

**DOCUMENT DE LA STRATEGIE  
NATIONALE  
DE LUTTE CONTRE LES  
FISTULES VESICO-VAGINALES  
AU TCHAD**

**Dr MAHAMAT KOYALTA  
COORDONNATEUR NATIONAL**

# SOMMAIRE

	Page :
<b><u>INTRODUCTION</u></b> :	4
<b>I- <u>GENERALITE</u></b>	
<b>1- GEOGRAPHIE</b>	6
1.1- Situation physique	6
1.2- Situation politico-administrative	6
1.3- Situation économique	6
1.4- Situation démographique	7
1.5- Situation socioculturelle	7
<b>2- SYSTEME DE SANTE AU TCHAD</b>	8
2.1- Plan de découpage	8
2.2- Ressources humaines	9
2.3- Accès aux services de santé de reproduction	9
<b>3- LOI N°06/PR/2002 PORTANT PROMOTION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION</b>	10
<b>4- ETIOLOGIE</b>	13
4.1- Etiopathogénie	13
4.2- Principales causes	13
4.3- Facteurs favorisants	14
<b>5- ANATOMIE-PATHOLOGIE</b>	16
<b>6- CLASSIFICATION</b>	17
<b>7- TRAITEMENT</b>	
7.1- La prise en charge avant la référence	18
7.2- La technique opératoire	18
<b>II- <u>MATERIELS ET METHODE</u></b>	
1- Cadre d'étude	20
2- Population d'étude	21
3- Critères d'inclusion	21
4- Critères d'exclusion	21
5- Difficultés	22
6- Atouts	22

### **III- LES RESULTATS**

1- Incidence des fistules au Tchad .....	23
2- Répartition en fonction de l'age lors de la survenue de la fistule .....	23
3- Répartition en fonction de la région .....	24
4- Répartition en fonction du groupe ethnique .....	24
5- Répartition en fonction de la zone d'habitation.....	25
6- Répartition en fonction du statut de résidence .....	25
7- Répartition en fonction du niveau d'instruction .....	25
8- Répartition en fonction du statut socio-professionnel .....	25
9- Répartition en fonction de la religion .....	26
10- Répartition en fonction du statut matrimonial .....	26
11- Répartition en fonction de la parité .....	26
12- Répartition en fonction de la CPN .....	27
13- Répartition en fonction du lieu d'accouchement .....	27
14- Répartition en fonction de la durée du travail .....	27
15- Répartition en fonction du mode d'accouchement .....	28
16- L'état du nouveau ne issu de l'accouchement .....	28
17- La réaction de la famille .....	28
18- Répartition en fonction du type de fistule .....	29
19- Résultat du traitement .....	29

### **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

1- La prévention .....	30
2- Le traitement curatif .....	31
3- La réinsertion sociale des fistuleuses. ....	31

## **INTRODUCTION**

C'est une communication anormale et directe entre la vessie et le vagin et / ou le rectum. Cette communication peut apparaître entre la vessie et l'utérus ou l'urètre et le vagin. Elle survient après un accouchement laborieux et dystocique d'où le terme « fistules obstétricales ».

C'est un véritable problème de santé publique doublé d'une tragédie humaine et sociale.

L'organisation mondiale de la santé estime que 2.000.000 de femmes vivent avec les fistules dans le monde avec 50000 à 100.000 nouveaux cas chaque année soit 100 cas par jour. Elles sont presque inexistantes dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord. On trouve des proportions inquiétantes dans les pays en voie de développement de l'Afrique, d'Asie et d'Amérique du Sud.

Au Tchad selon l'annuaire des statistiques sanitaires de 1997 à 1999, on compte 142, 126 et 201 cas. Ces chiffres ne reflètent pas la réalité compte tenu de la faible couverture sanitaire du pays et de la carence du système d'information sanitaire dans les hôpitaux des districts.

Les fistules obstétricales constituent une injustice sociale, car les causes sont identifiées et les solutions existent. Mais ce qui manque c'est un engagement politique réel pour lutter contre les fistules. Cela est d'autant plus injuste que les victimes sont des jeunes filles sorties à peine de la puberté et venant d'un milieu pauvre.

Conformément au programme d'action de la CIPD de 1994 en Egypte, l'UNFPA dont le mandat prévoit la protection de la santé des femmes, la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelle, a organisé en juillet 2001 à Londres en collaboration avec la FIGO un atelier sur la prévention et le traitement des fistules.

En 2002, l'UNFPA a lancé l'initiative contre les fistules qui plaide en faveur des soins obstétricaux d'urgence et contre les mariages et les grossesses des filles trop jeunes. Cette initiative cherche également à mieux faire connaître cette terrible maladie et de permettre aux victimes de vivre dignement leur handicap.

C'est grâce à cette initiative que l'UNFPA en collaboration avec le gouvernement de la République du Tchad ont conçu en décembre 2002 un projet pilote de prise en charge médico-sociale des fistules au Tchad, intitulé Projet CHD/01/P01 « Fistules ».

Ce projet a pour objectif :

- Le traitement des fistules
- L'étude de l'ampleur du phénomène dans le pays
- L'élaboration d'une stratégie de lutte contre les fistules.

C'est pour répondre au dernier point des objectifs du projet que l'unité fonctionnelle de prise en charge des fistules rapporte dans ce document 162 cas de fistules enregistrés de mars 2002 à mars 2003 sur toute l'étendue du territoire national :

- Le but de ce travail est de contribuer à l'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre les fistules
- L'objectif général est de réaliser une étude épidémiologique de fistules au Tchad.
- Les objectifs spécifiques :
  - identifier les déterminants socio-démographiques et obstétricaux des fistules
  - apprécier les modalités de surveillance de la grossesse ayant abouti à la fistule.
  - Déterminer les conditions et le mode d'accouchement des fistuleuses.
  - Evaluer l'état du nouveau né issu de cet accouchement et la réaction de la famille vis-à-vis de la victime.
  - Etablir une classification des fistules reçues et le résultat du traitement .

Nous allons aborder le travail selon le plan suivant :

- I- Généralités
- II- Matériels et méthode
- III- Les résultats

Conclusion et recommandations.

# **I- GENERALITES**

## **1. GEOGRAPHIE :**

### **1.1 Situation physique :**

Le Tchad est un pays immense enclavé au cœur de l'Afrique Centrale avec une superficie de 1.284.000 km<sup>2</sup>. Le port le plus proche se trouve à 1700 km à Kribi au Cameroun. L'immensité et l'absence de côte maritime posent problème de logistique à tous les secteurs. Sur toute l'étendue du territoire seulement 583 km de routes interurbaines sont revêtues. Les routes non prioritaires sont pour la plupart praticable 6 à 8 mois dans l'année et insuffisamment ou jamais entretenues. Les régions de l'Est et du Sud-Est sont isolées pendant la saison des pluies faute des routes permanentes.

Le pays est divisé en 3 zones climatiques :

- Au Nord une zone saharienne au climat désertique (moins de 200 mm de pluie par an.)
- Au Sud une zone soudanienne assez fortement pluvieuse (entre 800 et 1200 mm de pluies par an) rendant certaines zones inaccessibles pendant la saison des pluies.
- Entre les deux premières une zone sahélienne avec une pluviométrie entre 200 et 800 mm ; c'est dans cette zone que se trouve N'Djamena.

Il faut noter que soixante quatre pour cent (64%) du pays sont désertiques ou semi-désertiques.

La désertification avance de 2 à 3 km par an selon la direction des forêts.

