

**DIMENSION PSYCHOLOGIQUE ET STIGMATISATION AUTOUR DES  
FISTULES OBSTÉTRICALES : CAS DE FEMMES FISTULEUSES REÇUES À  
L'HÔPITAL SAINT JEAN DE DIEU DE TANGUIETA**

**Ornheilia ZOUNON**

Université d'Abomey-Calavi, Bénin  
[ornheilia@gmail.com](mailto:ornheilia@gmail.com)

&

**Houéfa Vénérande WOLO**

Université d'Abomey-Calavi, Bénin  
[venerandawolo2@gmail.com](mailto:venerandawolo2@gmail.com)

&

**Michel MÉHINTO**

Université d'Abomey-Calavi, Bénin  
[mipapaito01@yahoo.fr](mailto:mipapaito01@yahoo.fr)

&

**Tesaphkiel ZOUNON**

University of Science and Technolog, Kumassi, Ghana  
[tsaphkiel1994@yahoo.fr](mailto:tsaphkiel1994@yahoo.fr)

**Résumé :** Dans les sociétés béninoises, les femmes atteintes de la fistule obstétricale sont abandonnées malgré l'effort des différents acteurs pour la prise en charge des malades atteints de cette maladie. En effet, cette situation sanitaire entraîne l'altération de la qualité de vie des femmes sur le plan psychologique. L'objectif de cette recherche est d'analyser le vécu psychologique des femmes fistuleuses de l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta. Pour atteindre cet objectif, notre travail a opté pour une démarche mixte. Des entretiens semi structurés ont été effectués auprès de 29 femmes porteuses de fistule suivant la technique d'échantillonnage par commodité. Au terme des recherches, les résultats ont montré trois facteurs qui, en général, prédisposent les femmes à la fistule obstétricale : l'âge, le niveau d'instruction et le pouvoir d'achat. Aussi, il a été constaté que la communauté locale a une très mauvaise perception de cette maladie. Les femmes fistuleuses sont rejetées par les membres de leur entourage, leur belle-famille, parfois par leur mari. Ces résultats constituent une porte d'entrée pour tout programme d'amélioration des conditions de vie des femmes fistuleuses à travers la prise en charge et le traitement de la maladie.

**Mots clés :** vécu psychologique, fistule obstétricale, perception, stigmatisation

**PSYCHOLOGICAL DIMENSION AND STIGMA AROUND OBSTETRIC  
FISTULA: CASE OF FISTULOUS WOMEN RECEIVED AT SAINT JEAN DE  
DIEU HOSPITAL IN TANGUIETA**

**Abstract :** In the beninese society, women who are affected by obstetrical fistula are left alone despite all the efforts put in place by the different actors for the support of patients with fistula. Indeed, this alters the quality of life of these women on the psychological level. The objective of this research is to analyse the psychological experiences of women with fistula at l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tangiéta. To reach this objective, we used a mixed approach. Semi structured interviews of twenty-nine women with fistula were done following the sampling technique by

commodity. At the end of the research, the results showed three factors in general which serve as a predisposition to obstetrical fistula: age, level of education and the purchasing power. Also, it has been noticed that the local community have a bad perception about this disease. Women with fistula are rejected by their family members, friends, in-laws and even husbands sometimes. These results represent an entry way for any program which seeks to improve the quality of life of women with fistula through support and management of the disease.

**Key words:** psychological experience, obstetrical fistula, perception, stigmatisation

## Introduction

Si les risques périnataux sont un problème d'actualité dans les pays pauvres et les pays à revenus intermédiaires, les principaux indicateurs restent le taux de mortalité de la mère parturiente et du nouveau-né. Or, il existe une multitude de séquelles résiduelles de l'accouchement qui devraient attirer aussi l'attention des pouvoirs décisionnels. Au nombre de ces séquelles, on peut énumérer les fistules urogénitales. Les fistules urogénitales sont une communication anormale, congénitale ou acquise entre l'appareil urinaire et l'appareil génital féminin. Cette communication peut apparaître entre la vessie et l'utérus (fistule vésico-utérine), la vessie et le vagin (fistule vésico-vaginale) ou encore l'urètre et le vagin (fistule uréthro-vaginale) (Nsambi et al. 2018). Il y a ainsi plusieurs types de fistules urogénitales.

