avec la fistule 94 patientes soit 30,7% et après la fistule 125 patientes soit 40,8%. La plupart d'entre elles 181 patientes soit 59,2% se retenaient des rapports sexuels soit à cause de la peur d'une rechute 32% ou d'une grossesse 17,7%, soit par manque d'envie de rapport sexuelle 12,2%, soit parce qu'elles vivent éloignées de leurs époux 21% ou qu'elles aient été rejetées par ceux-ci 9,9%, soit parce qu'elles ont un nombre d'enfants satisfaisant 7,2%. Bien que la majorité des patientes ait le désir de procréer 53,6%, seulement une minorité y est arrivée 3,6%. LUMBUNGU M D [70] a noté que deux tiers de ses patientes ont arrêté l'activité sexuelle parce qu'elle avait des douleurs ou qu'elles étaient gênées ou que cela était inconfortable pour elles. Le tiers des patientes qui la pratiquait était contraint de le faire. 75% de ses patientes avaient le désir de procréer car elles voulaient combler le vide du bébé décédé ou voulaient avoir un enfant de plus. Seulement 16,7% sont arrivées à avoir une grossesse malgré la fistule. TEBEU P M et al. [91] au Congo ont trouvé que 54% de leurs patientes n'avaient plus le désir de maternité et que 17% n'avaient même plus le désir de reprendre les activités sexuelles.

La fistule a affecté toutes les activités des patientes. Sur le plan social, avant la maladie, presque toutes nos patientes participaient aux cérémonies de mariage 100%, de baptême 100%, funèbre 95,4%, à la prière en groupe 92,8% et aux tontines 87,6%. Elles se sont presque toutes soustraites de ces activités à cause de

la fistule. Seulement 4,2% participaient aux cérémonies de mariage et de baptême, 18,6% aux cérémonies funèbre. Elles avaient toutes abandonné les prières en groupe.

Sur le plan économique, la survenue de la fistule a réduit considérablement les activités génératrices de revenus des patientes. Avant la fistule, le maraichage était pratiqué par 63,7% d'entre elles, la vente par 36,8% les tatouages par 11,1%, l'élevage par 8,5% et la teinture par 2,9%. Mais avec la maladie, seules 3,6% pratiquent le maraichage, 2,6% la vente, 0% le tatouage, 5,6% l'élevage et 0,3% la teinture. GBARORO E P et al. [88] ont signalé 50% de perte d'opportunités de travail chez leurs patientes entraînant l'appauvrissement de celles-ci. TEBEU P M et al [91] ont trouvé que 76% de leurs patientes exerçaient une activité génératrice de revenus avant leur maladie. Ce taux est passé à 32% à cause de la fistule et à 64% après guérison. MBACKE LEYE et al. [80] ont notifié que la perte d'activités génératrices de revenus était de 22% avant la fistule. Ce taux est passé à 84% à cause de la fistule. Ils ont aussi noté qu'il y avait une entrave aux activités ménagères dans 72% des cas. KATHRYN S et al. [92] en Tanzanie ont trouvé que 80% des patientes ne participaient pas aux activités communautaires. Les activités affectées par la fistule dans leur étude étaient les activités religieuses dans 37% des cas, les rencontres dans 25% des cas, les cérémonies et les visites des personnes dans 13% des cas chacune, le transport public dans 11% des cas et d'autres activités quotidiennes telles qu'aller chercher de l'eau, le marché, le jardinage, la cuisine et certains travaux dans 20% des cas.

Les patientes qui ont tendance à s'isoler à cause de la fuite et l'odeur permanent des urines, réduisent voire même arrêtent toute activité qui les met en contact avec d'autres personnes. Cela entraîne une perte de revenus. Ces patientes sont plongées dans la pauvreté et la dépendance. Certaines se donnent à la mendicité pour subvenir à leur besoin.

En plus d'avoir perdu leur activité économique, ces patientes perdent aussi souvent leur appui financier surtout celui de l'époux. Dans notre étude, avant la fistule, 93,1% des patientes bénéficiaient de l'appui financier de leur conjoint. Ce taux est passé à 83,7% avec la fistule. Les patientes incapables de travailler pour survenir à leur besoin perdent aussi souvent l'appui financier de leur mari, celui-là même qui devrait les aider. Ce qui renforce encore leur pauvreté. Bien que les sensibilisations sur la fistule aient touché une grande partie de la population, il reste encore d'énormes efforts à fournir sur ce plan. Aucune femme ne devrait encore souffrir le martyr.