Comme dans d'autres pays du Sahel, cette diversité de zones climatiques est fortement liées à certains aléas climatiques, faisant baisser la production agricole et partant, l'économie nationale fortement dépendante du secteur primaire. Les déficits alimentaires ainsi occasionnés entraînent des problèmes nutritionnels importants notamment pour certains groupes vulnérables de la population comme femmes enceintes et les enfants.

### **1.2 Situation politico-administrative**

Le Tchad vit en ce moment une période de stabilité politique. Sur le plan administratif, le Tchad est divisé en 28 départements et presque 200 sous-préfectures. Mais le Ministère de la Santé Publique maintient l'ancien découpage sanitaire de 14 délégations sanitaires avec 55 districts sanitaires et 755 zones de responsabilité.

### **1.3 Situation économique :**

Elle est caractérisée par une extrême pauvreté. En l'an 2001, le PIB par tête n'est que de 141,9 USD. La proportion de pauvreté au Tchad est d'environ 60% avec une proportion nettement plus importante de femmes et personnes de zones rurales.

Selon le rapport national sur le développement humain publié en 2000, l'IDH est de 0,367, faisant du Tchad l'un des huit (8) pays les plus pauvres de la planète.

La croissance économique de 2,3% entre 1987 et 1997 est moins rapide que la croissance démographique. Le pays est sous ajustement structurel depuis 1995 ; la plupart du budget de l'Etat alloué aux secteurs sociaux prioritaires reste faible et a baissé de 11,7% en 1995 à 9,3% en 2000 selon la DSIS ; est de 11,5%. Et seulement 26% de la population a accès à l'eau potable.

#### **1.4 Situation démographique**

La population du Tchad a rapidement augmenté au cours de 20 à 30 dernières années. Sur la base du taux d'accroissement naturel annuel de 2,5% trouvé au recensement de 1993, l'effectif de la population est estimé à 7650940 habitants en 2001. Si on confronte les données du recensement avec celles plus fines de l'EDST (96 – 97), la croissance naturelle est de 2,5%. Ce qui réduit le temps de dédoublement à 23 ans à peine. Ce qui représente l'un des taux d'accroissement les plus élevés en Afrique. La population est extrêmement jeune ; 48% ont moins de 15 ans ; 58% ont moins de 20 ans et 5% ont 60 ans et plus.

La population est majoritairement rurale (79%). Mais la population urbaine s'accroît à un rythme plus rapide que la population rurale.

La population est inégalement répartie sur le territoire national : la densité moyenne de 6,6% habitants au km<sup>2</sup> observé en 1999, voire de 0,1 habitant au km<sup>2</sup> au BET à 70,4 habitants au km<sup>2</sup> au Logone Occidental (BCR 1999).

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires de 2001, l'indice synthétique de fécondité est de 5,6 enfants par femme ; et les femmes en âge de procréer représentent 22,8% (DSIS). Le taux brut de natalité est de 41 pour mille (DSIS).

Les grossesses sont précoces, nombreuses et tardives ; parmi les adolescentes de 15 à 19 ans, 30% sont déjà mères ou enceintes de leur premier enfant (EDST) ; elles contribuent pour 15% de la fécondité totale.

La jeunesse de la population fait que le pic de la croissance de la population restera élevé même si les niveaux de fertilité déclinent dans un proche futur.

#### **1.5 Situation socioculturelle :**

Elle est caractérisée par :

- de faible taux d'alphabétisation ; le taux d'alphabétisation en toutes langues est de 13,5% dans la population générale ; elle est de 23% chez les hommes et de 5,2% chez les femmes ; parmi les tchadiens, 8,3% savent lire et écrire le français et 2,2% l'arabe ;
- le taux brut de scolarisation de nos jeunes est faible en particulier pour les filles : de 1998 à 1999, le taux brut de scolarisation dans le primaire est de 67,4% (MBESA) ; il y a eu certes un progrès, mais l'accès des enfants tchadiens à l'école est encore faible. Au niveau de l'enseignement primaire, la situation est marquée par la faiblesse des effectifs du sexe féminin : 36% de 1998 à 1999 (MEBSA) ; le poids scolaire des filles perd de l'importance au fur et à mesure qu'on évolue dans le cycle scolaire. De 1997 à 1998, les filles représentent 39% des effectifs au CP1 ; elles n'étaient que 23,6% au CM2. L'enseignement secondaire de 1997 à 1998 compte 20% de filles dont 22% dans le premier cycle et 2,3% dans le second cycle.

## **2- SYSTEME DE SANTE AU TCHAD**

Le Ministère de la Santé Publique a adopté depuis 1988 une politique de développement sanitaire basée sur les districts. Un plan de couverture sanitaire a été élaboré sur un modèle pyramidal à 3 niveaux.

### **2.1- Plan de découpage sanitaire**

Dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique de développement sanitaire, le ministère de la santé Publique a adopté un plan de découpage qui repose sur le mode d'organisation suivant :

#### **2.1.1- Niveau central :**

Il comprend la direction générale, les directions techniques, les institutions nationales, les projets et les programmes nationaux.

#### **2.1.2- Niveau intermédiaire :**

Le niveau intermédiaire comprend les quatorze délégations préfectorales sanitaires calquées sur les anciennes préfectures administratives. Il a été retenu pour chaque délégation un hôpital préfectoral de référence.

#### **2.1.3- Niveau périphérique :**

Il est composé des districts sanitaires (DS) et des zones de responsabilité (ZR) qui répondent aux critères suivants :

- *les districts :*
  - population variant entre 100000 et 250000 habitants ;
  - aire géographique : généralement la sous – préfecture administrative.
  - Tenir compte des ressources existantes ;
  - Lieu d'implantation de l'hôpital : généralement le chef-lieu de la sous – préfecture.

Il y a 55 districts sanitaires dont 38 seulement sont fonctionnels.

- *les zones de responsabilité*
  - population couverte : environ 10000 habitants
  - aire géographique : rayon de 10 km ou 2 heures de marche
  - tenir compte des ressources existantes
  - tenir compte des habitudes socio-économiques et culturelles.

#### • *Fonctionnalité des districts et des zones de responsabilité :*

Un district est dit fonctionnel lorsqu'il dispose de :

- une infrastructure
- au moins un médecin
- des médicaments essentiels
- un équipement adéquat
- un appui au développement.

On compte 755 zones de responsabilité dont presque la moitié n'est pas fonctionnelle.

Un centre de santé est dit fonctionnel lorsqu'il dispose d'un personnel qualifié (infirmier), d'un bâtiment et de médicaments essentiels pour son fonctionnement.

## **2.1- Ressources humaines :**

Le Ministère de la Santé Publique a, en principe, défini des normes pour le district sanitaire concernant les personnels de santé au niveau des centres de santé et de l'hôpital du district ; pour tout le Tchad, en 2001, il y a un médecin pour 32.390 habitants. Alors que la norme selon l'OMS est de un médecin pour 10.000, près de 40% de médecins sont à N'djamena.

Le Tchad dispose d'une sage femme pour 19.018 femmes en âge de procréer. 75% des sages femmes pour sont à N'djamena ou dans le Chari-Baguirmi. La norme des sages femmes selon l'OMS est d'une (1) sage femme pour 3000 femmes en âge de procréer.

Il y a un IDE pour 26.456 habitants alors que la norme est de un (1) IDE pour 3000 habitants. De plus, la faiblesse des capacités de planification, de gestion et d'évaluation, et la faible qualification du personnel de santé limitent l'efficacité sanitaire au Tchad.

Les 1/3 des agents de santé œuvrant dans les structures publiques de soins n'ont pas de minimum de qualification requise et sont constitués de garçons et de filles de salle, voire de manœuvres (MSP).