Lorsque la fistule est consécutaire à un accouchement, on parle de fistule obstétricale. Celle-ci peut être définie comme une communication anormale entre l'appareil génital et l'appareil urinaire de la femme, ou encore entre l'appareil génital et les intestins (Tebeu et al. 2012). Pour qu'une lésion de cette gravité soit observée, c'est que l'accouchement a été difficile et prolongé en l'absence de soins obstétricaux adéquats. C'est pourquoi la fistule obstétricale est plus observée en milieu rural qu'en milieu urbain (Anoukoum et al. 2010). Elle provoque une incontinence urinaire et/ou fécale chronique ayant des effets très préjudiciables sur la vie sociale et l'état de santé de la femme (Delamou et al. 2022).

En 2014, les Nations Unies annoncent qu'en douze ans, 47 000 femmes ont bénéficié d'un traitement chirurgical et que le 23 mai est déclaré "Journée internationale pour l'élimination de la fistule obstétricale" (Van Lerberghe et al. 2014). Cette prise en charge reste moins significative au Bénin, malgré les initiatives de réduction des problèmes de santé de reproduction à l'échelle internationale. Dans les pays de la sous-région à l'instar du Bénin et du Cameroun, la majeure partie de ces patientes se trouve dans la région de l'Extrême-nord (Martin et al. 2015). La prise en charge de la fistule obstétricale est un défi pour le développement durable des pays de l'Afrique. S'inscrivant dans cette dynamique, le Bénin s'est lancé dans une stratégie d'éradication de la fistule obstétricale, car il s'agit de l'une des pathologies qui rend la patiente vulnérable en santé sexuelle et reproductive. Ainsi, « les fistules obstétricales constituent la pire des morbidités maternelles avec les ruptures utérines » (Dumurgier, Falandry 2012).

Dans la logique d'éradiquer ce problème, plusieurs projets ont été développés. Par exemple, des missions d'interventions chirurgicales ciblées s'observent précisément au Centre National Hospitalier Universitaire - Hubert Koutouklou Maga, au Centre

Hospitalier Universitaire de la Mère et de L’Enfant et à l’Hôpital Saint-Jean de Dieu de Tanguiéta. Toutefois, le problème persiste. Par ailleurs, dans les hôpitaux, l’accompagnement psychologique est limité, restreignant par ricochet la qualité de la prise en charge de ces femmes. En effet, dans les sociétés africaines, elles vivent particulièrement sous le poids des pesanteurs socioculturelles. Ainsi, en dépit des efforts des différents acteurs intervenants dans le domaine, de nombreuses femmes vivent dans une situation dégradante qui affecte leur bien-être. Dans la plupart des cas, la manifestation symptomatique de la maladie provoque des situations que la communauté n’accepte pas, compte tenu de l’état de santé critique dans lequel la fistule plonge les femmes. En général, les victimes de ce problème sont incapables de contrôler l’écoulement de l’urine ou des excréments et, parfois, des deux. Lorsqu’un traitement adéquat n’est pas octroyé à ces femmes, la fistule a des impacts dévastateurs sur leur santé physique et mentale. Cette situation oriente le vécu quotidien des femmes dans les sociétés africaines. Dans le contexte béninois, la fistule obstétricale peut être la cause chronique de lourdes conséquences médicales, économiques, sociales et psychologiques qu’il urge de comprendre pour expliquer le vécu et l’itinéraire psychologique des malades. À cet effet, il convient de poser la question de savoir : en quels termes s’explique le vécu psychologique des femmes fistuleuses à l’hôpital Saint-Jean de Dieu de Tanguiéta ?

Ce travail de recherche a pour but de déterminer les impacts psychologiques liés au vécu de ces femmes porteuses de fistule dans le contexte béninois, notamment à Tanguiéta.

### 1. Méthode

Pour évaluer le vécu psychologique des femmes fistuleuses à l’hôpital de Saint Jean de Dieu de Tanguiéta, nous avons eu recours à une approche essentiellement qualitative avec quelques données quantitatives.

### 2. Technique d’échantillonnage et Population cible

La technique d’échantillonnage par commodité a été utilisée pour cette étude. Elle est une méthode d’échantillonnage dans laquelle les unités sont sélectionnées en fonction de leur facilité d'accès ou de leur disponibilité. Elle a permis d’approcher des cibles comme les sage-femmes, les femmes porteuses d’une fistule obstétricale, les aides-soignants, les chirurgiens, les professionnels de la santé mentale, les responsables administratifs du centre, ainsi que quelques personnes assistant les malades présentes dans l’hôpital. La taille de l’échantillon a été arrêté après saturation des données recueillies. Le tableau suivant présente le point statistique des personnes interrogées.