Nous avons constaté que 27,8% de nos patientes étaient psychologiquement abattues par leur maladie et 5,9% ont même fait une dépression. Mais 66,3% gardaient le moral haut. Cependant seulement 58 soit 19% d'entre elles ont bénéficié d'un appui psychologique et cela par un agent qui n'est pas psychologue donc sans grande compétence sur la prise en charge psychologique. KATHRYN S et al. [92] ont trouvé que 90% de leurs patientes étaient déprimées et 94% se sentaient inutiles. MBACKE LEYE et al. [80] ont trouvé 62% de cas de troubles psychologiques et 22% de cas de repli sur soi. MATIWOS B B et al. [67] ont trouvé un syndrome d'anxiété chez 51,2% de leurs patientes et un syndrome dépressif chez 49,1% d'entre elles. TEBEU P M et al. [91] ont trouvé que l'estime de soi chez leurs patientes est passée de 26% avec la fistule à 82% après guérison, les idées suicidaire de 29% avec la fistule à 0% après et la tendance à s'isoler de 44% avec la fistule à 3% après le traitement. En outre, 26% de leurs patientes avaient bénéficié de l'accompagnement d'un psychologue.

La fistule fait accumuler à la patiente plusieurs autres souffrances telles que la perte de son enfant, le rejet par son mari, sa famille et son entourage, la honte et

l'isolement de la perte et de l'odeur des urines. Tout ce mal qu'elle subit altère considérablement son état psychique. Sa Prise en charge bien que chirurgicale doit aussi tenir compte du bénéfice qu'aurait l'accompagnement d'un psychologue.

Nous avons rencontré des difficultés à avoir des études pour comparer nos résultats et approfondir notre discussion. En effet la plupart des études traitent de l'aspect clinique et thérapeutique de la fistule. Aussi, notre étude était rétrospective, certaines données n'étant pas disponibles et aucune base de données ne contenait le contact des patientes ou de leurs proches. Nous avons dû étudier les données qui étaient disponibles. Il serait préférable d'envisager une étude prospective et y associer des sociologues et des psychologues pour mieux cerner les difficultés psychologiques et sociales que traversent ces dames qui souffrent de fistule obstétricale.

CONCLUSION

La fistule obstétricale reste un problème majeur de santé publique car elle constitue un handicap pour les patientes qui en souffrent. Elle touche en particulier des femmes pauvres, non instruites, vivant dans des zones rurales loin des structures de santé. Elle est source de destruction du tissu socio-économique et peut être source de troubles psychologiques.

Les activités de sensibilisation ont permis une meilleure compréhension de la pathologie et l'abandon de plusieurs pratiques culturelles qui favorisent la survenue de la fistule et compliquent l'accès à sa prise en charge. Cependant, il faut encore redoubler d'efforts et aussi impliquer les populations locales et surtout les hommes pour permettre un changement de comportement effectif et une meilleure utilisation des services de santé. Il est aussi primordial d'améliorer la qualité des soins fournis et de faciliter l'accès à ces soins à toutes les populations, qu'elles soient rurales ou urbaines.

Le traitement de la fistule doit associer la prise en charge psychologique des patientes à la chirurgie. Une réintégration socioéconomique est nécessaire même après guérison complète.

V- RECOMMANDATIONS

- Améliorer l'accès aux soins de santé maternelle
- Rendre les CPN gratuits
- Améliorer la qualité des soins de santé maternelle
- Améliorer le système de référence des parturientes
- Sensibiliser les communautés sur les risques de l'accouchement à domicile
- Informer et sensibiliser les populations sur les fistules
- Faciliter l'accès aux soins des femmes déjà malades
- Associer des psychologues dans la prise en charge des patientes
- Allouer un fond de soutien aux patientes démunies
- Promouvoir l'éducation des filles
- Interdire les mariages précoces
- Renforcer les compétences des acteurs concernés par la prise des femmes enceintes
- Améliorer l'état des routes pour faciliter l'évacuation des parturientes
- Multiplier les activités d'éducation pour le changement de comportement
- Mettre en place une base de données de toutes les patientes qui consultent et y ajouter l'adresse précise et le contact.