En 2000, 38 districts sur 53 sont fonctionnels et aucun ne fonctionne sans appui extérieur. Il y a juste 12 médecins gynécologues obstétriciens dont 2 volontaires des Nations Unies (VNU) pour tout le Tchad.

En 1999 une étude de la division du système d'information sanitaire (DSIS) a montré que seulement 52% des responsables des centres de santé sont considérés comme capables de réaliser le PMA. Il y a un seul médecin anesthésiste pour tout le Tchad et à peine une douzaine d'infirmiers anesthésistes qualifiés.

En résumé, toutes les catégories de personnels sont en nombre insuffisant ou très insuffisant : il s'agit de médecins, de spécialistes, de sage femmes, d'infirmières accoucheuses, des anesthésistes, et des pharmaciens. En plus, la répartition de tous ces personnels est déséquilibrée.

## **2.3- Accès aux services de santé de reproduction :**

Les femmes et les enfants souffrent et meurent au Tchad par manque d'accès aux soins de santé de base essentiels auxquels ils ont droit comme c'est pourtant écrit dans les documents de politique de population et de santé de la République du Tchad. Le Tchad a pourtant ratifié toutes les conventions internationales relatives à la santé de la femme et de l'enfant (CIPD, CEDEF et CDE).

L'accessibilité géographique aux structures de santé pose problème surtout dans certaines zones, en 1998, selon les statistiques sanitaires, 71% seulement de la population sont couvertes par les centres de santé.

Selon l'EDST, 43% des ménages vivent à moins de 5 km d'un centre de santé alors que 31% en sont à plus de 15 km. En milieu urbain, 97% des ménages sont à moins de 5 km d'un centre de santé contre 40% en milieu rural. Plus de 50% des femmes rurales doivent parcourir à dos d'animal ou par charrette au moins 70 km pour atteindre l'hôpital le plus proche. La répartition spatiale des centres de santé est donc très largement insuffisante pour les rapprocher des populations.

### **3- LOI N°06/PR/2002 PORTANT PROMOTION DE LA SANTE DE REPRODUCTION**

Vu la Constitution :

L'Assemblée Nationale a délibéré et adopté en sa séance du 20 mars 2002 :

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

#### **CHAPITRE I**

##### **DE LA DEFINITION**

Article 1- Par la santé de reproduction, on entend un état de complet bien-être physique, mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et ne consiste pas seulement en l'absence de maladies ou d'infirmités.

Article 2- Par service de santé de reproduction, on entend l'ensemble des méthodes techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation et à l'amélioration de la qualité de vie et des relations interpersonnelles et qui se limitent pas seulement à dispenser des conseils.

#### **CHAPITRE II**

##### **DES PRINCIPES ET DROITS EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION**

Article 3- Tous les individus sont égaux en droit et dignité en matière de santé de reproduction sans discrimination aucune fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre situation.

Article 4- Les couples et les individus ont le droit de décider librement et avec discernement des questions ayant trait à la santé de la reproduction dans le respect des lois en vigueur, des us et coutumes de l'ordre public et des bonnes mœurs.

Ils peuvent décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et du droit d'accéder à la meilleure santé de la reproduction.

Article 5- Toute personne ayant atteint l'âge légal requis peut , dans le respect de l'ordre public de lois en vigueur, des us, des mœurs et coutumes, choisir librement en responsable et avec discernement de se marier ou de ne pas se marier et de fonder une famille.

Article 6- Tout individu, tout couple a droit à l'information, à l'éducation et aux moyens nécessaires relatifs aux avantages, aux risques et à l'efficacité de toutes méthodes de régulation des naissances.

Article 7- Tout individu, tout couple a le droit de bénéficier des soins de santé de la meilleure qualité possible et d'être à l'abri des pratiques qui nuisent à la santé de la production.

Article 8- Tout individu, tout couple a le droit d'accéder à des services de santé de proximité sûrs, efficaces, abordables et acceptables.

Article 9- Toute personne a le droit de n'être pas soumise à la torture et à des traitements cruels, inhumains ou dégradants sur son corps en général et sur ses organes de reproduction en particulier.

Toutes les formes de violences tels que les mutations génitales féminines (MGF), les mariages précoces, les violences domestiques et les services sexuels sur la personne humaine sont interdites.

Article 10- Tout couple, tout individu a l'obligation de contribuer à la sauvegarde, la protection de l'état de bien-être de toutes les personnes qui constituent son entourage. L'Etat, les Collectivités Territoriales Décentralisées et autres personnes morales par le biais de leurs représentants, se doivent, dans le cadre de leurs activités de veiller à la sauvegarde, à la promotion et à la protection du droit de tout être humain à la santé de la reproduction.

### **CHAPITRE III**

#### **DU PERSONNEL DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION**

Article 11- Est considérée comme faisant partie du personnel de santé de la reproduction, toute personne physique de statut public ou privé dont l'activité professionnelle porte sur les services et les soins de santé de la reproduction.

Article 12- Chaque catégorie du personnel intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction doit se soumettre aux normes de compétence, aux protocoles de service et de règles de déontologie afférents à sa profession ou à son activité.

Les normes de compétence et de déontologie relatives à chaque catégorie de profession et d'activités sont fixées par voie réglementaires.

### **CHAPITRE IV**

#### **DES SOINS ET SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION**

Article 13- Par soins et services de santé de la reproduction, on entend notamment :

- l'orientation, l'information, l'éducation, la communication, la recherche, les moyens, les méthodes et de manière générale tous les services en matière de planification familiale ;
- les services relatifs aux soins prénatals, à l'accouchement à moindre risque et aux soins post-natals dont l'allaitement maternel, les soins néonataux ;
- la prévention et le traitement de la stérilité, de l'infertilité et de l'impuissance ;
- la prévention de l'avortement et la prise en charge de ses complications ;
- le traitement des affections de l'appareil génital ;
- la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) et VIH/SIDA.

Article 14- L'interruption thérapeutique de la grossesse ne saurait en aucun cas être considérée comme une période contraceptive. Elle n'est autorisée que dans les cas suivants et sur prescription d'un groupe conseil de médecins après avis du juge :

- lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme ;
- lorsqu'une affection de gravité particulière est diagnostiquée chez l'enfant à naître.

Un décret pris en conseil des Ministres fixe la procédure et le contrôle des conditions légales de l'interruption thérapeutique de la grossesse.

Article 15- Dans le respect de l'ordre public sanitaire et de la morale familiale, les couples peuvent bénéficier, à leur demande d'une assistance médicale à la procréation.

Article 16- Les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les malades du Sida qui le déclarent, bénéficient particulièrement des soins de base et d'une garantie de confidentialité.

Article 17- Les modalités de réalisation de l'assistance médicale à la procréation ainsi que les conditions et les modalités précises du bénéfice de traitement spécial accordé aux personnes malades du sida ou vivant avec le VIH seront définies par un Décret pris en Conseil des Ministres.

## **CHAPITRE V**

### **DES DISPOSITIONS PENALES**

Article 18- Sera puni d'un emprisonnement de cinq (5) mois à cinq (5) ans et d'une amende de cent mille (100.000) francs CFA à cinq cent mille (500.000) francs CFA ou l'une de ces peines seulement quiconque aura par pratique, écrit, discours, publicité ou propagande enfreint les dispositions de la présente loi.

Article 19- Est assimilé à un crime et puni comme tel tout acte ayant conduit à la transmission consciente du Sida.

## **CHAPITRE VI**

### **DES DISPOSITIONS FINALES**

Article 20- Les conditions d'incrimination et de répression des actes attentatoires aux droits en matière de santé de la reproduction telles que définies dans la présente loi sont régies par les textes en vigueur.