**Tableau I :** répartition du nombre d’enquêtés

Cibles	Effectif	Pourcentage %
Sage-femmes	02	3,8
Femmes porteuses de fistule obstétricale	29	55,8
Aides-soignants	03	5,8
Responsables administratifs	02	3,8

<b>Professionnels de la santé mentale</b>	01	1,9
<b>Gardes malades</b>	09	17,3
<b>Personnes ressources</b>	06	11,6
<b>Total</b>	52	100

*Source : données de terrain, Tanguieta, 2021*

### 3. Matériel

La technique utilisée pour la collecte des données empiriques est l'entretien semi-directif. Pour faciliter la collecte des informations relative à la fistule obstétricale faite avec les patients de l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguieta, l'élaboration d'un guide d'entretien, outil associé à cette technique, est utilisé. En fait, compte tenu des intérêts portés à la recherche, il est administré aux infirmières, les malades, l'entourage, le psychologue, etc.

Il a été adapté à chacune des catégories et aborde plusieurs points : la connaissance de la maladie, la prise en charge médicale disponible, les conséquences sur la sphère psychosociale, le vécu psychologique particulier des malades et des familles.

Un court questionnaire autoadministré permettait de recueillir les informations démographiques.

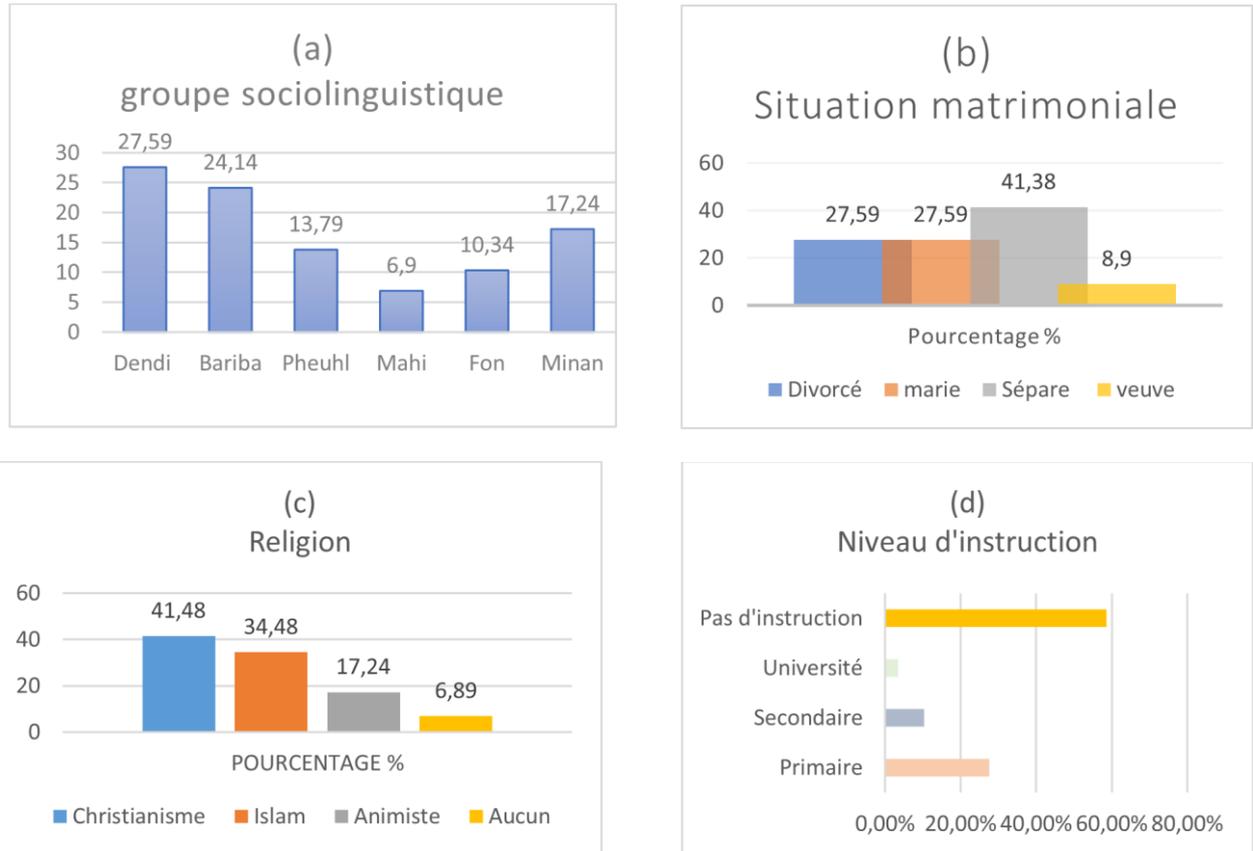
### 4. Présentation et analyse des résultats

#### 4.1. Caractéristiques socio démographiques des répondants

L'étude a révélé que les répondants faisaient partie des groupes sociolinguistiques suivants : Bariba, Dendi, Peuhl, Mahi, Fon et Minan. Les malades Dendi étaient les plus nombreuses avec une proportion de 27,59% des répondants tandis que les Mahi étaient les moins représentées (06,9%) (Voir Figure 1. (a)).