VI- BIBLIOGRAPHIE

- [1] Wall LL. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *Lancet*. 2006;368:1201 - 09. n.d.
- [2] Neilson JP, Lavender T, Quenby S, Wray S. Obstructed labour. *British Medical Bulletin*, 2003, 67 :191–204. n.d.
- [3] Columbia University sponsored Second Meeting of the Working Group for the Prevention and Treatment of Obstetric Fistula. UNFPA, FIGO, Addis Ababa, 2002. n.d.
- [4] UNFPA. Quand l'accouchement nuit à la santé : La Fistule Obstétricale 2013.
- [5] Kalembo, F. & Zgambo, M., 2012. Obstetric Fistula: A Hidden Public Health Problem In Sub-Saharan Africa. *Arts and Social Sciences Journal*, Vol. 2012:(ASSJ-41). n.d.
- [6] Tebeu, P.M. et al., 2012. Risk factors for obstetric fistula: a clinical review. *Int Urogynecol J*, 23, pp.387–394. n.d.
- [7] Adler AJ, Ronsmans C, Calvert C, et al. Estimating the prevalence of obstetric fistula: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:246. n.d.
- [8] Cowgill KD, Bishop J, Norgaard AK, et al. Obstetric fistula in low-resource countries: an under-valued and under-studied problem--systematic review of its incidence, prevalence, and association with stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:193. n.d.
- [9] DIARRA M. Epidemiologie de la fistule obstétricale au Mali. thèse de Médecine. USTTB, 2019.
- [10] Maheu-Giroux M, Filippi V, Samadoulougou S, Castro MC, Maulet N, Meda N, Kirakoya-Samadoulougou F. Prevalence of symptoms of vaginal fistula in 19 sub-Saharan Africa countries: a meta-analysis of national household survey data. *Lancet Glob Health*. 2015 May;3(5):e271-8. n.d.

- [11] Tebeu PM, Fomulu JN, Khaddaj S, de Bernis L, Delvaux T, Rochat CH. Risk factors for obstetric fistula: a clinical review. *Int Urogynecol J*. 2012 Apr;23(4):387-94. n.d.
- [12] Fistula Care Plus/Maternal Health Task Force. *Fistula Care Plus: International Research Advisory Group Meeting Report*, July 8-9, 2014. New York: EngenderHealth/Fistula Care Plus. 2014. n.d.
- [13] Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc n.d.
- [14] TEMBÉLY, A., DIAKITÉ, M. L., BERTHÉ, H. J. G., et al. Etude des facteurs influençant les resultats clinique de la chirurgie de la fistule uro-genitale obstetricale au chu de l'hopital du point g Bamako Mali. *Mali Médical*, 2015, vol. 30, no 3. n.d.
- [15] Intrahealth international. 10 annees de traitement de la fistule obstetrique au Mali : Une étude de cas de traitement multisectoriel, holistique de femmes et jeunes filles 2019.
- [16] Médecin du monde. MILLE FEMMES DE MOPTI : Rapport sur la prise en charge de 1000 femmes victimes de fistules obstétricales En région de mopti de 1993 a 2010. Mopti: Médecin du mode; 2010.
- [17] TRAORE CS. FISTULES UROGENITALES FEMINIMES: Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à l'hôpital Sominé DOLO. thèse de Médecine. USTTB, 2014.
- [18] Bjjjou Y. les fistules vesico-vaginales (à propos de 1000cas). Thèse méd. université Mohamed V 1999 ; N° 172. n.d.
- [19] Tazi K., ELFassi J., Karmouni T., Koutani A., Ibn Attya AA., et AL. :Lesfistules vesio-vaginales à propos de 55 cas. *Ann Urol* 2001 ; 35 :339-343. n.d.
- [20] Sosthène A.Base de données pour l'évaluation de la prise en charge de la fistule obstétricale. *Training in Reproductive Health Research Geneva* 2005 n.d.