Article 21- La présente loi qui abroge toutes dispositions antérieures contraires sera enregistrée, publiée au journal Officiel de la République et exécutée comme loi de l'Etat.

## **4- ETIOLOGIE**

Les fistules vésico-vaginales relèvent de la destruction de la paroi vésicale et / ou vaginale ou les deux à la fois, par une plaie, une nécrose par ischémie prolongée, ou destruction radicale.

Ainsi on distingue :

- les fistules post-opératoires dues à une plaie opératoire après un geste maladroit au cours de l'hystérectomie, d'une cure de prolapsus génital par voie basse, une césarienne. C'est une faute si la plaie est méconnue et non traitée ;
- les fistules vésico-vaginales des cancers génitaux : il peut s'agir d'un cancer du col de l'utérus à un stade avancé ou d'un cancer de vagin primitif ou métastase vaginal, ou enfin d'un cancer de la vessie. Le traitement du cancer génital par radium peut créer une fistule en cas de surdosage ;
- les fistules obstétricales surviennent presque exclusivement après un accouchement dystocique négligé et prolongé. Elles constituent 80 à 90% des fistules et c'est l'objet de notre étude.

### **4.1- Etiopathogénie des FO**

Les fistules obstétricales ne s'observent que dans les présentations céphaliques, et se constituent au cours d'un travail dystocique prolongé et négligé. La tête fœtale bloquée dans le bassin exerce une compression ischémique constante et prolongée. C'est cette pression constante et prolongée exercée sur les tissus mous plus que la pression elle-même qui détermine le degré de nécrose tissulaire. Au bout d'un certain temps estimé à 48 heures au moins, la zone comprimée se nécrose par ischémie de la même façon que la peau se nécrose au point de compression osseuse chez les paraphysiques. La vessie pleine, poche liquidienne incompressible constituent un obstacle à la descente du mobile fœtal et accroît la pression qui s'aggrave au fur et à mesure que la dystocie se prolonge et que la vessie se remplit réalisant un cercle vicieux.

Tous les degrés existent entre la petite zone vésicale œdémateuse et hémorragique qui retrouve sa vitalité après une compression temporaire et les vastes zones de nécrose avec perte de substances tissulaires qui se prolongent au niveau de la vessie, du vagin et du rectum.

### **4.2- Les principales causes**

#### **4.2.1- la dystocie mécanique :**

- Dystocie osseuse :
  - le bassin généralement rétréci
  - le bassin asymétrique
  - le bassin immature
- Présentations vicieuses
  - la présentation du front
  - la présentation de la face (menton – postérieur)
  - la présentation de l'épaule négligée
- La disproportion fœto-pelvienne

#### **4.2.2- la dystocie mécanique**

- œdème du col
- sclérose du col après cancérisation

#### **4.2.3- dystocie vulvo-vaginale**

cicatrice rétractile de la vulve après MGF (mutilation génitale féminine).

### **4.3- Les facteurs favorisants**

#### **4.3.1- Les facteurs socioculturels :**

- le mariage précoce source de grossesse précoce sur un organisme qui n'a pas achevé sa maturité, constitue un important facteur de morbidité et de mortalité maternelle ;
- les mutilations génitales féminines : encore largement répandues, elles entraînent la formation des zones cicatricielles, source d'atrésie vulvo-périnéale responsable de dystocie de dégagement ;
- l'accouchement à domicile, seule ou avec assistance non qualifiée : au Tchad 76% des accouchements se font à domicile avec assistance non qualifiée. Certaines accoucheuses traditionnelles gardent les femmes en travail pendant plus de 48 heures avant de les référer. D'autres pour accélérer le travail, exercent des pressions violentes sur le fond utérin entraînant des ruptures utérines, déchirure périnéale, mort du nouveau né, etc.
- la position sociale défavorable de la femme au Tchad. Lié au manque de pouvoir de décision des femmes même, en ce qui concerne leur santé, l'accès limité à l'éducation des filles contribuent à maintenir les femmes dans l'obscurantisme et à recourir aux soins obstétricaux en cas de grossesse. Le manque d'accès aux ressources font que la pauvreté dans le milieu féminin est exacerbée ; hors l'initiative au Bamako préconise le recouvrement de coût malgré la modicité du tarif beaucoup de femmes en l'absence du mari ne peuvent y accéder.

#### **4.3.2- les facteurs socio-économiques**

- la malnutrition, le rachitisme, l'ostomalacie et les carences alimentaires ( malnutrition protido calorique, carence ne vitamine D, calcium) de l'enfance et de l'adolescence retentissent sur le développement harmonieux du bassin source de dystocie mécanique. La majorité des fistules proviennent des régions les plus pauvres ou les carences alimentaires sont endémiques ( les pays su Sahel). ;
- la bilharziose vésicale : très répandue en Afrique joue un rôle non négligeable dans la survenue des fistules, mais surtout dans les échecs après réparation( ). La fibrose pariétale induite par la bilharziose, empêche la cicatrisation et retarde la guérison d'autant plus qu'il existe une surinfection bactérienne. Il est essentiel de dépister et traiter toute bilharziose avant de tenter la réparation de la fistule ;
- la mauvaise surveillance de la grossesse et du travail au cours de l'accouchement. un certain nombre de fistules se sont constituées dans les structures sanitaires ( centre de santé hôpital de district, voire référence) dans ce cas, il se pose le problème de la pertinence de la CPN qui doit anticiper les problèmes et du suivi de partogramme au cours du travail. ;

#### **4.3.3- Les trois retards :**

- le 1<sup>er</sup> retard pour se décider à recourir aux soins obstétricaux d'urgence lié aux facteurs socioculturels et économiques ;
- le 2<sup>ème</sup> retard pour accéder au service de santé lié à la distance, à l'état des routes et au manque de moyens de communication ;
- le 3<sup>ème</sup> retard pour recevoir un traitement adéquat dans la structure de santé lié au manque de personnel qualifié, aux médicaments et aux matériels médico-chirurgicaux et à l'organisation du service des SOU ;

#### **4.3.4- Les manœuvres obstétricales et chirurgicales**

elles sont responsables de 10 à 15% des FO lorsqu'elles sont faites de façon maladroite sans une bonne maîtrise de la technique

- La cranioclasie : les lésions vaginales sont dues à l'appareil de cranioclasie ou aux spéculs osseuses de la tête fœtale lors de la traction ;
- L'embryotomie : dans la présentation de l'épaule négligée, on utilise des instruments tranchants comme crochets de BAU et les ciseaux de DUBOIS qui peuvent traumatiser le vagin et la vessie ;
- Le forceps : son utilisation non judicieuse lors des manœuvres de grande rotation peut être responsable des déchirures en spirale du vagin ou du plancher vésical ;
- La symphysiotomie de LAZARE : elle peut être source de lésion urinaire basse (vessie et urètre) entre les mains d'un praticien non expérimenté. Très souvent, la fistule existe avant l'intervention car il s'agit des femmes en travail pendant plusieurs jours et la symphysiotomie n'a qu'une indication de sauvetage ;
- Les interventions chirurgicales d'urgence : la césarienne d'urgence ou itérative, l'hystérectomie pour rupture utérine ou d'hémostase sont aussi source de lésions vésicales lorsqu'on ne maîtrise pas la technique opératoire.