Sur le plan matrimonial, plus de 27,59 % des malades étaient des femmes mariées et vivaient avec leurs maris avant le déclenchement de la maladie. Seulement 8,90 % des femmes souffrantes étaient veuves. La proportion des femmes malades divorcées était 27,59 % tandis que celle des femmes séparées de leurs mariés est de 41,38 % (Confère figure 1. (b)). En général, les femmes porteuses de la fistule obstétricale ont une vie de couple instable.

Sous l'angle religieux, le christianisme était la principale religion des femmes malades (41,48%) suivies de l'islam (34,48%). Environ 17,24% des malades pratiquent les religions endogènes l'animisme (Figure 1. (c)). D'un autre côté, le niveau d'instruction était de 27,59%, 10,35%, 3,44%, respectivement pour le niveau primaire, secondaire et universitaire. 58,62% des femmes fistuleuses ne sont pas instruites (figure 1. (d)). Ce qui démontre que plus de la moitié des femmes sont non instruites.



**Figure 5 :** Caractéristiques socio-démographiques des répondants

Source : données de terrain, Tanguiéta, 2021

Concernant l'âge, la moyenne auprès des femmes porteuses de fistule est de 16,45 ans avec un minimum de 14 ans et un maximum de 19 ans.

## 4.2. Les facteurs favorisant la survenue de la fistule obstétricale

### 4.2.1. L'âge

L'âge est considéré comme l'un des facteurs qui prédisposent les femmes aux fistules obstétricales. En effet, dans nos pays africains, beaucoup de filles se marient précocement. Ces dernières tombent enceintes sans avoir atteint la maturité physiologique. Au cours de l'accouchement, à travers les différents mouvements de contraction de l'utérus, le bébé exerce une forte pression sur les parois vaginales. Le bassin n'étant pas bien développé, la mère porteuse est exposée à la fistule obstétricale. C'est ce que mettent en lumière les propos de Madame T. infirmière à l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta.

« Les sage-femmes me demandent de venir ici tous les mois (...). Moi je ne sais pas pourquoi ! je ne suis pas la première à tomber enceinte et celles qui ont accouché avant moi m'ont dit que c'est très simple, comme le fait de faire un besoin naturel »

**Verbatim 1 :** extrait des propos d'entretien sur le terrain, décembre 2021

#### 4.2.2. *Le niveau d'instruction des femmes et les croyances socialement répandues*

Du fait du bas niveau d'instruction des femmes dans les milieux ruraux, elles ne perçoivent pas les risques qu'elle court, en boycottant le suivi de leurs grossesses par les personnes compétentes. Un faible taux de consultation prénatale du fait que les centres de santé sont loin de leur village de résidence. Le témoignage suivant d'une des femmes enceintes de l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguieta illustre ces résultats.

---

« Les sage-femmes me demandent de venir ici tous les mois (...). Moi je ne sais pas pourquoi ! je ne suis pas la première à tomber enceinte et celles qui ont accouché avant moi m'ont dit que c'est très simple, comme le fait de faire un besoin naturel »

---

#### **Verbatim 2** : Extrait des propos d'entretien sur le terrain, décembre 2021

#### 4.2.3. *Les revenus*

Le manque de ressources financières constitue un grand risque et prédispose une femme enceinte à la fistule obstétricale. Un niveau de vie précaire ne garantit pas un suivi rigoureux d'une grossesse et est souvent synonyme d'un régime alimentaire très monotone et non riche en éléments nutritifs. De plus, l'incapacité de faire face aux ordonnances médicales, bilans sanguins et éventuellement à une opération chirurgicale (césarienne) en cas de complication est réelle. Les propos suivants, tenus par une malade porteuse de fistule l'illustrent parfaitement.

---

« [...] En voulant accoucher, les médecins m'ont dit que je ne peux pas accoucher sans césarienne en ce moment, je n'avais pas d'argent sur moi alors je me suis retourné à la maison. C'est après deux jours que mon mari a enfin trouvé et quand je me suis rendu de nouveau à l'hôpital les médecins m'ont envoyé dans un autre hôpital, c'est là qu'on m'a opérée et c'est déjà trop tard l'enfant est mort. C'est à cause de l'argent que tout cela m'est arrivé. »

---

#### **Verbatim 3** : Extrait des propos d'entretien sur le terrain, décembre 2021

#### 4.2.4. *Les conditions de l'accouchement*

La fistule obstétricale tire sa source dans des antécédents liés à l'accouchement. En effet, un accouchement difficile ou trop long allant jusqu'à cinq jours peut être à l'origine d'une fistule obstétricale. Ceci a été reconnu par la totalité des femmes enquêtées (100 % répondants).