- [21] Sefrioui O., Abolfalah A., BenabbesTaarji H., Matar N., Elmansouri A.: Profile actuel des fistules vésico-vaginales obstétricales à la maternité de l'université de Casablanca. Ann Urol 2001 ;35 :276-279 n.d.
- [22] -Couvelaire R. :Les fistules vesico-vaginales complexes ,deuxième journée urologique de Necker. Paris Masson 1928;103-8. n.d.
- [23] Moudouni S., Nouri M., Koutani A., Attya A., Hachimi M., Lakrissa A.Les fistules vesico-vaginales à propos de 114 cas. Progrès en urologie 2001 ; 11 :103-8. n.d.
- [24] Benchekroun A., El Alj HA., El Sayegh H., Lachkar A., Nouini Y., Benslimane L., et al. n.d.
- [25] Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. Lancet. 2006;368(9546):1516-23. n.d.
- [26] Campbell OM, Graham WJ, Lancet Maternal Survival Series steering g. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet. 2006;368(9543):1284-99. n.d.
- [27] Lewis WL, Belay S, Haregot T, et al. A case-control study of the risk factors for obstetric fistula in Tigray, Ethiopia. Int Urogynecol J 2017;28:1817–24. n.d.
- [28] Organisation mondiale de la santé DP une grossesse à moindre risque. Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, Fistule obstétricale, Principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes n.d.
- [29] Harrison A, Moores GE. Influence of abrasive particle size and contact stress on the wear rate of dental restorative materials. Dent Mater. 1985;1(1):14-8. n.d.
- [30] Wall LL, Karshima JA, Kirschner C, et al. The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria. Am J Obstet Gynecol. 2004;190(4):1011-9. n.d.

- [31] Harrison KA. The importance of the educated healthy woman in Africa. *Lancet*. 1997;349(9052):644-7. n.d.
- [32] McAlister C, Baskett TF. Female education and maternal mortality: a worldwide survey. *J Obstet Gynaecol Can*. 2006;28(11):983-90. n.d.
- [33] Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. . 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS-PF et ICF. n.d.
- [34] Browning A, Allsworth JE, Wall LL. The relationship between female genital cutting and obstetric fistulae. *Obstet Gynecol*. 2010;115(3):578-83. n.d.
- [35] Faces of Dignity, 2003, Women's Dignity Project, Dar Es Salaam, Tanzania. www.womensdignity.org. n.d.
- [36] Ampofo KE. Risk factors of vesico-vaginal fistula in Maiduguri, Nigeria : A casecontrol study. *Tropical Doctor*, 1990, 20(3) :138-139. n.d.
- [37] Kelly J, Kwast BE Epidemiologic study of vesico-vaginal fistula in Ethiopia. *International Urogynecology Journal*, 1993, 4 :278-281. n.d.
- [38] Kayondo M, Wasswa S, Kabakyenga J, et al. Predictors and outcome of surgical repair of obstetric fistula at a regional referral hospital, Mbarara, western Uganda. *BMC Urol*. 2011;11:23. n.d.
- [39] Browning A, Lewis A, Whiteside S. Predicting women at risk for developing obstetric fistula: a fistula index? An observational study comparison of two cohorts. *BJOG*. 2014;121(5):604-9. n.d.
- [40] Thaddeus S, Maine D. Too far to walk : Maternal mortality in context. *Social Science and Medicine*, 1994, 38 :1091-1110. n.d.

- [41] Singh S, Thakur T, Chandhiok N, et al. Perceptions and experiences of women seeking treatment for obstetric fistula. *Birth*. 2017;44(3):238-45. n.d.
- [42] DIARRA M. *Epidemiologie de la fistule obstétricale au Mali [thèse de Médecine]*. [Bamako]: USTTB; 2019. n.d.
- [43] Wall, L L et al., 2001. Urinary incontinence in the developing world: The obstetric fistula. In Report of the 2nd International Consultation on Incontinence, jointly sponsored by the International Continence Society and the World Health Organization, Paris, France, July 13, 2001. Colorado: Worldwide Fistula Fund. n.d.
- [44] Hilton, P., 2003. Vesicovaginal fistulas in developing countries. *Int J Gynaecol Obstet*, 82(285- 95). n.d.
- [45] Wall, L Lewis, 2012. Preventing obstetric fistulas in low-resource countries: insights from a Haddon matrix. *Obstetrical & gynecological survey*, 67(2), pp.111–21. n.d.
- [46] Ekwedigwe KC, Isikhuemen ME, Sunday-Adeoye I, et al. Bladder spasm following urogenital fistula repair. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;138(3):299-303 n.d.
- [47] Wilson SM, Sikkema KJ, Watt MH, et al. Psychological Symptoms and Social Functioning Following Repair of Obstetric Fistula in a Low-Income Setting. *Matern Child Health J*. 2016;20(5):941-5. n.d.
- [48] Mselle LT, Moland KM, Evjen-Olsen B, et al. “I am nothing”: experiences of loss among women suffering from severe birth injuries in Tanzania. *BMC Womens Health*. 2011;11:49. n.d.
- [49] Samanyouga, L., 2009. *Analyse des répercussions des fistules obstétricales sur la vie économique et psycho-familiale des victimes : Cas des victimes prises en charge par l’association BPW de la commune de Ouagadougou, Ouagadougou*. n.d.
- [50] Kouraogo, S., 2013. *Réinsertion sociale des patientes souffrant de fistules obstétricales opérées au CMA de Boromo*. Université de Ouagadougou, Burkina Faso. n.d.