## 5- ANATOMIE PATHOLOGIE

La lésion fistuleuse évolue en deux phases :

- 5.1- **la phase initiale de nécrose** : juste après l'accouchement, la perte de substance se confond avec une zone de nécrose entourée de tissu conjonctif oedémateux. Au lésions ischémiques s'ajoutent les lésions inflammatoires septiques dues à un travail long, sans oublier le remaniement tissulaire dû à la grossesse, ce qui justifie le délai de 3 mois avant l'intervention chirurgicale ;
- 5.2- **la phase de cicatrisation** : elle s'étale sur plusieurs semaines et se traduit par une sclérose péri fistuleuse qui s'installe au bout de trois (3) mois. Cette sclérose entraîne parfois :
- une atrésie du vagin avec formation de brides semi – circulaires sur la paroi postérieure du vagin cachant en partie le col utérin non mobilisable ou non abaissable, ce qui empêche d'extérioriser la paroi vaginale antérieure qui comporte l'orifice fistuleux ;
  - une adhérence serrée de la paroi antérieure de la vessie à la symphyse pubienne rendant difficile son clivage responsable parfois d'ostéite sévère ;
  - possibilité de sténose des méats urétraux situés sur les berges de la fistule. Cette fibrose peut encore être aggravée par la bilharziose rétractant la vessie et sténosant le bas uretère.

## 6- LA CLASSIFICATION

Plusieurs classifications ont été proposées en fonction de la localisation anatomique, de la dimension de la fistule, des lésions anatomiques associées, et du degré de sclérose du vagin et de la vessie.

Nous avons adopté une classification simple intégrant à la fois la topographie, la dimension de la fistule et l'état des tissus péri fistuleux.

### 6.1- c'est la classification de l'AFOA ( l'Association de traitement des fistules obstétricales en Afrique) qui a un intérêt thérapeutique et pronostic :

- la fistule vésicale simple : c'est une fistule vésico-vaginale siégeant à la face postérieure de la vessie, à distance du col et en tissu souple et de taille inférieure à 3 cm. Leur cure par voie basse aboutit toujours à une guérison sans séquelle ;
- la fistule vésicale complexe : qui regroupe :
  - la fistule intéressant la région trigono cervico-urétrale en respectant la continuité de la paroi antérieure du col et de l'urètre ;
  - la fistule n'intéressant ni le col ni l'urètre mais qui soit a déjà été opérée soit a une taille supérieure à 3 cm. La sclérose péri fistuleuse est limitée et sa cure par voie basse est encore possible au prix d'une incontinence urinaire résiduelle.
- la fistule vésicale grave : ce sont les classiques « fistules vésico-vaginales africaines » qui réalisent de véritables délabrement vagino-périneaux ( ). Le col vésical est détruit de même que l'urètre, la sclérose péri fistuleuse est tendue et peut obstruer l'un ou les deux méats urétraux une fistule recto-vaginale et souvent associée avec ou sans lésion du sphincter anal. Le vagin est atrésique et se transforme en un véritable cloaque. La cure de ce type de fistules est difficile et les échecs sont fréquents.

### 6.2- La classification selon la dimension de la fistule :

- la petite fistule dont la dimension est égale à 2 cm ;
- la fistule moyenne dont la taille est comprise entre 2 et 3 cm ;
- la grande fistule dont la taille est comprise entre 4 et 5 cm ;
- la large fistule dont la taille est supérieure à 5 cm.

### 6.3- Les fistules hautes et les fistules recto-vaginales :

sont classées à part :

- la fistule vésico-utérine : il y a les fistules vésico-utérines vraies mais il arrive que l'on classe dans cette catégorie des fistules très proche sinon au contact du col utérin surtout quand la lèvres antérieure de celui-ci est déchiré ;
- la fistule recto vaginale haute sans rupture du sphincter de l'anus ;
- la fistule recto vaginale basse avec rupture sphinctérienne ;
- les incontinenances urinaires résiduelles après cure chirurgicale sont de deux ordres :
  - l'incontinence urinaire moyenne
  - l'incontinence urinaire à l'effort.

## **7- LE TRAITEMENT**

### **7.1- La prise en charge avant la référence :**

- Aussitôt le diagnostic de fistules est posé, il faut mettre un drain vésical pendant 21 jours pour favoriser la cicatrisation et la résolution du processus inflammatoire. Parfois on observe la guérison spontanée de certaines petites fistules par le drainage continue ;
- Durant cette période des mesures seront prises pour améliorer l'état de santé de la malade :
  - Une alimentation riche en calorie et en vitamine ;
  - Un traitement anti-infection (antibiotique) et anti-parasitaires (paludisme, bilharziose, parasite digestive) ;
  - Préconiser des bains de siège une ou deux fois par jour ou faire des douches vaginales ;
  - Pour des lésions compliquées, il faut enlever les tissus nécrotiques au bloc opératoire sous anesthésie ;
  - Faire appliquer de la pâte d'oxyde de zinc pour protéger la peau de la vulve des excoriations ;
  - Prévoir le retour de la malade chez elle lorsque le vagin est propre et ne référer la malade chez le spécialiste que trois mois après la survenue de la fistule.

### **7.2- La technique opératoire**

#### ***7.2.1- Les voies d'abord :***

- La voie vaginale est la plus utilisée et elle a notre préférence. Presque tous les types de fistules vésico-vaginales peuvent être réparés par la voie basse. Il existe des artifices pour élargir la voie vaginale ( ) : l'épisiotomie latérale de SCHUCKHAR et l'épisiotomie postérieure de PICOT-COUVELAIRE ;
- La voie haute transvésicale ou transpéritonéo-vésicale est indiquée dans les fistules vésico-vaginales très hautes, les fistules vésico-utérines ou uréto-vaginales ou quand une réimplantation est nécessaire. Cette voie permet aussi l'interposition de l'épiploon ;

**7.2.2- La technique de base :** elle consiste à dédoubler après dissection, la vessie et le vagin et à les suturer chacun de son côté. Le plus souvent, on interpose un tissu bien vascularisé entre les deux. Selon la gravité des cas, on peut être amené à faire des anastomoses uréto-vésicales voire à confectionner des néo-urètres. La simplicité de la description ne doit pas faire perdre de vue qu'il s'agit d'une chirurgie difficile et ingrate ;

- On travaille dans une cavité étroite et il n'est pas rare qu'elle soit encore plus rétrécie par des lésions fibreuses ;
- Les tissus sont souvent de mauvaise qualité et prêtent pas facilement à la dissection ;
- On ne peut jamais assurer d'avance le résultat, malgré tout le soin apporté à l'acte ;

- Lorsqu'on ne maîtrise pas la technique, il ne faut pas se lancer dans l'opération des fistules car la reprise opératoire des cas d'échec est difficile. Ce qui fait dire à COUVELAIRE « Celui qui voulant réparer, échoue n'est pénétré des conséquences de son échec ou de ses échecs consécutifs. Il engage une partie dont la terminaison mériterait moins de discrétion » ;

**7.2.3- L'interposition** : C'est une technique qui consiste à interposer un tissu bien vascularisé entre la vessie et le vagin afin de ne pas laisser en contact direct les sutures faites au niveau des deux organes. Plusieurs techniques peuvent être utilisées :