---

« [...] J'ai accouché à la maison parce que le travail a commencé la nuit en plus le centre de santé où je dois me rendre est très loin il faisait tard j'étais déjà fatiguée parce que le travail a duré. Ce sont les femmes de la maison qui m'ont aidée pour que j'accouche. »

---

#### **Verbatim 4** : Extrait des propos d'entretien sur le terrain, décembre 2021

### 4.3. L'impact socio-économique de la fistule obstétricale sur les femmes

#### 4.3.1. Sur le plan social

La culture africaine, dans ses croyances et valeurs, dans certaines communautés locales, constitue une source d'ignorance des risques et dommages corporels de la fistule obstétricale. Au Bénin, précisément dans la commune de Tanguiéta et en particulier l'hôpital Saint-Jean de Dieu où la prise en charge des fistuleuses se fait, il ressort de nos recherches que plusieurs femmes sont rejetées parce que considérées comme celles qui ont commis l'adultère ou qui ayant enfreint aux interdits de la culture. La religion et la culture sont tous des facteurs qui rendent la vie de ces femmes de plus en plus douloureuse et tout cela à cause de l'incompréhension et de la sous-information. La famille, avec son regard accusateur, constitue un autre sous ensemble qui marginalise ces femmes dans tout ce qu'elles font. La belle-famille ainsi que le mari les considèrent comme étant un obstacle pour la famille lorsqu'ils s'aperçoivent l'invalidité de la femme. En somme, ces femmes sont rejetées par leur entourage.

#### 4.3.2. Impact économique

La femme qui porte la fistule abandonne ces activités et reste désormais dépendante financièrement de ses parents ou de son conjoint. Elle vit dans une dépendance absolue. Selon les données recueillies, la plupart de ces femmes ont abandonné toutes leurs activités génératrices de revenus. Voilà ces quelques propos tenus par une femme porteuse de fistule qui illustrent cet état de fait :

---

*« Depuis que j'ai ce mal, il y a environ cinq ans, je ne participe plus aux activités culturelles. Lors de ces activités, les dignitaires religieux disent que je ne suis pas pure, j'ai commis un forfait, qu'il faut que je me purifie avant d'accéder à ces espaces. Alors, pour ne pas être frappée inutilement pour ce que je n'ai pas fait, je me cache. Tout cela me cause de la peine, ça me ronge et je reste isolée parce qu'on m'a même isolé des activités culturelles. Actuellement, je suis considérée comme impure. »*

---

#### **Verbatim 6 : Extrait des propos d'entretien sur le terrain, décembre 2021**

---

*« J'ai laissé mes activités parce qu'à chaque seconde, ce sont les cacas qui sortent, je n'arrive plus à maîtriser mes cacas et ça sort seulement, ce qui a fait que j'ai tout abandonné. Et ce qui me fait plus mal, l'enfant que j'ai mis au monde était mort, il ne vit plus. Je traîne une telle maladie et jusqu'à quand cette souffrance. Aidez-moi, je veux bien être délivrée de cette malédiction. »*

---

#### **Verbatim 5 : Extrait des propos d'entretien sur le terrain, décembre 2021**

#### 4.4. Vécu psychologique des femmes porteuses de la fistule obstétricale

##### 4.4.1. Le soutien perçu

Les femmes souffrantes de la fistule obstétricale sont aussi plus affectées psychologiquement que physiquement. Elles vivent dans la honte et dans l'isolement. Voici le témoignage d'un des patients :

« À quoi sert le mariage si dans la douleur on ne trouve pas son bien-aimé pour partager sa souffrance ? Mon mari et sa famille m'ont chassée et en plus m'ont arrachée mes enfants. Ils ont dit que j'urine au lit qu'avec cela, je risque de le tuer, je ne suis plus une femme digne et moins un exemple pour les enfants. Aujourd'hui, mon mari a pris une autre et ne cherche plus à savoir où je vis. Je crois que je finirai avec ça un jour et irai récupérer mes enfants. »

**Verbatim 7** : Extrait des propos d'entretien sur le terrain, décembre 2021

La fistule obstétricale, à travers ces manifestations, est mal perçue par la communauté locale. En effet, les écoulements inespérés et non désirés de l'urine et de la selle créent une zone d'inconfort dans l'environnement immédiat de la femme fistuleuse. L'étude a révélé que près de 36,36% des maris des femmes fistuleuses rejettent leurs partenaires conjugales à la survenue de cette maladie (Figure 4). Le témoignage suivant illustre ces résultats.