- [51] Semere, L. & Nour, N.M., 2008. Obstetric fistula: living with incontinence and shame. *Reviews in obstetrics and gynecology*, 1(4), pp.193–7. n.d.
- [52] Hilton P, Ward A. Epidemiological and surgical aspects of urogenital fistulae: a review of 25 years' experience in southeast Nigeria. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1998;9(4):189-94. n.d.
- [53] Lombard L, de St Jorre J, Geddes R, et al. Rehabilitation experiences after obstetric fistula repair: systematic review of qualitative studies. *Trop Med Int Health*. 2015;20(5):554-68. n.d.
- [54] Wall L. Thomas Addis Emmet, the vesicovaginal fistula, and the origins of reconstructive gynecologic surgery. *Int Urogynecol J*. 2002;13:145 - 55. n.d.
- [55] Islam AI, Begum A. A psycho-social study on genito-urinary fistula. *Bangladesh Med Res Counc Bull*. 1992;18(2):82-94. n.d.
- [56] Kabir M, Iliyasu Z, Abubakar IS. Medico-social problems of patients with vesico-vaginal fistula in Murtala Mohammed Specialist Hospital, Kano. *Ann Afr Med*. 2004;2:54 - 7. n.d.
- [57] UNFPA. Aider les femmes à retrouver leur dignité Stratégie pour l'élimination de la fistule obstétricale en Afrique de l'Ouest et du Centre 2019-2030 2018.
- [58] Browning A, Menber B. Women with obstetric fistula in Ethiopia: a 6-month follow up after surgical treatment. *BJOG*. 2008;115(12):1564-9. n.d.
- [59] Mahfouz N. Urinary fistulae in women. *J Obstet Gynaecol Br Emp*. 1957;64(1):23-34. n.d.
- [60] Lawani LO, Iyoke CA, Ezeonu PO. Contraceptive practice after surgical repair of obstetric fistula in southeast Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;129(3):256-9. n.d.
- [61] Tang JH, Steiner AZ, Bengtson AM, et al. Cross-sectional study of the ultrasonographic and hormonal characteristics of obstetric fistula patients with and without secondary amenorrhea. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;136:238 - 40. n.d.

- [62] Delamou A, Delvaux T, Beavogui AH, et al. Factors associated with the failure of obstetric fistula repair in Guinea: implications for practice. *Reprod Health*. 2016;13(1):135. n.d.
- [63] Emembolu J. The obstetric fistula: factors associated with improved pregnancy outcome after a successful repair. *Int J Gynaecol Obstet*. 1992;39(3):205-12. n.d.
- [64] Browning A. Pregnancy following obstetric fistula repair, the management of delivery. *BJOG*. 2009;116(9):1265-7. n.d.
- [65] Fistula Care. Urinary Catheterization for Primary and Secondary Prevention of Obstetric Fistula: Report of a Consultative Meeting to Review and Standardize Current Guidelines and Practices, March 13-15 at the Sheraton Hotel, Abuja, Nigeria. New York: EngenderHealth/Fistula Care; 2013. n.d.
- [66] Salifou Issiaka Traore et al. Fistule urogénitale à Sikasso: à propos de 150 cas. *Pan African Medical Journal*. 2019;33:133. [doi: 10.11604/pamj.2019.33.133.16455] n.d.
- [67] Matiws, B., Tesfaw, G., Belete, A., Angaw, D. A., & Shumet, S. Quality of life and associated factors among women with obstetric fistula in Ethiopia. *BMC Women's Health*, 2021, vol. 21, no 1, p. 1-9. n.d.
- [68] MASSANDÉ MOUYENDI, J., MOUGOUGOU, A., NDANG NGOU MILAMA, S., et al. Fistule obstétricale au Gabon?: Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Bull Med Owendo*, 2017, vol. 15, no 43, p. 27-31. n.d.
- [69] **BERTHE- HONORE JEAN. GABRIEL** Etude des fistules Uro-génitales dans le service d'urologie de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. A propos de 16 cas. thèse médecine, Bamako 1999, N°61. n.d.
- [70] Lumbungu Mbungu, Daddy. Soutien psychosocial et qualité de vie des femmes souffrant de la fistule obstétricale : Cas de Fistula Clinic de Kinshasa, en République démocratique du Congo. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2022. Prom. : Robert, Annie. thesis:33467 n.d.