- **MARTIUS ( )**  
Cette technique consiste à prélever un greffon de tissu graisseux au niveau d'une grande lèvre, à le passer par un tunnel sous vaginal et à l'interposer entre la suture vésicale et la suture vaginale ;
- **MARTIUS PEAU ( )**  
Il s'agit d'une même technique avec en sus une pastille de peau destinée à combler un éventuel défaut vaginal
- **EPIPLOON**  
C'est l'épiploophasie de KIRICULA ( ), elle est utilisée et sert aussi bien les fistules vésico-vaginales hautes que les fistules recto-vaginales hautes ;
- **LE LAMBEAU DE PEAU**  
Le lambeau de peau de WEE et JOSEPH est un prélèvement fascio-cutané inguinal que l'on passe aussi par un tunnel sous vaginal. La portion qui doit rester dans le tunnel est désépithérialisé ;
- **LE DROIT INTERNE**  
C'est la technique de GARLOCK, utiliser le muscle droit interne que l'on désinsère à son extrémité distale et que l'on interpose. Ceci peut se faire au dépend de la capacité vaginale et rendre difficile les rapports sexuels ultérieurs ;
- **AUTRES**
  - on peut aussi réaliser une myorrhaphie, c'est la recto myoplastie de LEGUYADER qui est une suture en deux plans, le second enfouissant le premier ;
  - l'interposition des corps caverneux est aussi possible ;
  - les cures d'incontinence urinaire : il est nécessaire d'épuiser sous les autres recours (auto-rééducation, kinésithérapie, traitement médicamenteux) avant l'intervention chirurgicale. Différentes techniques existent mais les résultats sont décevants ;
  - les dérivations : elles sont indiquées pour les patientes ayant subi plusieurs interventions par voie basse sans succès. C'est une chirurgie palliative lourde et elle ne doit pas être préconisée en première intervention ;
  - la dérivation interne : l'urétéro-sigmoïdostomie de COFFEY ou les urines sont dérivées vers le tube digestif et extériorisées par l'anus ;
  - la dérivation externe, cutanée ou l'urine passe par une poche abouchée à la peau.

## **II- MATERIELS ET METHODE**

Il s'agit d'une étude prospective descriptive concernant 162 cas de fistules reçus à l'unité fonctionnelle de prise en charge de fistules à la maternité de l'hôpital la Liberté, et dans les autres structures sanitaires du pays, et cela sur une période de mars 2002 à mars 2003.

### **1- CADRE D'ETUDE**

#### **1.1- *l'unité fonctionnelle de prise en charge des fistules :***

Elle est créée en février 2002 au sein de la maternité de l'hôpital la liberté et dispose d'une antenne chirurgicale à l'hôpital préfectoral d'Abéché :

##### **- Le personnel :**

- 1 médecin gynécologue obstétricien coordonnateur du projet, ayant subi une formation en technique opératoire de fistules au Fistula Hospital d'Addis-Abeba ;
- 1 assistant au coordonnateur , c'est un étudiant en médecine en fin d'année d'étude, il assiste le coordonnateur dans les interventions chirurgicales et assure la liaison ;
- 2 sages femmes d'Etat formées en prise en charge médicale pré et post opératoire des fistules, la formation est locale en collaboration avec Fistula Hospital d'Addis-Abeba ;
- 1 infirmier anesthésiste ;
- 1 infirmier d'Etat ;
- 1 infirmier kinésithérapeute et rééducation fonctionnelle ;
- 1 assistant social ;
- 5 garçons et filles de salle parmi lesquels on compte 3 anciennes fistuleuses guéries ;
- 1 secrétaire et un chauffeur.

##### **- Les structures :**

- 2 salles d'hospitalisation disposant chacune 15 lits ;
- le bloc opératoire appartenant au complexe chirurgical de l'hôpital ;
- les médicaments et matériels médico-chirurgicaux adaptés à la prise en charge des fistules ;
- un bureau équipé en mobilier et matériel informatique ;
- un véhicule tout terrain pour la supervision.

### **1.2- L'antenne chirurgicale de l'hôpital d'Abéché :**

elle a commencé à fonctionner en même temps que l'unité mère, elle dispose de :

#### **- Personnel :**

- 1 médecin généraliste à compétence chirurgicale qui a été aussi formé en technique opératoire au Fistula Hospital d'Addis-Abeba ;
- 1 sage femme d'Etat (l'unique du Ouaddaï) également formée ;
- 1 infirmier anesthésiste ;
- 1 garçon et 1 fille de salle.

L'antenne chirurgicale bénéficie des infrastructures médico-chirurgicales de la maternité de l'hôpital d'Abéché. Les autres structures qui ont une compétence chirurgicale dans la prise en charge des fistules vésico-vaginales sont :

- L'hôpital de district de Danamadji
- L'hôpital de district de Goundi
- L'hôpital Baptiste de Koumra
- L'hôpital Baptiste de Bébidja
- L'hôpital Baptiste de Bébalem

## **2- LA POPULATION D'ETUDE**

Dans le but de réaliser une étude de l'ampleur du phénomène au Tchad, des fiches de collecte des données sur les fistules ont été confectionnées et déposées dans tous les hôpitaux de district du pays afin d'enregistrer tous les cas de fistules notifiés. Ces fiches sont recueillies tous les six mois pour être analysées au niveau du fichier central.

Chaque fiche de collecte des données comporte (voir annexe) :

- les paramètres socio-démographiques
- les modalités de la surveillance de la grossesse
- les conditions et le mode d'accouchement
- l'état du nouveau né et la réaction de la famille
- le type de fistule et le résultat du traitement.

Le remplissage des fiches est assuré par les médecins, les sages femmes et les étudiants en médecine. Les données collectées ont été analysées au niveau du fichier central et le traitement est effectué au logiciel MICROSOFT WORD.

## **3- LES CRITERE D'INCLUSION**

- les fistules vésico-vaginales déjà opérées ou non
- les fistules recto-vaginales isolées ou associées à une fistule vésico-vaginale
- les déchirures du périnée complètes et compliquées du post-partum.

## **4- LES CRITERES D'EXCLUSION**

- les incontinenances urinaires fonctionnelles
- les fistules urétero-vésicales

#### **4- LES DIFFICULTES**

- l'absence des fiches dans certains hôpitaux de district
- le non remplissage des fiches par certains hôpitaux
- le remplissage incomplet des fiches de collecte des données
- le manque de collaboration avec l'hôpital général de référence nationale (HGRN)
- le surcharge d'activité du coordonnateur national du projet.

#### **5- LES ATOUTS**

- l'existence de l'unité fonctionnelle de prise en charge des fistules à la maternité de l'hôpital la liberté et de son antenne chirurgicale à Abéché
- des résultats techniques satisfaisants
- un changement de comportement de la population qui commence à savoir que cette pathologie est curable.

### III- LES RESULTATS

#### 1- INCIDENCE DE FISTULES AU TCHAD

En un an d'activité nous avons enregistré 162 cas de fistules, ce qui est en deçà de la réalité. Rapporté à l'accroissement annuel moyen de la population estimé à 100.000 pour une population de 7.665.940, dont 22,8% sont des femmes en âge de procréer. Le nombre de fistules estimé par an est de 456 cas.

FALANDRY en 1986 ( ) pour 120 cas de fistules enregistrées au Tchad, a estimé l'incidence de fistules au Tchad à 340 / an.

#### 2- REPARTITION EN FONCTION DE L'AGE LORS DE LA SURVENUE DE LA FISTULE

Age	Nombre	Pourcentage
14-16	9	0,56
17-19	32	20
20-22	30	18,52
23-25	25	14,43
26-28	11	7
29-31	14	9
32-34	7	4,32
35-37	9	5,56
38-40	15	9,26
41-43	4	2,41
44-46	3	1,85
47-49	1	0,62
50-70	2	1,23
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

La plus jeune est âgée de 14 ans, la plus âgée a 70 ans, la moyenne d'âge est de 31 ans et 5 mois. Le maximum de fréquence s'observe dans la tranche d'âge de 17-19 ans dans 20% des cas, suivi de 20 – 22 ans dans 18,52% des cas et de 23-25 ans dans 15,43% des cas. Plus de la moitié de notre population d'étude soit 54% des cas a moins de 25 ans.