Il est à noter, néanmoins, le soutien dont ont fait preuve plus de 73% des maris et conjoints des femmes enquêtées (Figure 6).

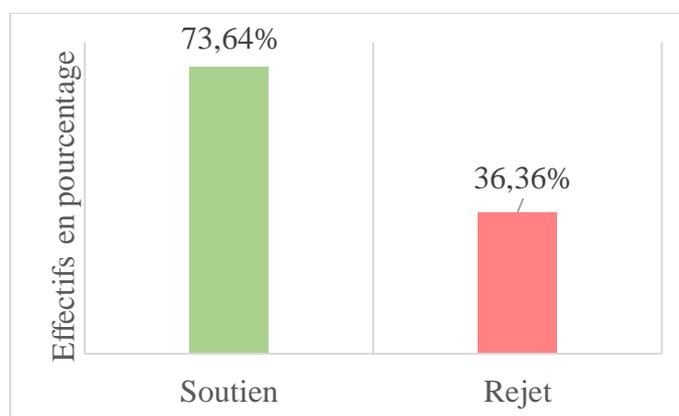


Figure 6 : Réaction des conjoints face à la survenue de la fistule obstétricale

Source : données de terrain, Tanguieta, 2021

Contrairement aux maris, pour les autres membres de la famille (essentiellement la belle famille des femmes malades), ainsi que l'entourage immédiat des femmes, celles porteuses de fistule ne sont pas les bienvenues. Elles sont exclues, rejetées dans 90,91% des cas par ladite belle famille (Figure 7).

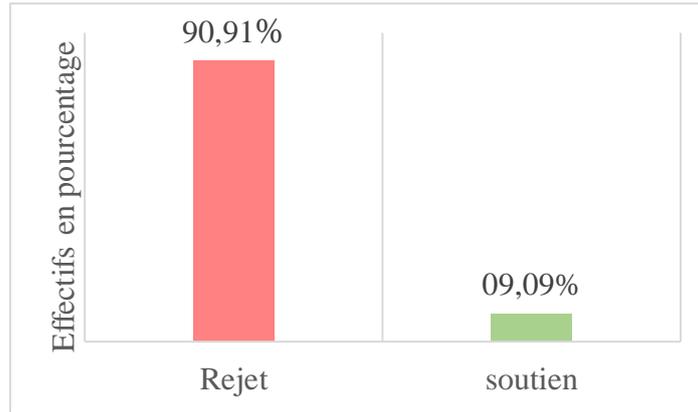


Figure 7 : Soutien perçu de la belle – famille

Source : données de terrain, Tanguiéta, 2021

De plus, l’entourage, en dehors des conjoints et de leur famille proche, rejette aussi les femmes (Figure 8).

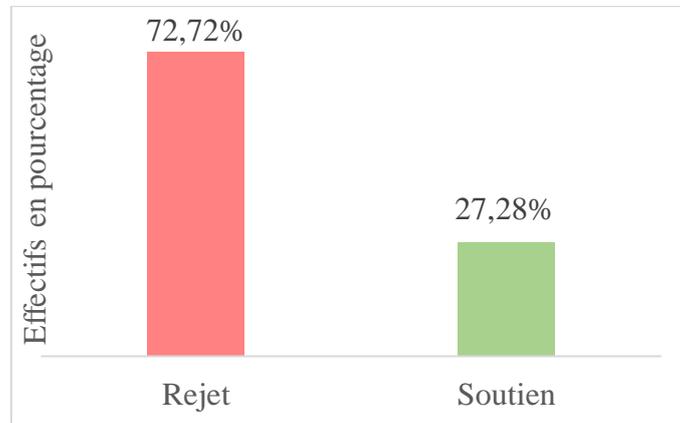


Figure 8 : Soutien perçu de l’entourage

Source : données de terrain, Tanguiéta, 2021

#### 4.4.2. Les répercussions psychologiques

Lorsqu’elles sont abandonnées et même exclues par la famille, les femmes sombrent dans le désespoir, l’invalidité et même dans l’incapacité de mener une activité génératrice de revenus.

Tout cela à un impact sur la vie quotidienne. L’humiliation de l’incontinence qui à la longue provoque une dégradation progressive de leur santé physique, psychologique et sociale engendre un frein pour leur épanouissement. Le comportement de la famille influence fortement le vécu quotidien des malades.