- [71] Demisew, A.S., Ahadu, W.A. and Desta, H.G. (2016) Characteristics and Repair Outcome of Patients with Vesicovaginal Fistula Managed in Jimma University Teaching Hospital, Ethiopia. *BMC Urology*, 16, 41. <https://doi.org/10.1186/s12894-016-0152-8> n.d.
- [72] SANOU, S. M., SALI, B. B. A., MABVOUNA, B. R., et al. Etude des connaissances, attitudes et pratiques en matière de réintégration sociale des femmes victimes de fistule obstétricale: région de l'Extrême-nord, Cameroun. *Pan African Medical Journal*, 2015, vol. 20, no 1. n.d.
- [73] Alio AP, Merrell L, Roxburgh K, Clayton HB, Marty PJ, Bomboka L, Traoré S, Salihu HM. The psychosocial impact of vesico-vaginal fistula in Niger. *Arch Gynecol Obstet*. 2011 Aug;284(2):371-8. doi: 10.1007/s00404-010-1652-5. Epub 2010 Aug 29. PMID: 20803210. n.d.
- [74] Ouedraogo I, Payne C, Nardos R, Adelman AJ, Wall LL. Obstetric fistula in Niger: 6-month postoperative follow-up of 384 patients from the Danja Fistula Center. *Int Urogynecol J*. 2018 Mar;29(3):345-351. doi: 10.1007/s00192-017-3375-7. Epub 2017 Jun 9. PMID: 28600757; PMCID: PMC5847061. n.d.
- [75] Koné M A. Fistules uro-génitales obstétricales à l'hôpital Nianankoro Fomba de Segou à propos de 56 cas. thèse de Médecine. USTTB, 2015.
- [76] **Mariko S.** Les fistules uro-génitales : expérience du service d'urologie de l'hôpital du Point G à propos de 72 cas. [Thèse : médecine]. Bamako : FMPOS ; 2000. n.d.
- [77] Nsambi JB, Mukuku O, Yunga JF, Kinenkinda X, Kakudji P, Kizonde J, Kakoma JB. Fistules obstétricales dans la province du Haut-Katanga, République Démocratique du Congo: à propos de 242 cas [Obstetric fistulas among people living in northern Katanga province, Democratic Republic of the Congo: about 242 cases]. *Pan Afr Med J*. 2018 Jan 16;29:34. French. doi: 10.11604/pamj.2018.29.34.14576. PMID: 29875916; PMCID: PMC5987152. n.d.

- [78] Vadandi V, Rimtebaye K, Choua O, Mahamat A, Tebeu P M. Aspects cliniques et thérapeutiques des fistules vesico-vaginales obstetricales à l'hopital regional d'Abeche au Tchad. *Uro'andro*. juill 2019;14. n.d.
- [79] **Cisse, D. , Traoré, A. , Berthe, H. , Kone, M. , Coulibaly, M. , Thiam, D. , Traoré, D. , Traoré, B. , Coulibaly, M. , Diarra, A. , Kassogue, A. , Diallo, M. et Guindo, O. (2021)** Transsections cervico-urétrales complètes: une fistule vésico-vaginale pas comme l'autre. *Open Journal of Urology*, 11, 73-86. doi : 10.4236/oju.2021.113008. n.d.
- [80] Mbacké Leye MM, Ndiaye P, Diongue M, Niang K, Badiane NA, Faye A, et al. Facteurs sociodémographiques et prise en charge des fistules obstétricales au Sud-Est du Sénégal. *Santé Publique* 2012;24:47–54. <https://doi.org/10.3917/spub.120.0047>.
- [81] Vadandi V, Rimtebaye K, Choua O, Mahamat A, Tebeu Pm. Aspects cliniques et thérapeutiques des fistules vésico-vaginales obstetricales à l'hopital regional d'Abeche Au Tchad 2019:14.
- [82] Musa, K., Ssalongo, W., Kabakyenga, J., Mukiibi, N., Senkungu, J., Stenson, A. and Mukasa, P. (2011) Predictors and Outcome of Surgical Repair of Obstetric Fistula at a Regional Referral Hospital, Mbarara, Western Uganda. *BMC Urology*, 11, 23. <https://doi.org/10.1186/1471-2490-11-23> n.d.
- [83] Egziabher TG, Eugene N, Ben K, Fredrick K. Obstetric fistula management and predictors of successful closure among women visiting a public tertiary hospital in Rwanda: a retrospective review of records. *Notes BMC Res*. 2015 Déc 12;8:774. doi : 10.1186/s13104-015-1771-y. PMID : 26654111; Numéro PMCID : PMC4676892. n.d.
- [84] Benski, Anne Caroline. Evaluation et efficacité d'une stratégie multidisciplinaire intégrée pour la prise en charge de la fistule obstétricale: le modèle Tanguieta au Bénin. 2021. Thèse de doctorat. University of Geneva. n.d.
- [85] Soumano A. Qualité de vie et intégration sociale des femmes souffrant d'une fistule obstétricale après la prise en charge chirurgicale. *Médecine*. USTTB, 2009.