Ceci confirme les données de EDST 1996-1997 qui dit que parmi les jeunes de 15-19 ans 30% sont déjà mères ou enceintes de leur premier enfant.

### 3- REPARTITION EN FONCTION DE LA REGION

Région	Nombre	Pourcentage
Batha	7	4,32
Biltine	17	10,49
BET	2	1,23
Chari - Baguirmi	18	11,11
Guéra	4	2,47
Kanem	7	4,32
Lac	5	3,09
Logone Occidental	4	2,47
Logone oriental	4	2,47
Mayo-Kébbi	6	3,70
Moyen - Chari	10	6,17
Ouaddaï	65	40,12
Salamat	3	1,85
Tandjilé	5	3,09
Autres	5	3,09
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

La majorité de notre population d'étude provient du Ouaddaï dans l'ordre de 40,12% des cas, suivi du Chari - Baguirmi dans 11,11% des cas et du Biltine dans 10,49% des cas.

Par ailleurs 97% de nos cas sont des tchadiennes et 3% proviennent des pays limitrophes (Soudan, République Centrafricaine).

Cette forte prévalence de fistules dans ces régions s'explique par le contexte socioculturel de mariage précoce assez répandu et du statut social de la femme défavorable dans ces régions, et peut être une hypothèse. L'activité de traitement de fistules dans ces régions est connue et incite les malades à se présenter.

### 4- REPARTITION EN FONCTION DU GROUPE ETHNIQUE

Ethnie	Nombre	Pourcentage
Kabalaye	3	1,86
Massa	5	3,09
Kanembou	8	4,93
Arabe	30	18,51
Gorane	6	3,71
Zakhawa	3	1,86
Ouaddaïenne	48	29,62
Sara	20	12,34
Hadjaraye	4	2,47
Foulbé	3	1,86
Massalite	14	8,64
Tamah	13	8,02
Soudanaise	3	1,86
Centrafricaine	2	1,23
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Le groupe ethnique ouaddaïen domine dans l'ordre de 29,62% des cas suivi des arabes dans 18,51% et du groupe sara dans 12,34% des cas.

## **5- LA REPARTITION EN FONCTION DE LA ZONE D'HABITATION**

<b>Zone d'habitation</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Urbaine	32	19,75
Rurale	130	80,25
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

80,25% de nos fistuleuses résident en milieu rural et seulement 20% en milieu urbain. Ce qui confirme que la fistule est une maladie des pauvres qui sont écrasées par la tradition et qui accèdent difficilement aux structures sanitaires.

## **6- LA REPARTITION EN FONCTION DU STATUT DE RESIDENCE**

<b>Statut de résidence</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Sédentaire	150	92,59
Nomade	12	7,4
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

La plupart de nos cas sont des résidents sédentaires dans 92,59% des cas, les nomades ne représentent que 7,4% des cas.

## **7- LA REPARTITION EN FONCTION DU NIVEAU D'INSTRUCTION**

<b>Niveau</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Primaire	8	4,94
Arabe littéraire	5	3,09
Secondaire	5	3,09
Supérieur	0	0
Analphabète	144	88,8
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Sur l'ensemble des cas, 88,8% des femmes sont analphabètes soit la majorité de la population d'étude ; 4,95% ont eu accès à l'enseignement primaire et 3,09% à l'enseignement secondaire.

Ces chiffres témoignent à suffisance que la scolarisation des filles est un facteur déterminant de la réduction de la mortalité et la morbidité maternelle et du rôle de l'ignorance dans la pérennisation de certaines pratiques socioculturelles rétrogrades (mariage précoce, mutilation génitale féminine, accouchement à domicile).

## **8- REPARTITION EN FONCTION DU STATUT SOCIO-PROFESSIONNEL**

<b>Profession</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Elève / étudiante	2	1,23
Fonctionnaire	0	0
Commerçante	2	1,23
Ménagère	146	90,12
Non précisée	12	7,41
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Les ménagères sans source de revenu constituent le gros lot de notre étude. Elles représentent 90,12% des cas. Ce qui corrobore le fait que la pauvreté fait le lit de la fistule.

## **9- REPARTITION EN FONCTION DE LA RELIGION**

<b>Religion</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Musulmane	136	84
Catholique	6	4
Protestante	9	5,56
Animiste	3	1,85
Non précisée	8	5
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

La religion musulmane est dominante dans la population des fistuleuses dans l'ordre de 84% des cas. Cela est en adéquation avec le fait qu'elle soit répandue au Nord du Tchad, où la religion musulmane dominante est favorable au mariage précoce.

## **10- REPARTITION EN FONCTION DU STATUT MATRIMONIAL**

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Mariée	154	95,06
Célibataire	8	5
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

95% des fistuleuses affirment être mariée mais ce chiffre est à prendre avec un peu de réserve car beaucoup de femmes tchadiennes n'osent pas affirmer leur célibat afin d'éviter les commérages.

## **11- LA REPARTITION EN FONCTION DE LA PARITE**

<b>Parité</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
0	7	4,32
Primipare (I)	93	57,41
Paucipare (II-III)	28	17,28
Multipare (IV-V)	10	6,17
Grande multipare (> V)	24	14,81
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

La parité moyenne est 2,19, le maximum de fréquence est observé chez les primipares dans 57,41% des cas, suivi de paucipare dans 17,28% des cas et de grande multipare dans 14,81% des cas.

A noter la présence de 7 fistules chez les nullipares, il s'agit des cas de malformation (méga - uretère fistulisé), traumatisme vaginal, post chirurgical (hystérectomie) et post abortive.

***Notre patiente type est une jeune femme, âgée de 17-19 ans primipare de religion musulmane, ménagère et analphabète, ayant un statut de résidence sédentaire et venant du milieu rural de la région du Ouaddaï.***

## **12- LA REPARTITION EN FONCTION DE LA CPN**

<b>CPN</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	18	11,11
Non	138	85
Non précisée	6	3,70
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patientes n'a pas suivi de consultation prénatale dans 85% des cas. Ceci est préoccupant et confirme que seulement 32% des gestantes au Tchad font la CPN. Cette situation est liée à l'ignorance, à l'existence de solutions alternatives (guérisseur, marabout), au statut défavorable de la femme, et à l'insuffisance de structure sanitaire et de sensibilisation.

## **13- REPARTITION EN FONCTION DU LIEU D'ACCOUCHEMENT**

<b>Lieu d'accouchement</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Structure sanitaire	85	52,46
Domicile	72	44,44
Autres	5	3,08
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

52,46% de nos fistuleuses ont accouché dans une structure sanitaire avec assistance d'une personne qualifiée et 44,44% ont accouché à domicile seule ou avec assistance d'une accoucheuse traditionnelle ou matrone.

Il faut relativiser ces chiffres car beaucoup de parturientes sont suivies à domicile pendant plusieurs jours, avant d'être référées dans les structures sanitaires où elles accouchent.

## **14- LA REPARTITION EN FONCTION DE LA DUREE DU TRAVAIL**

<b>Durée (jours)</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
0	7	4,32
1-2	51	31,49
3-4	73	45,05
5-6	22	13,59
7-8	9	5,55
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

La durée moyenne de travail est de 3,16 jours soit 75 heures environ. Les extrêmes sont 0 jour ( il s'agit des fistules non obstétricales) et 9 jours, le maximum de fréquence correspond à 3 – 4 jours dans 45,05% des cas. Ce résultat traduit la mauvaise surveillance du travail à domicile par les accoucheuses traditionnelles qui gardent les parturientes pendant plusieurs jours et pose le problème d'accessibilité géographique dans les structures sanitaires et les croyances, les us et coutumes qui veulent que l'accouchement se fassent dans la plus grande discrétion.