Des symptômes de l’ordre de troubles de l’humeur sont évoqués : isolement, repli sur soi, idées suicidaires, idées de mort, humeur dépressive, détresse...

Ces symptômes sont mis en lumière dans les propos suivants, tenus par une des femmes souffrant de fistule obstétricale.

---

*« Tout le monde me fuit, les gens ne m'approchent plus, j'arrive même plus à sortir tout ceci parce que je sens et ils se moquent de moi. J'ai commencé par avoir honte, je pleure seule en chambre en attendant le jour où le seigneur va me délivrer »*

---

**Verbatim 8** : Extrait des propos d'entretien sur le terrain, décembre 2021

### Discussion - Conclusion

D'un côté, la fistule obstétricale pose à la fois un problème sanitaire, social, psychologique et même culturel. Notre recherche a révélé que les incontinenances liées à la dégradation de la santé gynécologique sont les principaux facteurs qui expliquent le vécu d'une femme atteinte de la fistule obstétricale. De l'autre, certains facteurs secondaires, à savoir l'âge, le niveau d'instruction, le niveau de revenu, l'éloignement des structures de santé sont autant de facteurs favorisant la survenue de cette complication de l'accouchement.

Déjà, la littérature nous apprend que la majorité des cas de fistules obstétricales survient dans les pays en voie de développement et pays pauvres, là où le système de soins ne permet pas une prise en charge optimale obstétricale (Nsambi et al. 2018). Cette information est confirmée puisque les statistiques révèlent que le niveau de revenu des malades est faible. De plus, dans les zones du nord hautement rurales, l'accès aux soins prénataux est limité, en raison du coût des prestations sanitaires et de la répartition des centres hospitaliers sur le territoire. Tout ceci justifie une situation de précarité hospitalière et économique.

En ce qui concerne le vécu des femmes et des rapports sociaux avec la communauté, il ressort des analyses que les relations entre les femmes porteuses de fistule et la communauté sont défavorables. Cette situation participe à renforcer la précarité des femmes et la dégradation de leurs conditions de vie.

Par ailleurs, l'apparition de la maladie consistait en un tournant dans la vie sociale des malades. Elles sont rejetées et isolées aussi bien par leurs conjoints que par la belle famille et leur entourage. Elles sont objet de discrimination et sont aussi stigmatisées par leur entourage (Martin et al. 2015).

En conséquence, la maladie persiste en absence de traitement puisque la malade s'isole et s'enferme dans un cercle vicieux. Elle vit alors avec plusieurs répercussions psychologiques, et plusieurs d'entre elles ont évoqué des idées suicidaires. Ce résultat est semblable à celui issu d'une recherche menée au Burkina- Faso, ayant mis en relief que plus de 80% des femmes souffrant de fistule obstétricale avaient des idées suicidaires (Aristide Kaboré et al. 2014).

Notre étude a aussi permis de révéler le rôle du soutien des conjoints dans la grande majorité des cas. Ceci est similaire à une étude menée en République Démocratique du Congo, à l'issue de laquelle les chercheurs concluent que les patientes fistuleuses rapportaient le soutien de leurs mari (Lumbungu Mbungu 2022).

D'autres éléments qui permettent d'expliquer le vécu psychologique des fistuleuses sont la distance entre les centres de prise en charge de la fistule et la provenance des

malades. Par ailleurs, les groupes sociaux enquêtés (*Bariba* et *Dendi*) vivent sous le poids de la tradition et développent des réponses culturelles face aux problèmes de santé. Dans ces localités du Bénin comme dans d'autres milieux, cette maladie est assimilée à un effet de transgression des lois naturelles. Ainsi, elle relève, selon la croyance populaire, d'une malédiction. Pour cela, les femmes atteintes de fistule attendent jusqu'à un état alarmant de la maladie avant de se rendre à l'hôpital pour la prise en charge.

Cette recherche permet, en définitive, de comprendre que l'odeur provoquée par l'écoulement des urines de façon involontaire, les plaies au niveau des parties génitales, l'exclusion que subissent les femmes fistuleuses, l'isolement par crainte du rejet et de la stigmatisation sont les principales difficultés dans la vie des femmes victimes de fistule obstétricale.

Il est important que la prise en charge de la maladie soit pluridisciplinaire et que des campagnes de sensibilisations soient menées dans les régions les plus à risque afin que les populations soient informées de l'importance du suivi prénatal médical.