- [86] Bashah DT, Worku AG, Yitayal M, Azale T. The loss of dignity: social experience and coping of women with obstetric fistula, in Northwest Ethiopia. *BMC Womens Health* 2019;19:84. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0781-7>.
- [87] Mbacké Leye MM, Ndiaye P, Diongue M, Niang K, Badiane NA, Faye A, et al. Facteurs sociodémographiques et prise en charge des fistules obstétricales au Sud-Est du Sénégal. *Santé Publique* 2012;24:47–54. <https://doi.org/10.3917/spub.120.0047>.
- [88] Gbaroro EP, Agholor KN. Aspects of psychosocial problems of patients with vesico-vaginal fistula. *J Obstet Gynaecol.* 2009 Oct;29(7):644-7. doi: 10.1080/01443610903100609. PMID: 19757273. n.d.
- [89] Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TM, Barry MS, Bah I, Barry TH, Blanchot J, Rochat CH, Diallo MB. Fistules vésico-vaginales obstétricales en Guinée : analyse des données de 3 sites de prise en charge de l'ONG Engender Health. *Prog Urol.* 2016 Mars;26(3):145-51. Français. doi: 10.1016/j.purol.2016.01.006. EPUB 2016 Fév 16. PMID : 26896426. n.d.
- [90] Diallo A, Baldé IS, Loua G, Diakité N, Baldé O, Diallo FB, Diallo IT, Sow AI, Diallo M. Déterminants Socio-Anthropologiques de la Prévalence Élevée des Fistules Obstétricales en Guinée [Socio-Anthropological Determinants of the High Prevalence of Obstetric Fistula in Guinea]. *Med Trop Sante Int.* 2021 Mar 15;1(1):mtsibulletin.n1.2021.68. French. doi: 10.48327/mtsibulletin.n1.2021.68. PMID: 35586633; PMCID: PMC9022757. n.d.
- [91] Tebeu, P. M., Bakouetila, R. S., Anani, W. Odzebe, et al. Réinsertion psycho-sociale et économique des femmes opérées pour fistules obstétricales et non obstétricales au Congo. *Progrès en Urologie*, 2021, vol. 31, no 2, p. 112-118. n.d.
- [92] Siddle, Kathryn, Mwambingu, Subila, Malinga, Theodora, et al. Psychosocial impact of obstetric fistula in women presenting for surgical care in Tanzania. *International urogynecology journal*, 2013, vol. 24, no 7, p. 1215-1220. n.d.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Numéro du dossier...../

I- ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE

1. Nom /
2. Prénom /
3. Age ans
4. Taille : cm/
5. Provenance
 - a. Ville (zone urbaine) /
 - b. Village (zone rurale)/
6. Niveau d'instruction
 - a. Non scolarisée /
 - b. Alphabétisation /
 - c. Primaire /
 - d. Secondaire /
7. Profession
 - a. Ménagère..... /
 - b. Commerçante...../
 - c. Elève...../
 - d. Autres/
8. Etat d'excision oui/ Non/
9. Gestité/
10. Parité /
11. Rang de la grossesse causale/
12. Lieu de l'accouchement...../
13. Acteur de l'accouchement...../
14. Durée du travail d'accouchement/
15. Etat de l'enfant mort-né/ vivant/
16. Age de la fistule/