## **15- REPARTITION EN FONCTION DU MODE D'ACCOUCHEMENT**

<b>Mode d'accouchement</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Voie basse	103	63,58
Césarienne	32	19,75
Forceps	7	4,32
Ventouse	12	7,40
Emblyotomie / Cranioclasie / Symphysiotomie	10	6,17
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

63,58% de nos fistuleuses ont accouché par voie basse, 19,75% ont accouché bénéficié d'une césarienne et 17,89% ont accouché par manœuvre instrumentale.

Le nombre relativement important 36,42% de fistules par manœuvre et chirurgie obstétricale s'explique sans doute par un manque de maîtrise de technique mais surtout par le fait que dans un grand nombre de cas, la césarienne ou la manœuvre sont faites pour sauvetage maternel après la constitution de la fistule.

## **16- L'ETAT DU NOUVEAU NE ISSU DE L'ACCOUCHEMENT**

<b>Etat du nouveau né</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Vivant	11	6,79
Mort né	146	90,12
Absent	7	4,32
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

L'état du nouveau est dominé dans 90,12% des cas par un mort né et seulement 6,79% des cas, l'enfant est vivant. Les mauvaises conditions de l'accouchement et la durée de travail sont à l'origine de cette situation.

## **17- LA REACTION DE LA FAMILLE**

<b>Réaction de la famille</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Acceptation	106	65,43
Divorce	54	33,33
Rejet par la famille et le mari	2	1,24
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

La plupart de nos patientes sont soutenues par le mari et la famille dans 65,43%, le divorce est observé dans 33,33% des cas, le rejet par la famille et le mari dans 1,24% des cas. Le divorce est important chez les malades atteintes depuis plus d'un an et non guéries.

***L'accouchement type de nos patientes survient après un travail à domicile ayant duré 3 – 4 jours et s'étant soldé par l'expulsion ou par l'extraction dans de mauvaises conditions d'un mort né. Généralement, la victime est acceptée par sa famille, mais lorsque la maladie dure plus d'un an, le risque de divorce est grand.***

## **18- REPARTITION EN FONCTION DU TYPE DE FISTULES**

<b>Type de fistule</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
FVV isolée	138	85,19
FRV isolée	5	3,09
FVV + FRV	15	9,26
Déchirure du périnée complète et compliquée	2	1,23
Autres	2	1,23
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Nous avons adopté cette classification selon la localisation anatomique de la fistule pour répondre aux critères du protocole d'étude. Aussi, les FVV isolées sont les plus nombreuses avec 85,19% des cas, suivies de FVV + FRV dans 9,26% des cas et les FRV isolées viennent dans 3,09% des cas.

## **19- LES RESULTATS DU TRAITEMENT**

Les résultats sont exprimés en :

- guérison totale : fistule fermée, patiente continente
- guérison partielle : fistule fermée mais incontinence urinaire majeure ou à l'effort
- échec : fistule non fermée.

Parmi les 162 malades enregistrées 105 ont été traitées correspondant à 130 interventions à l'unité fonctionnelle de prise en charge et à son antenne chirurgicale d'Abéché. Certaines malades ont été opérées deux à trois fois. Nous avons obtenu :

- quatre vingt quatre (84) guérison totale soit 80% ;
- quatorze (14) guérisons partielles soit 13,33% ;
- sept (7) échecs soit 6,66%.

Nous avons dans la guérison totale les cinq (5) fistules recto-vaginales isolées qui sont guéries.

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

Il ressort de notre étude que le profil de la malade fistuleuse au Tchad, est une jeune femme âgée de 17 – 19 ans, primipare, ménagère et analphabète ayant un statut de résidence sédentaire et venant du milieu rural de la région du Ouaddaï.

Les conditions d'accouchement de cette dernière surviennent après un travail à domicile qui a duré 3 – 4 jours, surveillé par une accoucheuse traditionnelle, et qui s'est soldé par l'expulsion ou l'extraction dans de mauvaises conditions d'un mort né. Généralement accepté par la famille, mais lorsque la fistule dure plus d'un an le risque de divorce est grand.

La fistule vésico-vaginale est une forme sévère de morbidité maternelle. C'est un problème de santé publique dont la stratégie de lutte doit tenir compte de toutes ses dimensions socioculturelle, économique, juridique et médicale. Les grands axes de cette stratégie doivent être orientés vers la prévention, le traitement curatif et la réinsertion sociale des fistuleuses guéries et cela de manière concomitante.

### **1- LA PREVENTION**

#### **1.1- Le plaidoyer et la sensibilisation :**

Son objectif est de lever les obstacles socioculturels, faire comprendre à la communauté que c'est une maladie que l'on peut éviter et curable.

- les cibles sont :
  - leaders d'opinion (association de chefs traditionnels, chefs religieux ;
  - décideurs (parlementaires, membres du gouvernement, partenaires au développement, ONG)
  - groupement féminin, association des jeunes et des hommes.
- Technique : c'est la technique de communication pour le changement de comportement ou IEC ;
- Contenu :
  - Mariage précoce
  - Scolarisation des filles
  - Surveillance de la grossesse et de l'accouchement par les personnes qualifiées
  - MGF
- Exécutant :
  - PNSR
  - DIEC
  - Partenaire au développement et ONG.

#### **1.2- La création d'un environnement administratif et juridique favorable :**

- adoption du code de la famille et des personnes
- application de la loi portant promotion de la SR
- le programme de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté doit être orienté vers les femmes et le monde rural ;
- la cellule de la scolarisation des filles du MEN doit être redynamisée pour toucher le milieu rural.

**1.3-** La formation des sages femmes en quantité et en qualité et leur redéploiement dans les hôpitaux des districts ;

**1.4-** La création des structures sanitaires et rendre fonctionnels certains hôpitaux des districts et centres de santé ;

**1.5-** Recyclage des sages femmes en soins obstétricaux d'urgence ;

**1.6-** La formation des accoucheuses traditionnelles et leur intégration dans les structures d'Etat ;

**1.7-** La réfection des réseaux routiers pour faciliter le transport entre les villes et les villages.

## **2- LE TRAITEMENT CURATIF**

- création de deux antennes chirurgicales de prise en charge des fistules en dehors de celle d'Abéché, au Kanem ou au Batha et au Mayo-Kebby ;
- renforcement des capacités techniques et structurelles de l'unité de prise en charge des fistules pour en faire un centre de formation en collaboration avec le Fistula Hospital d'Addis-Abeba ou un autre partenaire ;
- formation des spécialistes de prise en charge des fistules ;
- approvisionnement des hôpitaux de districts en médicaments et en matériels médico-chirurgicaux adaptés à la prise en charge des fistules ;
- élaboration d'un protocole thérapeutique de prise en charge des fistules.

## **3- LA REINSERTION SOCIALE DES FISTULEUSES**

La réinsertion sociale doit permettre aux fistuleuses guéries ou non de vivre dignement plutôt que d'en souffrir dans la honte. Pour cela, il faut des actions concrètes :

- un accompagnement psycho-affectif des malades hospitalisées ;
- développer l'alphabétisation et la formation en puériculture des fistuleuses au cours de leur hospitalisation ;
- favoriser le retour des fistuleuses guéries ou non dans leur ménage ;
- encourager la création d'association d'anciennes fistuleuses ;
- accorder des aides ou micro crédit aux fistuleuses afin de créer des activités génératrices de revenu (AGR).