### Références bibliographiques

- ANOUKOUM, T., ATTIPOU, K. K., AGODA-KOUSSEMA, L. K., AKPADZA, K. et AYITE, E. A. 2010. « Epidemiological, aetiological and treatment aspects of obstetrical fistula in Togo ». *Progres En Urologie: Journal De l'Association Francaise D'urologie Et De La Societe Francaise D'urologie*. janvier 2010. Vol. 20, n° 1, pp. 71-76. DOI 10.1016/j.purol.2009.08.038.
- ARISTIDE KABORÉ, F., KAMBOU, T., OUATTARA, A., ZANGO, B., YAMÉOGO, C., KIRAKOYA, B., FRANQUEBALME, J. -P., EGLIN, G., THOREAU, F., CHUZEL, J. -L., ALBERT, P., ALIMI, J. -C., COLAS, J. -M., BIBAULT, A., PAUL, O., CORCOS, J. et KARSENTY, G., 2014. « Aspects épidémiologiques, étiologiques et impact psychosocial des fistules urogénitales dans une cohorte de 170 patientes consécutives, prises en charge dans trois centres du Burkina Faso de 2010 à 2012 ». *Progrès en Urologie*. 1 juin 2014. Vol. 24, n° 8, pp. 526-532. DOI 10.1016/j.purol.2014.03.001.
- DELAMOU, Alexandre, DOUNO, Moussa, AYADI, Alison M. El, DIALLO, Aissatou, DELVAUX, Thérèse et BROUWERE, Vincent De. 2022. « Stakeholders' perceptions on improving women's health after obstetric fistula repair: results from a qualitative study in Guinea ». *African Journal of Reproductive Health*. 14 septembre 2022. Vol. 26, n° 8, pp. 30-40. DOI 10.4314/ajrh.v26i8.4.
- DUMURGIER, Claude et FALANDRY, Ludovic. 2012. « La chirurgie des fistules obstétricales ». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 1 novembre 2012. Vol. 196, n° 8, pp. 1535-1557. DOI 10.1016/S0001-4079(19)31679-6.
- LUMBUNGU MBUNGU, Daddy, 2022. *Soutien psychosocial et qualité de vie des femmes souffrant de la fistule obstétricale: Cas de Fistula Clinic de Kinshasa, en République démocratique du Congo*.
- MARTIN, Sanou Sobze, ADOGAYE, Sali Ben Béchir, RODRIGUE, Mabvouna Biguioh, MAURICE, Douryang, VIVALDI, Teikeu Tessa Vladimir, AMEDE, Saah Fopa Michael, MARIE, Ovaga Eyenga Landry, MERIAM, Ausseil Sandra, COLIZZI, Vittorio et GIANLUCA, Russo. 2015. « Etude des connaissances, attitudes et

- pratiques en matière de réintégration sociale des femmes victimes de fistule obstétricale: région de l'Extrême-nord, Cameroun ». *The Pan African Medical Journal*. 24 février 2015. Vol. 20, pp. 172. DOI 10.11604/pamj.2015.20.172.5959.
- NSAMBI, Joseph Bulanda, MUKUKU, Olivier, YUNGA, Jean-de-Dieu Foma, KINENKINDA, Xavier, KAKUDJI, Prosper, KIZONDE, Justin et KAKOMA, Jean-Baptiste. 2018. « Fistules obstétricales dans la province du Haut-Katanga, République Démocratique du Congo: à propos de 242 cas ». *The Pan African Medical Journal*. [en ligne]. 16 janvier 2018. Vol. 29, n° 34. [Consulté le 19 octobre 2022]. DOI 10.11604/pamj.2018.29.34.14576.
- TEBEU, Pierre Marie, FOMULU, Joseph Nelson, KHADDAJ, Sinan, DE BERNIS, Luc, DELVAUX, Thérèse et ROCHAT, Charles Henry. 2012. « Risk factors for obstetric fistula: a clinical review ». *International Urogynecology Journal*. avril 2012. Vol. 23, n° 4, pp. 387-394. DOI 10.1007/s00192-011-1622-x.
- VAN LERBERGHE, Wim, MATTHEWS, Zoe, ACHADI, Endang, ANCONA, Chiara, CAMPBELL, James, CHANNON, Amos, DE BERNIS, Luc, DE BROUWERE, Vincent, FAUVEAU, Vincent, FOGSTAD, Helga, KOBLINSKY, Marge, LILJESTRAND, Jerker, MECHBAL, Abdelhay, MURRAY, Susan F., RATHAVAY, Tung, REHR, Helen, RICHARD, Fabienne, TEN HOOPE-BENDER, Petra et TURKMANI, Sabera. 2014. « Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality ». *Lancet (London, England)*. 27 septembre 2014. Vol. 384, n° 9949, pp. 1215-1225. DOI 10.1016/S0140-6736(14)60919-3.