17. Etat nutritionnel de la patiente /

II- ASPECT PSYCHOSOCIAL

18. Statut matrimonial avant la fistule

- a. Célibataire/
- b. Mariée/
- c. Répudiée...../
- d. Veuve...../

19. Statut matrimonial pendant la fistule

- a. Célibataire/
- b. Mariée...../
- c. Répudiée/
- d. Veuve...../

20. Cause de la fistule selon la patiente/

21. Cause de la fistule selon l'entourage/

22. Attitude de la patiente face à sa maladie/

23. Attitude du conjoint vis-à-vis de la patiente...../

24. Attitude de la famille vis-à-vis de la patiente/

25. Attitude de l'entourage vis-à-vis de la patiente/

26. Activité sexuelle avec fistule oui/ non/

27. Activité sexuelle après fistule oui/ non/

28. Raison du manque d'activité sexuelle après fistule/

29. Désir de procréer pendant la fistule oui/ non/

30. Grossesse sur fistule oui/ non/

31. Participation aux activités sociales avant la fistule oui/ non/

32. Participation aux activités sociales pendant la fistule oui/ non/

33. Activité économique avant la fistule/

34. Activité économique pendant la fistule/

35. Source de l'appui financier avant la fistule/

36. Source de l'appui financier pendant la fistule/

37. Etat mental de la patiente/

38. Patiente ayant bénéficié d'un appui psychologique oui/ non/

Fiche signalétique

Nom : DJIBO

Prénom : Soungalo

Contact : 72 89 87 73 Email : dsoungalo95@gmail.com

Titre de thèse : Fistule obstétricale : aspects épidémiologique et psychosocial à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

Année universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt : Urologie, Psychologie, Sociologie, Santé publique

Résumé :

Notre étude transversale descriptive a porté sur 306 patientes souffrant de fistules obstétricales, prises en charge au service de chirurgie générale de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2018.

Ces fistules demeurent un handicap pour les femmes qui en souffrent et un problème majeur de santé publique au Mali.

Au terme de cette étude, il ressort les constats suivants :

Les cures de fistules obstétricales ont représenté 5,5% des activités chirurgicales du service de chirurgie générale de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti de 2014 à 2018

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 16 à 17 ans, soit un taux de 26,5% et l'âge moyen de nos patientes était de 27ans, avec des extrêmes de 12 et 65ans.

La fistule touche les femmes pauvres généralement ménagères (88,2%), sans aucun niveau d'instruction (85,3%) et vivant en milieu rural (86,3%) loin des structures de santé.

Ces femmes perdent leur enfant au cours de l'accouchement ayant causé la fistule (85,3%).

Autrefois rejetées par leur époux (76,92%) et souvent par leur famille, aujourd'hui, grâce aux activités de sensibilisation, elles sont de plus en plus soutenues par ceux-ci 83,7% par le conjoint et 61,8% par la famille.

Le traitement qui est tout d'abord chirurgical nécessite également la prise en charge psychologique et une réinsertion socioéconomique.

Mots clés : Fistule obstétricale, épidémiologie, psychosocial.

Name: DJIBO

First name : Soungalo

Contact: 72 89 87 73

Email : dsoungalo95@gmail.com

Thesis title: Obstetric fistula: epidemiological and psychosocial aspects at the Sominé DOLO hospital in Mopti.

Academic year: 2021-2022

City of defense: Bamako

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and odontostomatology of Bamako.

Focus Area: Urology, Psychology, Sociology, Public Health

Summary:

Our descriptive cross-sectional study involved 306 cases of obstetric fistula treated at the General Surgery Department of Sominé Dolo Hospital in Mopti from 1 January 2014 to 31 December 2018.

These fistulas remain a handicap for women who suffer from them and a major public health problem in Mali.

At the end of this study, the following findings emerged:

Obstetric fistula cures accounted for 5.5% of surgical activities in the general surgery department of Sominé DOLO Hospital in Mopti from 2014 to 2018

The most affected age group was 16 to 17 years with a rate of 26.5% and the average age of our patients was 27 years, with extremes of 12 and 65 years.

Fistula affects poor women, generally housewives (88.2%), without any level of education (85.3%) and living in rural areas (86.3%) far from health facilities.

These women lose their child during childbirth causing fistula (85.3%).

Once rejected by their spouses (76.92%) and often by their families, today, thanks to awareness-raising activities, they are increasingly supported by them, 83.7% by the spouse and 61.8% by the family.

Treatment, which is primarily surgical, also requires psychological care and socio-economic reintegration.

Keywords: Obstetric fistula, epidemiology, psychosocial.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure