

République de Côte-d'Ivoire  
Union – Discipline – Travail



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE



*Direction de Coordination du Programme National de la Santé de la  
Reproduction et de la Planification Familiale*

**(DC-PNSR/PF)**

# ETUDE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE SUR LES FISTULES OBSTÉTRICALES EN CÔTE D'IVOIRE



Fonds des Nations Unies  
pour la Population

**Réalisée par :**

KOUYE Pauline  
Dr KABAS Gabriel  
Dr GBANE Mory  
N'DA Constant

**En collaboration avec :**

Rachelle DJANGONE – MIAN  
Constance YAI  
Dr Eliane DOGORE  
Dr ZEREGBE  
Flore GUEU

AVRIL 2006

## LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES UTILISES DANS LE TEXTE

<b>A. SOCIAL</b>	: Assistant Social
<b>BUNAP</b>	: Bureau National de la Population
<b>CSE</b>	: Charge de la Surveillance Épidémiologique
<b>CAT</b>	: Centre Anti Tuberculeux
<b>CHR</b>	: Centre Hospitalier Régional
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier Universitaire
<b>CSU</b>	: Centre de Santé Urbain
<b>CSR</b>	: Centre de Santé Rural
<b>CPN</b>	: Consultations Pré-Natales
<b>CPEV</b>	: Coordonnateur Programme Élargi de Vaccination
<b>DR</b>	: Dispensaire Rural
<b>EI</b>	: Entretien Individuel
<b>ECBU</b>	: Examen Cytobactériologique des Urines
<b>FO</b>	: Fistule Obstétricale
<b>FRV</b>	: Fistule Recto-Vaginale
<b>FRVV</b>	: Fistule Recto-Vésico-Vaginale
<b>FUG</b>	: Fistule Uro-Génitale
<b>FVV</b>	: Fistule Vésico-Vaginale
<b>FGD</b>	: Focus Groupe Dirigé
<b>FSU</b>	: Formation Sanitaire Urbaine
<b>HD</b>	: Hôpital Départemental
<b>HG</b>	: Hôpital Général
<b>IDE</b>	: Infirmier Diplômé d'Etat
<b>IEC/CCC</b>	: Information Education Communication pour le Changement de Comportement
<b>MED</b>	: Médecin
<b>PGP</b>	: Préparateur Gestionnaire en Pharmacie
<b>PMI</b>	: Protection Maternelle Infantile
<b>PNLPS</b>	: Programme National de Lutte contre les Pratiques Traditionnelles Affectant la Santé
<b>PNSR</b>	: Programme National Santé de la Reproduction
<b>SFDE</b>	: Sage Femme Diplômée d'Etat

**SOU** : Service Obstétricaux d'Urgence  
**SSP** : Service de Santé Primaire  
**SSSU** : Service Santé Scolaire et Universitaire  
**PHARM** : Pharmacien  
**T. LABO** : Technicien de Laboratoire  
**T. ASSAIN** : Technicien d'Assainissement  
**UNFPA** : Fonds des Nations Unies pour la Population

## **REMERCIEMENTS**

Au terme de cette étude, l'équipe de recherche remercie toutes les personnes qui ont contribué directement ou indirectement à sa réalisation, en particulier l'unité d'évaluation du projet qui est composée du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), de la Direction de la Coordination du Programme National de la Santé de la Reproduction (DC-PNSR), du Programme National de Lutte contre les Pratiques Néfastes qui affectent la Santé (PNLPS), du Bureau National de la Population (BUNAP), pour leur appui technique et administratif lors de la préparation des activités de collecte de données.

L'équipe remercie également les prestataires de santé en particulier, le Professeur Gnagne, Responsable des urgences de chirurgie, spécialiste en urologie et le personnel de toutes les structures sanitaires visitées dans le cadre de la présente étude et apprécie à sa juste valeur leur bonne collaboration et implication qui ont permis le recueil des données sans difficultés majeures. Elle associe à ces remerciements, les responsables des centres sociaux qui n'ont ménagé aucun effort pour mobiliser les populations enquêtées.

Les remerciements s'adressent enfin aux populations des sites visités dont l'hospitalité, la confiance et la participation active aux discussions sur les différentes thématiques développées ont permis de mener à bien cette étude.

# **TABLE DES MATIÈRES**

<b>LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES.....</b>	<b>6</b>
<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>11</b>
<b>I) OBJECTIFS .....</b>	<b>12</b>
<b>II) MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>12</b>
II.1) RECHERCHE DOCUMENTAIRE .....	13
II.2) COLLECTE DES DONNÉES QUANTITATIVES .....	13
II.3) COLLECTE DES DONNÉES QUALITATIVES.....	14
II.4) EQUIPE DE RECHERCHE .....	15
II.5) DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNÉES .....	15
II.6) EXPLOITATION ET ANALYSE DES DONNÉES .....	16
II.7) DIFFICULTÉS RENCONTRÉES.....	16
<b>III.) PRESENTATION DES RESULTATS.....</b>	<b>17</b>
III.2) STATISTIQUES SUR LES FISTULES OBSTÉTRICALES .....	18
III.2.1) <i>Fréquence des fistules obstétricales.....</i>	<i>18</i>
III.2.2) <i>Caractéristiques socio-démographiques des femmes porteuses de fistules obstétricales .....</i>	<i>18</i>
III.2.3) <i>Types de fistules obstétricales .....</i>	<i>20</i>
III.3) CONNAISSANCE, OPINIONS/PERCEPTIONS DES FISTULES OBSTÉTRICALES ET ATTITUDES VIS-À-VIS DES FEMMES VICTIMES.....	22
III.3.1) <i>Connaissance des fistules obstétricales .....</i>	<i>22</i>
III.3.2) <i>Opinions/Perceptions et attitudes des populations vis-à-vis des fistules obstétricales .....</i>	<i>23</i>
III.4) CONDITIONS DE SURVENUE DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE ET RECOURS THÉRAPEUTIQUE.....	25
III.4.1) <i>Condition de survenue de la fistule obstétricale .....</i>	<i>25</i>
III.5) CONSÉQUENCES DES FISTULES OBSTÉTRICALES SUR LES FEMMES PORTEUSES DE FISTULES.....	28
III.6) PRISE EN CHARGE DES FEMMES PORTEUSES DE FISTULES OBSTÉTRICALES .....	29
III.6.2) <i>Prise en charge des fistules obstétricales au niveau du système sanitaire.....</i>	<i>29</i>
III.6.3) <i>Prise en charge des fistules obstétricales au niveau communautaire .....</i>	<i>30</i>
III.6.4) <i>Différentes étapes de la prise en charge des fistules obstétricales .....</i>	<i>31</i>
III.7) STRUCTURES ET RESSOURCES.....	32
III.7.1) <i>Structures et ressources humaines .....</i>	<i>32</i>
III.8) STRATEGIES D' ACTIONS POUR UNE INTERVENTION EN DIRECTION DES FEMMESPORTEUSES DE FISTULES OBSTETRICALES .....	33
III.8.1) <i>Actions prioritaires à mettre en œuvre pour une prise en charge efficace et une prévention des fistules obstétricales à divers niveaux d'intervention.....</i>	<i>37</i>
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>41</b>

## **LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES**

Tableau n°1: Répartition des femmes porteuses de fistules obstétricales selon leurs caractéristiques socio-démographiques et les structures sanitaires visitées.....	19
Graphique n°1 : Répartition des fistules obstétricales selon l'âge.....	20
Graphique n°2 : Répartition des fistules obstétricales selon l'âge et les districts sanitaires visités.....	20
Tableau n°2 : Répartition des fistules obstétricales selon leurs types .....	21
Graphique n°3 : Répartition des différents types de fistules obstétricales selon les structures sanitaires visitées .....	21

# RÉSUMÉ

## PROBLÉMATIQUE

Selon le rapport sur l'Etat de la Population 2006, le taux de mortalité maternelle pour la Côte d'Ivoire, est estimée à 690 décès pour 100 000 naissances vivantes. Parmi les facteurs favorisant ce niveau élevé de mortalité maternelle enregistré, on peut inclure le nombre élevé d'enfants par femme, les naissances rapprochées et surtout les accouchements sans assistance médicale. Or l'enquête démographique et de santé, réalisée en Côte d'Ivoire en 1998, a montré que durant les cinq dernières années, seuls 47% des naissances sont survenues dans les établissements sanitaires, bien que 84% des femmes aient effectué des consultations prénatales avec du personnel formé. L'une des conséquences dramatiques des accouchements non assistés est l'apparition de fistules obstétricales qui sont des lésions qui surviennent en général après un travail d'accouchement difficile, prolongé et en dehors de toute assistance médicale. La femme porteuse de fistule est toujours mouillée et dégage en permanence une odeur d'urine ou de matières fécales. Ce désagrément est vécu comme un drame amenant les femmes porteuses de fistules obstétricales de vivre à l'écart de la vie sociale.

Selon l'OMS, pour une femme qui décède au cours de l'accouchement, 30 autres sont handicapées. La fistule obstétricale est un des handicaps les plus débilisant. En ce qui concerne, la Côte d'Ivoire, la crise que traverse ce pays, depuis septembre 2002, a entraîné un dysfonctionnement des structures sanitaires portant sur le manque de personnel qualifié, la fermeture des établissements sanitaires dans les zones sous contrôle des Forces Nouvelles et une demande plus importante des services de santé dans la zone gouvernementale.

Face à cette situation, le gouvernement de Côte d'Ivoire avec l'appui de l'UNFPA a initié une série d'activités préparatoires à la mise en œuvre d'un programme de lutte contre les fistules obstétricales. La présente étude s'inscrit dans le cadre général de la lutte contre la mortalité maternelle en Côte d'Ivoire et en particulier, celle due aux fistules obstétricales.

## OBJECTIFS DE L'ETUDE

Fournir au gouvernement ivoirien et ses partenaires des informations pertinentes et nécessaires pour une meilleure définition des activités de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales en Côte d'Ivoire.

## MÉTHODOLOGIE

**Type :** Une étude épidémiologique et socio-anthropologique des fistules obstétricales comportant trois volets que sont : la recherche documentaire, le volet quantitatif et le volet qualitatif. Aussi, Des thèses de doctorat en médecine et registres de santé ont été compilés et des interviews individuelles et des discussions de groupe en été menées.

**Lieu :** Elle a été réalisée dans les districts sanitaires d'Abidjan, de Bouaké, de Duékoué, de Guiglo et d'Abengourou.

**Population cible :** L'étude a été réalisée auprès des hommes et des femmes, des leaders communautaires, des prestataires de santé, des tradi-praticiens, des ex-exciseuses, des accoucheuses traditionnelles et des femmes porteuses de fistule.

**Période** : La collecte des données sur les fistules obstétricales s'est déroulée du 08 au 22 janvier 2006 et a porté sur la période allant de 1995 à 2005.

## RESULTATS

Le dépouillement des registres de santé a permis de recenser 209 cas de fistules obstétricales enregistrés au cours de la période allant de 1995 à 2005. 74.2% des cas (155) ont été recensés au seul CHU de Treichville qui s'avère être le centre de référence du pays. Il n'a pas de bloc opératoire spécifique réservé aux fistules et possède une salle d'hospitalisation à trois lits pour la prise en charge des fistules. Un total de 31 individus ont été enquêtés lors de la collecte des données qualitatives. L'analyse des données montrent d'une part que la prévalence des fistules obstétricales est difficile à estimer en Côte d'Ivoire à cause non seulement du caractère tabou de la maladie et des problèmes d'accessibilité des femmes porteuses de fistules obstétricales aux rares centres de référence situés dans la capitale, du coût élevé d'une cure chirurgie qui s'élève entre 300 000 et 540 000 Francs CFA, mais aussi du niveau encore élevé des accouchements à domicile. Parmi les principaux types de fistules obstétricales, les fistules vésico-vaginales sont de loin la forme anatomique la plus fréquente dans une proportion de 91.4%. De l'ensemble des femmes porteuses de fistules obstétricales recensées, 67% n'exercent aucune activité rémunérée ou génératrice de revenus et se répartissent selon la profession comme suite : ménagères (63%), élèves (2%) et des femmes sans profession (2%). Les femmes du groupe d'âge des moins de 20 ans et des 20-29 ans représentent respectivement 15% et 40% de l'ensemble des femmes porteuses de fistules obstétricales.

L'exploration de la connaissance, opinion et perceptions sur les fistules obstétricales et attitudes vis avis des femmes porteuses de fistules a révélé un faible niveau de connaissance des fistules obstétricales chez les populations contrairement à celui relevé chez les professionnels de la santé. La quasi-totalité des participants aux discussions de groupe et entretiens individuels en ont des opinions défavorables et une perception négative qui réside dans le fait que cette pathologie est très invalidante et pour eux équivalait à la mort. C'est une sale et honteuse maladie qui est plus grave que le SIDA. La plupart des informateurs affirment qu'ils adopteraient une attitude de rejet et de stigmatisation à l'égard des femmes porteuses de fistules obstétricales parce qu'elles sont sales et répugnantes. Par ailleurs, cette attitude de rejet se justifierait par la peur d'être contaminé par une maladie dont on ignore totalement les causes et les moyens de prévention. En revanche, une frange relativement importante d'informateurs, estime que pour des convictions religieuses, elle aurait compassion et porterait secours à ces femmes. Enfin, la dernière catégorie est composée d'informateurs qui éprouveraient des sentiments de résignation pour prendre en charge leur enfant ou parent atteint de fistules obstétricales étant donné qu'ils n'ont aucune autre alternative.

## LECONS APPRISES

- *Opinions mitigées sur la relation entre les Mutilations Génitales Féminines (excision) et les fistules obstétricales*

Les avis des informateurs sont partagés sur la relation entre la survenue des fistules obstétricales et l'excision.

- *Recours thérapeutique basé sur la croyance et le pouvoir d'achat des populations*

A l'instar des populations, les femmes porteuses de fistules obstétricales adoptent un comportement ambivalent en matière de recours thérapeutique, lié aux croyances et à la conjoncture économique. Elles vont d'abord chez les tradi-praticiens pour certains types de

maladies jugées surnaturelles, comme les fistules obstétricales avant de s'orienter en cas d'insatisfaction ou d'échec total vers la médecine moderne. En outre, eu égard à la crise, ces femmes tentent d'abord de se soigner par les plantes qu'ils estiment relativement moins chères.

- *Nombreuses conséquences dramatiques au niveau socio-économique et de la santé*

La fistule obstétricale a des conséquences dramatiques à court comme à long terme sur la santé de la victime car, elle bouleverse ou met en mal toute sa vie sociale. Les porteuses de fistules obstétricales sont moralement et physiquement diminuées. Elles font l'objet de stigmatisation/discrimination dans leur milieu social. Ces femmes vivent une très grande souffrance morale caractérisée par un faible ou un manque total d'estime de soi. Les conséquences de la fistule obstétricale au plan économique se résument entre autres à l'incapacité pour celle qui en est porteuse de travailler et aux lourdes charges financières que nécessitent les soins administrés.

- *Faible possibilité de prise en charge des fistules obstétricales dans les structures sanitaires et au sein de la communauté*

Le système sanitaire ivoirien ne dispose pratiquement pas de dispositif formel de prise en charge des fistules obstétricales surtout dans les districts sanitaires de l'intérieur du pays. En outre, aucune forme d'organisation communautaire n'existe pour leur venir en aide. La prise en charge psychosociale et financière de la communauté reste souvent limitée et constitue une réelle difficulté pour les porteuses de fistules en l'absence de prise en charge étatique.

- *Documentation presque inexistante sur les fistules obstétricales*

Les femmes porteuses de fistules sont reçues mais non enregistrées dans les registres de santé le plus souvent. Les cas de fistules documentés ne le sont pas suffisants. Les praticiens semblent ne pas accorder de l'importance à l'archivage.

- *Absence de partenaires intervenant dans la lutte contre les fistules*

En dehors du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), cette étude n'a pas identifié d'autres partenaires au développement qui interviennent dans la lutte contre les fistules obstétricales.

- *Besoin de formation du personnel de santé pour la prise en charge des fistules*

Il n'y a pas suffisamment de spécialistes en réparation des fistules obstétricales. Les prestataires de santé interviewés ont exprimé un besoin en formation en matière de prise en charge des fistules obstétricales, notamment une formation en urologie.

## **RECOMMANDATIONS**

A l'issue de cette étude, treize (13) recommandations suivantes ont été faites à savoir :

1. Organiser des campagnes de sensibilisation mass média dans le cadre de la lutte contre les fistules obstétricales;
2. Faire une sensibilisation de proximité sur toute l'étendue du territoire national ;
3. Former les prestataires de santé et les accoucheuses traditionnelles en vue d'améliorer la prise en charge des fistules obstétricales ;
4. Assurer le suivi médical correct des femmes enceinte et éliminer certaines pratiques sociales néfastes pour prévenir la survenue des fistules obstétricales ;
5. Renforcer le plateau technique existant au niveau régionale par la mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et la formation des prestataires à la prise en charge des fistules ;

6. Renforcer le service d'hospitalisation et de prise en charge des fistules obstétricales du CHU de Treichville afin d'en faire un Centre de référence national;
7. Mettre en place un système d'archivage fonctionnel au niveau du CHU de Treichville et des structures sanitaires de références au niveau régional ;
8. Organiser à l'image de ce qui se fait localement dans le domaine du VIH/SIDA, des actions de prise en charge médicale des fistules obstétricales. Les cas de fistules documentés ne le sont pas suffisants du fait que les praticiens semblent ne pas accorder de l'importance à l'archivage ;
9. Impliquer l'homme dans la sensibilisation et la promotion du changement du comportement pour accroître son sens de la responsabilité dans le domaine de santé de la reproduction qui est une affaire de couple et leur participation à la gestion des problèmes posés par les fistules obstétricales ;
10. Encourager dans le cadre de la lutte contre les fistules obstétricales et en l'absence d'un dispositif formel de prise en charge dans les structures sanitaires, les femmes porteuses de fistules à se confier à leurs conjoints au lieu de chercher à camoufler leur maladie ;
11. Poursuivre les efforts en matière de scolarisation des jeunes filles, qui leur donneront un niveau d'éducation leur permettant d'accéder à des emplois pour réduire leur dépendance économique vis-à-vis de leurs futurs conjoints ;
12. Améliorer le statut de la femme et les conditions de vie des populations, car une l'instruction qui va rendre la femme capable de mieux se prendre en charge, d'accéder à l'information et d'adopter des comportements responsables pour prévenir les risques liés à la procréation ;
13. Mettre en place un dispositif de suivi psychologique et de réinsertion socioéconomique des femmes guéries dans leurs communautés pour reprendre le cours de la vie normale dans la dignité.

## Introduction

La mortalité maternelle constitue aujourd'hui un véritable problème de santé publique, surtout dans les pays en développement où l'on enregistre plus de 98 % des décès maternels dans le monde. L'Afrique constitue le continent le plus touché par le phénomène avec plus de 230 000 femmes décédées en 2000 pendant la grossesse ou des suites d'un accouchement sur un nombre total de 600 000 décès enregistrés dans le monde (OMS/Afrique, 2000).

Pour sa part, la Côte d'Ivoire, enregistre un taux de mortalité maternelle qui oscille entre 597 et 690 décès pour 100 000 naissances vivantes. Les données issues de la situation de crise que traverse le pays montrent que ce niveau s'est encore accrue. Plusieurs facteurs pourraient expliquer le niveau important de mortalité maternelle enregistré en Côte d'Ivoire, notamment le nombre important d'enfants par femme, les naissances rapprochées, mais surtout les accouchements sans assistance médicale dont l'une des conséquences dramatiques est l'apparition de fistules obstétricales. Selon l'OMS, pour une femme qui décède au cours de l'accouchement, 30 autres sont handicapées. La fistule obstétricale est un des handicaps les plus débilitant.

La fistule obstétricale est une communication anormale entre les voies génitales et urinaires (et/ou digestives), c'est à dire entre la vessie et le vagin et/ou entre le rectum et le vagin. Elle apparaît dans la première semaine du post-partum d'un accouchement dystocique et se manifeste par un écoulement permanent des urines et/ou des selles par la cavité vaginale. En effet, cette lésion survient en général après un travail d'accouchement difficile, prolongé et en dehors de toute assistance médicale. Il en existe trois principaux types que sont les fistules vésico-vaginales, les fistules recto vaginales et les fistules vésico-recto-vaginales. Les fistules les plus couramment rencontrées sont les fistules vésico-vaginales qui consistent en une brèche par laquelle les urines s'écoulent en permanence vers le vagin, sans possibilité de contrôle. La femme victime d'une telle pathologie est toujours mouillée et subit l'humiliation de dégager en permanence une odeur d'urine ou de matières fécales. Le désagrément ainsi occasionné par les fistules obstétricales met les femmes victimes à l'écart de la vie sociale. Cette maladie est de ce fait vécue comme un drame.

En Côte d'Ivoire, quoique aucun état des lieux n'ait été fait sur l'ampleur de cette pathologie, pour certains éminents professionnels de la santé, la question de fistules obstétricales n'apparaît pas comme une priorité en santé publique du fait de l'existence d'une technique réparatrice des fistules. Pourtant, avec la crise, les rapports des professionnels de santé font état de lésions contractées durant l'accouchement par une proportion importante de femmes à l'accouchement. La plus grave de ces lésions est l'endommagement des tissus pelviens mous de la femme faisant apparaître un trou ou fistule, dans la vessie et/ou le rectum et qui est souvent à la base d'une infirmité aiguës ou chronique chez celles qui en sont porteuses.

En outre, malgré les résultats positifs enregistrés depuis l'indépendance du pays dans les secteurs sociaux du développement, les performances de la Côte d'Ivoire sont restées toutefois limitées. La crise économique dont les effets sont ressentis depuis le milieu des années 80 a eu des répercussions sur les conditions générales de vie et en particulier sur la santé des populations. L'enquête démographique et de santé, réalisée en 1998, montre que durant les cinq dernières années, seuls 47% des naissances sont survenues dans les établissements sanitaires, bien que 84% des femmes aient effectué des consultations prénatales avec du personnel formé. La crise que traverse le pays depuis septembre 2002, a entraîné une dégradation encore plus importante des indicateurs de santé. En effet, cette crise a entraîné le dysfonctionnement des structures sanitaires, notamment, le manque de personnel qualifié, la fermeture des

établissements sanitaires dans les zones sous contrôle des Forces Nouvelles et par conséquent, la demande plus importante des services de santé dans les zones non occupées. Les indicateurs précédemment évoqués, ajouté à la précocité des maternités, laissent bien croire en l'existence de fistules obstétricales en Côte d'Ivoire. En outre, seulement un petit nombre de spécialistes sont compétents dans la réparation précoces et tardives des ces fistules lorsqu'elles sont décelées et les structures sanitaires ne sont pas fonctionnelles dans près de la moitié du pays depuis 2002.

Face à cette situation, le gouvernement de Côte d'Ivoire avec l'appui de l'UNFPA a initié une série d'activités préparatoires à la mise en oeuvre d'un programme de lutte contre les fistules obstétricales. La présente étude s'inscrit dans le cadre général de la lutte contre la mortalité maternelle en Côte d'Ivoire et en particulier, celle due aux fistules obstétricales. La mise en place d'un tel programme nécessite non seulement la connaissance de l'ampleur de la pathologie, mais également ses manifestations socio-anthropologiques.

## **I) OBJECTIFS**

L'objectif général de l'étude est de fournir au gouvernement ivoirien et ses partenaires des informations pertinentes et nécessaires pour une meilleure définition des activités de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales en Côte d'Ivoire. Il s'agit notamment, de mettre en exergue les manifestations épidémiologiques et socio-anthropologiques qui peuvent favoriser la survenue des fistules obstétricales ou leur être associées. Plus spécifiquement, l'étude vise à :

- Faire une analyse documentaire sur la prise en charge des fistules ;
- Collecter des informations quantitatives sur les fistules obstétricales dans les structures sanitaires ;
- Recenser le matériel/équipement médical et para médical disponible et identifier les besoins en matériel/équipement pour une meilleure prise en charge.
- Déterminer le niveau de connaissance, les perceptions et attitudes des populations (hommes et des femmes) face aux fistules obstétricales ;
- Connaître les opinions et les perceptions des professionnels de la santé, des exciseuses et des accoucheuses traditionnelles sur les fistules obstétricales ;
- Avoir des informations relatives aux conditions de survenue des fistules obstétricales, leurs conséquences sur les femmes porteuses de fistules et la perception de leur entourage ;
- Faire ressortir le rôle de la famille et de la société dans la prise en charge des femmes fistuleuses.

## **II) MÉTHODOLOGIE**

L'étude épidémiologique et socio-anthropologique des fistules obstétricales comporte trois volets que sont : la recherche documentaire, le volet quantitatif et le volet qualitatif. Elle a été réalisée dans les districts sanitaires d'Abidjan, de Bouaké, de Duékoué, de Guiglo et d'Abengourou, auprès des populations et prestataires de santé. La méthodologie utilisée dans chacun de ces volets se résume comme suit :

## **II.1) Recherche documentaire**

La méthodologie utilisée pour réaliser la revue de la littérature repose sur une importante recherche bibliographique des travaux réalisés sur les fistules obstétricales en Côte d'Ivoire. L'élaboration de cette revue de la littérature se base essentiellement sur une recherche de documents provenant de différentes bibliothèques universitaires et spécialisées, sur les questions de fistules obstétricales. En effet, les différentes études de thèse de médecine réalisées à partir des données issues des services de chirurgie, d'urologie et de gynéco-obstétricales des CHR, des Hôpitaux Généraux, des CHU ainsi que les mémoires de CES, sur les fistules obstétricales ont été utilisés.

Par ailleurs, une analyse documentaire a été effectuée sur les documents relatifs à la mortalité maternelle. Du fait de la faiblesse des données existantes, il convient de souligner l'utilisation de l'Internet pour accéder à des publications existantes sur le sujet.

## **II.2) Collecte des données quantitatives**

La collecte de données quantitatives sur les fistules obstétricales a eu lieu dans les districts sanitaires précédemment mentionnés. A cet effet, un médecin, spécialiste en épidémiologie a procédé au dépouillement des registres de santé dans ces districts sanitaires à l'aide d'une fiche de dépouillement préalablement élaborée. Les informations contenues dans cette fiche se répartissent en trois parties. La première a trait aux caractéristiques socio-démographiques des femmes porteuses de fistules obstétricales à savoir l'âge, le niveau d'instruction, la région de provenance, la profession, la taille et la parité. Cette dernière variable vise à savoir si la femme est à sa première grosse (primipare) ou si elle a déjà eu plusieurs enfants (multipare). La deuxième partie est consacrée à l'histoire de la fistule et aux caractéristiques cliniques. Cette partie aborde les causes de la fistule, l'état de l'enfant causal, la durée du travail, le mode d'accouchement, le délai entre l'accouchement causal et la première consultation au centre de santé, le type de miction, l'existence de la vie sexuelle, le type de fistule, la modalité de perte, la quantité de perte, la fréquence, la lésion associée et l'excision. La troisième partie présente les aspects relatifs au traitement de la fistule notamment, le délai entre la fistule et le traitement, le nombre d'intervention chirurgicale, la durée (en jours) d'hospitalisation, le type d'intervention, le résultat du traitement, les intervenants dans la prise en charge, le coût de l'intervention.

Par ailleurs, des entretiens informels ont aussi eu lieu avec les gestionnaires des districts sanitaires que sont les Directeurs Départementaux (DD) ou Régionaux (DR) de la santé et les Directeurs des Hôpitaux en vue de recueillir des informations complémentaires sur la question des fistules ou celles relatives à l'état du matériel/équipements et aux ressources humaines.

Il convient de mentionner ici, que les difficultés rencontrées au cours de l'enquête, notamment l'absence de certains registres, leur mauvais archivage et l'insuffisance des informations qu'ils contiennent ont parfois empêché le bon déroulement de la collecte.

**Tableau n°1 : Répartition des structures sanitaires visitées selon les districts sanitaires retenus pour l'étude**

<b>Districts sanitaires retenus pour l'étude</b>	<b>Structures sanitaires visitées</b>
<b>Abengourou</b>	CHR
<b>Abidjan</b>	CHU Cocody
	CHU Treichville
	HG Abobo
	FSU Abobo
<b>Bouaké</b>	CHR
<b>Duékoué</b>	HG
<b>Guiglo</b>	CHR

### **II.3) Collecte des données qualitatives**

Deux techniques qualitatives ont été utilisées à cet effet : les discussions de groupes et les entretiens individuels.

Les Focus Groups Dirigés (FGD) se sont déroulés au sein de la population urbaine dans les districts sanitaires précédemment mentionnés. Les critères utilisés pour la formation des groupes sont le sexe et la catégorie socioprofessionnelle. Au total, 10 FGD ont été réalisés dont 6 avec les femmes et 4 avec les hommes selon les critères sus-mentionnés. Il convient de souligner que parmi les 6 FGD de femmes, 1 a eu lieu exclusivement avec les accoucheuses traditionnelles. Les groupes de discussion organisés au sein de la communauté avec les hommes et les femmes ont été constitués avec l'aide des leaders communautaires (chefs de quartiers, leaders religieux, responsables des associations de jeunes, etc.) et des responsables des centres sociaux.

Des entretiens individuels (EI) ont été conduits auprès de 13 prestataires de santé (2 urologue, 2 chirurgiens, 3 gynécologues, 1 médecin généraliste et 5 sages-femmes) parmi lesquels figure le Professeur Gnagne, Responsable des urgences de chirurgie du CHU de Treichville, spécialiste en urologie. A la demande de Dr DOGORE Eliane de l'UNFPA, celui-ci a bien voulu apporter sa contribution à la présente étude en retraçant avec clarté, l'historique des fistules obstétricales en Côte d'Ivoire. A l'intérieur du pays, l'équipe de recherche a bénéficié de l'appui de l'ONG internationale Médecins Sans Frontière (MSF) et des Directeurs Régionaux (DR) de la santé pour la collecte des données. Les directeurs des hôpitaux, des départements concernés par l'étude ont été aussi identifiés et mis à contribution pour faciliter la collecte des données auprès de ces professionnels de la santé. Des entretiens individuels ont également eu lieu avec 3 accoucheuses traditionnelles, 3 ex-exciseuses, 1 tradipraticienne et 1 agent de mobilisation communautaire. Ces personnes ont aussi été identifiées avec l'appui des leaders communautaires (chefs de quartiers, leaders religieux, responsables des associations de jeunes, etc.) et des responsables des centres sociaux. La seule fistuleuse enquêtée a été identifiée au CHR de Guiglo avec l'aide des prestataires de santé.

Les discussions se sont déroulées dans un espace aménagé à cet effet, dans les quartiers, au centre social, en veillant à assurer un cadre convivial aux enquêtés. Cette approche dont l'avantage est de permettre à ceux-ci d'être interviewés dans un lieu où ils se sentent le plus à l'aise a permis de créer un climat de confiance et de maximiser les chances qu'ils acceptent de se soumettre aux entretiens.

Pour la conduite des focus group et des entretiens individuels, un guide de discussion et un canevas d'entretien ont été élaborés par les deux consultants sociologues chargés de la réalisation de l'étude qualitative, pour servir d'instruments de collecte de l'information. Les thématiques développées dans ces outils sont présentées dans le tableau ci-dessous :

**Tableau n°2 : Axes thématiques des discussions de groupes et entretiens individuels**

<b>Axes Thématiques</b>	<b>FGD</b>	<b>EI</b>
Connaissances en matière de fistules obstétricales	X	X
Opinions/perceptions et attitudes vis- à vis des fistules obstétricales	X	X
Conditions de survenue de la fistule obstétricale et gestion de la maladie	X	X
Conséquences des fistules obstétricales sur les femmes victimes et perceptions de leur entourage	X	X
Prise en charge des femmes porteuses de fistules obstétricales	X	X
Stratégies d'actions pour une intervention en direction des femmes porteuses de fistules obstétricales	X	X

#### **II.4) Equipe de recherche**

L'équipe chargée de l'étude est composée de quatre chercheurs dont deux (2) sociologues (une femme et un homme), d'un (1) médecin épidémiologiste et d'un (1) médecin urologue. L'épidémiologiste et l'urologue ont respectivement à charge le volet quantitatif et la revue documentaire de l'étude. En revanche, le volet qualitatif de cette étude a été confié aux deux sociologues. Les discussions de groupe ont été conduites par ceux-ci. La consultante-sociologue a animé les groupes de femmes et le consultant-sociologue, ceux des hommes. Les entretiens individuels approfondis ont été menés par les deux chercheurs sociologues indifféremment, sans distinguer le sexe à l'exception de la fistuleuse que la consultante a tenu à enquêter elle-même afin d'éviter des biais. Une des contraintes dans l'organisation des focus group a été l'absence d'observateurs dont le rôle consiste à prendre des notes et à recueillir les réponses des enquêtés lors des séances de discussion. Ce qui a rendu difficile la tâche des consultants qui ont dû jouer à la fois le rôle d'observateur et d'animateur qui consiste de à poser les questions et à organiser la prise de parole par les participants. Cette difficulté a joué quelque peu sur le temps d'administration du questionnaire qui s'évalue à 2 heures au lieu d'1 heure 30 minutes.

#### **II.5) Déroulement de la collecte des données**

La collecte des données sur les fistules a eu lieu du 08 au 22 janvier 2006. Elle a consisté en ce qui concerne le volet quantitatif, à dépouiller les registres de santé, à recenser et évaluer les besoins en matériel/équipement médical et paramédical des structures visitées. La collecte des données qualitatives a quant à elle commencé par l'administration du guide de discussion aux hommes et femmes dans la communauté et du guide d'entretien aux prestataires de santé, exciseuses et accoucheuses traditionnelles. Avant de rentrer dans le vif du sujet, l'animateur (consultant) prenait toujours le soin de préciser aux participants ou informateurs, l'importance de cette recherche dans la mise en œuvre d'un programme de lutte contre les fistules obstétricales en Côte d'Ivoire. Les personnes qui ont participé aux discussions de groupe et aux entretiens individuels ont donné leur accord après avoir été instruites sur les buts et objectifs de

l'étude, les thèmes de la discussion et sur les conditions de déroulement notamment, la date, l'heure, le lieu, la durée de l'entretien et son enregistrement au magnétophone.

Il convient également de mentionner le fait que dans l'ensemble, cette étude a eu l'adhésion des informateurs qui n'ont pas manqué d'exprimer leur satisfaction et leur joie d'y participer. Ils ont trouvé les différentes thématiques très intéressantes et instructives. Une atmosphère conviviale a régné au sein des groupes de discussion et lors des entretiens.

## **II.6) Exploitation et analyse des données**

Après l'opération de collecte des données sur le terrain, les consultants chargés de la recherche documentaire et du volet quantitatif de la présente étude ont procédé à l'analyse descriptive des informations recueillies. En ce qui concerne le volet qualitatif, la retranscription et la saisie des FGD ont été assurées par les consultants sociologues. L'exploitation des données qualitatives s'est faite sous forme d'une analyse de contenu du discours livré par les informateurs lors des entretiens individuels approfondis et de groupes selon la méthode suivante : Extraction, pour chaque thème, des messages clés tels qu'exprimés par les informateurs ; hiérarchisation de ces messages en fonction de leur fréquence d'apparition dans chacun des groupes et dans l'ensemble ; comparaison entre les groupes de façon à dégager les différences et les convergences ; illustration des messages clés par un verbatim qui reflète la perception exprimée par les enquêtés. L'analyse a été réalisée entretien par entretien. Il s'est agi de rendre compte pour chaque entretien de la logique du monde référentiel décrit par rapport aux objectifs et aux hypothèses de travail.

## **II.7) Difficultés rencontrées**

La réalisation de ce travail de recherche a rencontré des difficultés notamment, au niveau de l'identification des femmes porteuses de fistules obstétricales pour des entretiens individuels approfondis. Eu égard à la complexité de la pathologie qui est considérée comme une maladie de la honte, deux méthodes d'identification ont été adoptées.

La première consiste à s'adjoindre le concours des prestataires de santé pour identifier les fistuleuses internées dans les districts sanitaires et/ou celles déjà traitées. Cette première option qui a le mérite de certifier du cas de fistules obstétricales a aidé à identifier et interroger une fistuleuse au CHR de Guiglo. Au CHU de Cocody, une autre fistuleuse en attente d'opération a été identifiée. Toutefois, le temps relativement court réservé à la collecte des données et l'indisponibilité de la patiente stressée par l'attente de l'opération n'ont pas permis de mener l'interview. Dans les districts sanitaires de l'intérieur du pays, l'absence d'informations sur les femmes porteuses de fistules obstétricales venues en consultation (les registres de santé ne sont pas suffisamment renseignés) n'ont pas permis de les retrouver.

La deuxième démarche est relative à l'identification des fistuleuses avec le concours des leaders communautaires. L'exploration de cette option n'a pas permis d'en identifier et d'en interroger. En effet, la connaissance approximative de la maladie largement soulignée dans les entretiens de groupe ne permet pas à la communauté d'aider à identifier avec certitude les cas de fistules. En outre, la plupart des leaders communautaires affirment que la fistule étant qualifiée de "maladie de la honte", les femmes supposées avoir cette maladie auraient disparues dans la nature ou seraient décédées par manque de soins. Ce faisant, l'approche anthropologique qui exige un

séjour prolongé du chercheur dans la communauté s'avère la meilleure stratégie dans ces cas de méfiance. Cette perspective n'était pas envisageable compte tenu du temps relativement court. En outre, en raison des restrictions sécuritaires liées au contexte de crise, il n'était pas possible d'aller hors des chef-lieux de département. Toutefois, il est important de savoir que la seule fistuleuse de Guiglo est une informatrice-clée. Elle a fourni des informations pertinentes et de qualité qui permettent d'appréhender les fistules obstétricales.

### **III.) PRESENTATION DES RESULTATS**

#### **III.1) Historique de la pathologie fistuleuse en Côte d'Ivoire**

Selon le Professeur Gnagne, Responsable des urgences de chirurgie au CHU de Cocody, spécialiste en urologie, la Côte d'Ivoire a connu trois étapes importante en ce qui concerne la pathologie fistuleuse :

**La première**, caractérisée par l'Interrogation sur la prise en charge des malades porteuses de fistules se situe dans les années 1970. A cette époque, les cas de Fistules Obstétricales de type tropical grave et délabrant étaient plus fréquents au CHU de Cocody. Il se posait donc le problème de l'approche thérapeutique à utiliser pour leur prise en charge étant donné qu'aucune technique ne permettait de les réparer efficacement.

**La seconde** est quant à elle, marquée par la Recherche expérimentale à partir des principes du traitement des Fistules Obstétricales à l'effet de trouver des moyens permettant de venir à bout de cette pathologie. Plusieurs techniques ont été à cet effet expérimentées avec l'utilisation du muscle gracile et du muscle grand droit comme patchs. Face aux nombreux cas d'hospitalisations dus aux fistules obstétricales, il était nécessaire voire urgent de disposer de deux salles pour leur prise en charge. Les patientes étaient reçues par cycle et il y avait une liste d'attente. Ce nombre élevé de cas de fistules Obstétricales s'expliquerait entre autres, par l'insuffisance de spécialistes en gynécologie et l'utilisation personnes non qualifiées telles que les « matrones » pour la prise en charge des accouchements.

**La troisième** étape qui s'étend de 1985 à 2000, se caractérise par la Réduction des cas de Fistules Obstétricales grâce au Développement d'une nouvelle technique, à la prévention par le Consultation Pré-Natale (CPN) et au recours à la césarienne. En effet, les cas qui venaient ne présentaient pas des lésions importantes et étaient parfois d'origine Iatrogène (dus à la chirurgie obstétricale), peu importante et donc facile à réparer.

**La quatrième et dernière étape** est marquée par le Retour de cas graves, imputables à la précarité des conditions de vie des populations en pleine crise de guerre et à l'insuffisance et/ou l'absence de couverture sanitaire. La plupart des victimes de Fistules Obstétricales viennent des zones sous contrôle des Forces Nouvelles. Ce sont des jeunes filles dont l'âge varie entre 14 et 20 ans et issues de milieux ou de familles démunies ne pouvant faire face au frais de prise en charge de cette pathologie.

## **III.2) Statistiques sur les fistules obstétricales**

### **III.2.1) Fréquence des fistules obstétricales**

La prévalence des fistules obstétricales varie et reste difficile à établir au sein de la population générale car, il s'agit d'une affection à caractère tabou qui touche des personnes dont les revenus très modestes n'autorisent pas l'accès à des centres de référence. Des médecins exerçant dans des formations rurales, signalent plusieurs cas de malades qui refusent d'être référés à Abidjan pour leur prise en charge. Le niveau encore élevé d'accouchement à domicile ne favorise pas un meilleur repérage des personnes atteintes de la fistule. Ainsi, nombreuses sont celles qui continuent les soins traditionnels, échappant ainsi aux enquêtes statistiques. Certaines études, surtout des thèses de médecine, ont abordé le sujet, mettant ainsi en exergue l'existence de cette maladie en Côte d'Ivoire. Une étude réalisée par Akuda (1998-2000) montre que 2% de FUG sont enregistrés dans les consultations externes du service d'urologie du CHU de Cocody. Une étude similaire effectuée à l'hôpital de Bouaké par Doumbia (1988-1989) situe ce niveau à 7% de toutes les affections féminines et 25% de la totalité des hospitalisations pour affections génito-urinaires.

Le dépouillement des registres de santé dans le cadre de la présente étude a permis de recenser 209 cas de fistules sur la période 1995-2005. La majorité des cas de fistules obstétricales identifiés se rencontre à Abidjan (86%) et singulièrement au CHU de Treichville (74%) et de Cocody (9%) (tableau 1). Ce résultat confirme le fait que la plupart des cas de fistules obstétricales identifiés dans les structures sanitaires à l'intérieur du pays sont référés à Abidjan faute de dispositif de prise en charge adéquat. En outre, l'existence d'un service de prise en charge de cette pathologie au CHU de Treichville expliquerait que cette structure sanitaire ait enregistré les proportions les plus élevées. Le district sanitaire de Guiglo vient en seconde position après Abidjan avec une proportion non négligeable de cas de fistules obstétricales (7%).

### **III.2.2) Caractéristiques socio-démographiques des femmes porteuses de fistules obstétricales**

Les femmes porteuses de fistules obstétricales du fait de leur handicap ne peuvent plus prendre part aux activités socio-économiques du groupe. En effet, l'analyse des données selon la profession met bien en exergue ce fait car, 68% des femmes victimes n'exercent pas une profession rémunérée. Ce sont pour la plupart des ménagères (63%) et dans une moindre mesure des élèves (2%) et des femmes sans profession (2%). Seulement 11% de ces femmes exercent une activité rémunérée ou génératrice de revenu. Toutefois, il convient de mentionner que de nombreux cas de fistules ne sont pas notifiés, ce qui pourrait constituer un handicap à une bonne appréciation et une meilleure prise en charge de cette pathologie. L'écart entre le coût de la prise en charge médicale de la fistule et les revenus du ménage apparaît si élevée que la femme se retrouve abandonnée avec « sa maladie » et encore plus indigente que jamais.

Les fistules obstétricales frappent les personnes jeunes qui de ce fait sont privées de toutes capacités de procréation et de production. Comme on pouvait s'y attendre, la survenue des fistules obstétricales est importante aux âges de forte fécondité. L'analyse des données selon l'âge montre que 40% et 22% des cas de fistules sont survenues chez les femmes âgées respectivement de 20-29 ans et de 30-39 ans contre seulement 11% et 6% respectivement chez celles de 40-49 ans et de 50 ans et plus. Toutefois, on note une proportion relativement élevée (15%) de cas de fistules chez les femmes de moins de 20 ans. Ce résultat confirme l'importance de la fécondité des adolescentes. Les cas de fistules obstétricales détectés dans cette population jeune est associée à l'activité reproductive de ces dernières. Aussi, savons-nous que les femmes

jeunes sont plus exposées aux risques de complication lors de l'accouchement à cause sans doute du fait qu'elles ne sont pas physiquement prêtes pour donner naissance à un enfant. Une étude réalisée par Akuda T. et Kakou K. confirme ces résultats en mettant en exergue le fait que près de 70 % des cas de fistules obstétricales se rencontrent chez les femmes de 15 à

**Tableau n°3: Répartition des femmes porteuses de fistules obstétricales selon leurs caractéristiques socio-démographiques et les structures sanitaires visitées**

Caractéristiques socio-démographiques	CHR d'Abengourou	Abidjan				Bouaké	HG Duékoué	CHR Guiglo	Total
		FSU	HG Abobo	CHU Cocody	CHU Treichville				
<b>Groupe d'âges</b>									
Moins de 20 ans	0	0	0	1	25	0	2	3	<b>15%</b>
20-29 ans	0	2	1	4	63	2	3	8	<b>40%</b>
30-39 ans	0	2	1	3	35	0	2	2	<b>22%</b>
40-49 ans	1	0	0	2	17	0	2	1	<b>11%</b>
50 ans et +	1	1	0	2	7	1	0	0	<b>6%</b>
Non notifiés	0	0	0	6	8	1	0	0	<b>6%</b>
<b>Professions</b>									
Sans profession <sup>1</sup>	0	1	2	6	120	1	0	12	<b>68%</b>
Secteur informel <sup>2</sup>	0	0	0	0	18	0	0	1	<b>9%</b>
Secteur formel <sup>3</sup>	0	0	0	0	4	0	0	0	<b>2%</b>
Non notifiées	2	4	0	12	13	3	9	1	<b>21%</b>
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>155</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

30 ans. Parmi elles, les primipares c'est à dire les femmes qui accouchent pour la première fois regroupent à elles seules 41 % des cas de fistules.

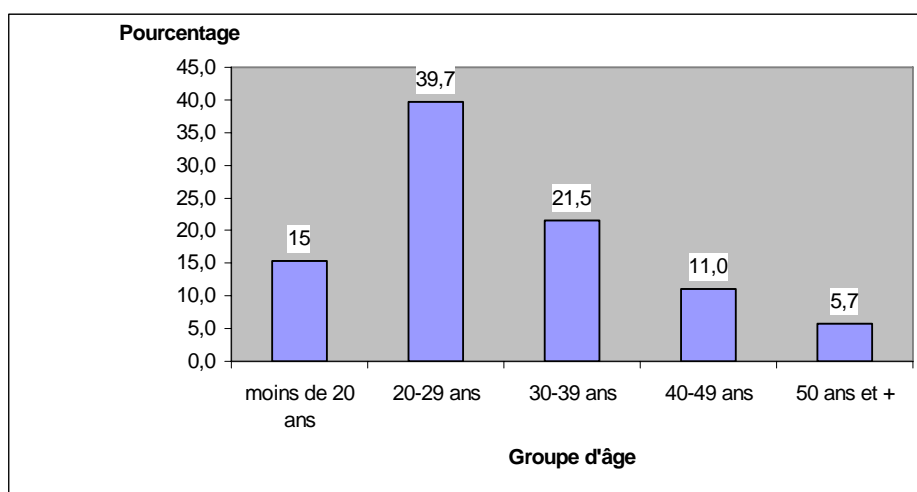
La prise en compte des zones de l'étude pour mettre en évidence l'apparition des fistules obstétricales chez les femmes selon leur âge permet d'identifier les différents sites d'intervention des décideurs et partenaires au développement. Hormis le district sanitaire d'Abengourou, on remarque que dans toutes les autres structures sanitaires visitées, les femmes âgées de 20-29 ans sont celles qui sont relativement plus atteintes de fistules obstétricales que les autres. Elles sont suivies dans des proportions moindres de celles âgées de 30-39 ans. C'est surtout à l'Ouest, notamment à l'hôpital général de Duékoué et au CHR de Guiglo ainsi que dans les deux CHU d'Abidjan (Cocody, Treichville) que l'on note l'apparition des cas de fistules obstétricales chez les adolescentes (moins de 20 ans). A Abengourou, les fistules obstétricales n'apparaissent chez les femmes que vers la fin de leur vie génésique, c'est à dire à partir de 40 ans contrairement aux autres localités. Ainsi, quelle que soit la zone d'enquête, on observe de façon générale une évolution similaire des cas de fistules obstétricales selon l'âge des femmes. La forme de la distribution des cas de fistules lorsque tous les âges sont représentés montre bien que c'est aux âges de forte fécondité que les femmes sont le plus exposées aux fistules obstétricales.

<sup>1</sup> Ménagères, Elèves, Sans profession

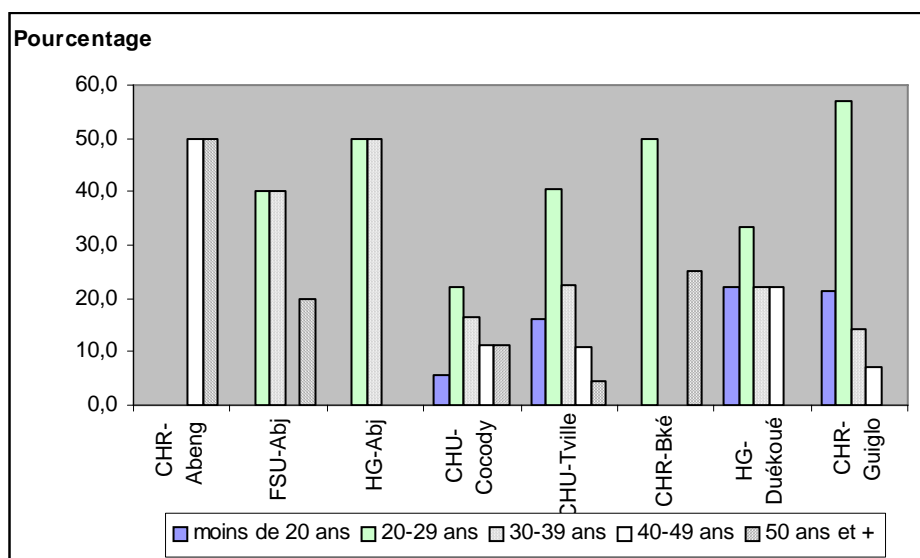
<sup>2</sup> Commerçantes, Vendeuses, Couturières

<sup>3</sup> Sage femmes, Télévistés, Comptables, Vigiles

**Graphique n°1 : Répartition des fistules obstétricales selon l'âge**



**Graphique n°2 : Répartition des fistules obstétricales selon l'âge et les districts sanitaires visités**



### III.2.3) Types de fistules obstétricales

Les Fistules Vésico-Vaginales (FVV), formes anatomiques les plus fréquentes des Fistules Uro-Génitales (FUG), sont connues depuis l'antiquité puisque Hippocrate y faisait déjà allusion en conseillant « le tamponnement du vagin avec un cylindre de chaire de bœuf renouvelé tous les jours ». Elles frappent des personnes jeunes, appartenant à des milieux socio-économiques défavorisés. Son traitement, délicat et coûteux, souffre d'un déficit en ressources humaines et matérielles, car il requiert une expérience en urologie et un plateau technique spéciale. En Afrique, les fistules obstétricales représentent à plus de 95%, la forme étiologique la plus fréquente des Fistules Uro-Génitales (FUG) et Recto-Vaginales (FRV), contrairement aux pays occidentaux où prédominent les fistules de cause chirurgicale.

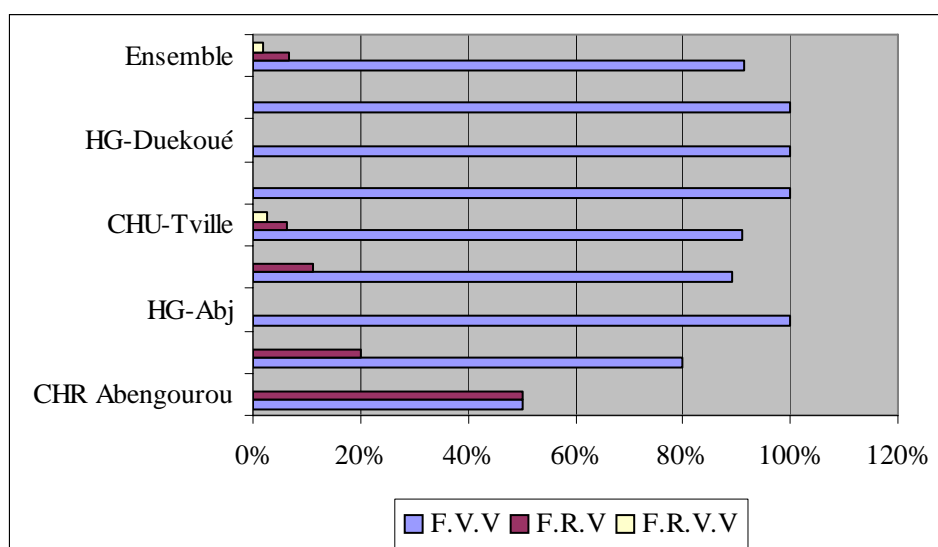
Les informations collectées dans le cadre de la présente étude confirment ces chiffres. En effet, 91% des fistules obstétricales sont de nature vésico-vaginales. On recense 7% de fistules recto vaginale et environ 2% de la combinaison des deux autres formes.

**Tableau n°4 : Répartition des fistules obstétricales selon leurs types**

Type de fistule	Effectif	Proportion (%)
FVV	191	91.4
FRV	14	6.7
FRVV	4	1.9
TOTAL	209	100

La répartition des différents types de fistules obstétricales selon les structures sanitaires visitées dans le cadre de cette étude met bien en exergue le fait que les Fistules Vésico-Vaginales (FVV) sont plus fréquentes et importantes en Côte d'Ivoire. Dans toutes les structures sanitaires concernées par l'étude, on note une prédominance de ce type de fistules obstétricales (**confère graphique n°3**). Elles sont de loin suivies par les Fistules Recto-Vaginales (FRV) avec une ampleur moindre. Toutefois, la Fistule Recto-Vésico-Vaginale (FRVV) qui est la troisième forme de cette pathologie et qui consiste en la combinaison des deux premières est plutôt rare en Côte d'Ivoire. C'est seulement au CHU de Treichville où des possibilités adéquates de prise en charge des fistules obstétricales existent, que quelques cas de Fistules Recto-Vésico-Vaginale ont été référés. Par ailleurs, l'on remarque que dans les districts sanitaires de Guiglo, Duékoué et Bouaké ainsi qu'à l'Hôpital Général d'Abidjan, les femmes ne sont atteintes que de Fistules Vésico-Vaginales (FVV) contrairement aux autres sites d'observation où les deux formes existent.

**Graphique n°3 : Répartition des différents types de fistules obstétricales selon les structures sanitaires visitées**



### III.3) Connaissance, Opinions/perceptions des fistules obstétricales et attitudes vis-à-vis des femmes victimes

#### III.3.1) Connaissance des fistules obstétricales

##### *a) Au niveau des prestataires de santé*

La fistule obstétricale est très bien connue par les professionnels de la santé en Côte d'Ivoire, bien que n'étant pas une priorité en santé publique. Les réponses obtenues lors des entretiens auprès des prestataires de santé dans les districts sanitaires d'Abidjan, Abengourou, Bouaké, Guiglo et Duékoué mettent bien en exergue le bon niveau de connaissance de cette pathologie chez ceux-ci. En effet, les différents spécialistes interviewés (sage-femmes, gynécologues accoucheurs, chirurgiens, urologues, médecins généralistes) affirment connaître la fistule obstétricale et la définissent comme une lésion qui survient après un accouchement difficile. En outre, ces informateurs attestent qu'elle se caractérise par un trou ou fistule dans la vessie et/ou le rectum par lequel les urines et/ou les selles passent en permanence vers le vagin, sans possibilité de contrôle. A ce propos, un prestataire de santé dit ceci :

*«Bon, la fistule c'est quoi ? C'est une incontinence des urines. C'est-à-dire que la femme au lieu de faire les urines par le méat-urinaire, ces urines viennent plutôt directement de la vessie dans le vagin ; c'est-à-dire il y a eu une nécrose de la vessie » (EI, Sage-femme, CHR Bouaké).*

Les types de fistules rencontrées dans le pays et leurs causes ont aussi fait l'objet d'une explication détaillée par ces professionnels de la santé. Ce qui dénote bien le niveau élevé de connaissance de cette pathologie chez ceux-ci. Les propos d'un prestataire en témoigne :

*« Dans plus de 95% des cas, nos fistules d'ici sont d'origine obstétricale c'est-à-dire qu'elles surviennent lors d'un accouchement difficile qu'on appelle dystocie. La tête du fœtus qui est solide va comprimer la vessie ou le rectum et occasionner une plaie. Six (06) jours plus tard, cette partie va se détacher, il va rester un orifice qui va communiquer avec le vagin ou avec le rectum. Il y a la fistule urogénitale, c'est lui qui fait communiquer les voies urinaires avec les voies génitales, mais, il peut avoir des fistules recto-vaginales qui font communiquer le vagin avec les voies digestives. Les fistules urogénitales font passer les urines par le vagin, les fistules recto vaginales font passer les selles. On peut avoir les deux en même temps. » (EI, urologue du CHU de Cocody, Abidjan)*

Par ailleurs, les informateurs lient la survenue de la fistule obstétricale au faible recours voire la non fréquentation des structures sanitaires par les femmes en grossesse. Les précisions sur les risques encourus par les femmes en travail sont soulignées **par un chirurgien du district sanitaire d'Abengourou** :

*« Lorsque la femme en travail ne vient pas vite à l'hôpital, il peut avoir une rupture utérine. Cette rupture utérine peut engendrer souvent des complications au niveau de la vessie de telle sorte qu'il y a une plaie. Dès lors, il y a une communication entre l'utérus et la vessie ».*

Le niveau de connaissance élevé des fistules obstétricales, observé chez les prestataires de santé résulte de leur formation et de l'expérience acquise dans l'exercice de leur profession.

##### *b) Au niveau communautaire*

Pour déterminer le niveau de connaissance des fistules obstétricales au niveau communautaire, il a été entre autre demandé aux enquêtés de citer les problèmes de santé que l'on rencontre fréquemment chez les femmes dans leur localité. De l'analyse des données relatives à cette question, l'on note que d'une manière générale, les fistules n'ont pas été citées d'emblée par la

population comme étant une des maladies féminines les plus fréquentes dans la communauté. Toutefois, après description de cette pathologie par les consultants, il s'avère que seulement quelques-uns en ont entendu parler dans leur milieu social et très peu d'informateurs ont vu des personnes qui en sont atteintes. En effet, contrairement aux prestataires de santé, la grande majorité des informateurs du milieu communautaire ne connaît pas la fistule obstétricale. Dans bien des cas, ceux-ci font une confusion entre la fistule et les pertes blanches ou d'autres maladies de l'appareil génital de la femme. Selon **une tradipraticienne d'Abengourou** :  
« *C'est bobodouman* » qui fait ça, si tu fais beaucoup d'accouchement, le « *bobodouman* » (utérus) devient faible et on urine sur soi. Moi même qui suis devant toi, si j'ai l'envie de « *pisser* » que je ne vais pas vite je pisse sur moi ».

Quels que soient le sexe, la catégorie socioprofessionnelle et la zone d'enquête, l'on observe un faible niveau de connaissance des fistules obstétricales chez les populations. Les différents témoignages recueillis auprès des informateurs confirment ce résultat :

« *Je n'ai jamais vu ni entendu ça* » (FGD, Femme, Abengourou).

« *C'est ma première fois d'entendre ça* » (FGD, Accoucheuse traditionnelle, Duékoué).

« *Sincèrement, je ne connaissais pas cette maladie* » (FGD, Homme Abidjan).

« *Moi, j'ai entendu parler de cette maladie mais, je n'ai jamais vu quelqu'un qui a cette maladie* » (FGD, Femme, Abengourou).

Ce faible niveau de connaissance se justifie selon les enquêtés par la grande discrétion dont font preuve les femmes victimes de cette maladie. Il ressort de la majorité des entretiens que des cas de fistules peuvent exister dans la communauté sans qu'on ne le sache, hormis les personnes de l'entourage proche de la malade. En effet, cette maladie est perçue par celles qui la vivent comme un drame. Ces dernières éprouvent de la honte eu égard à aux odeurs nauséabondes constantes et insupportables qu'elles dégagent.

### **III.3.2) Opinions/Perceptions et attitudes des populations vis-à-vis des fistules obstétricales**

#### ***a) Opinions et perceptions vis-à-vis des fistules obstétricales***

Après une brève description des fistules obstétricales par les chercheurs, la quasi-totalité des informateurs a déclaré que cette pathologie est très invalidante et équivaut à la mort. Selon eux, c'est une sale et honteuse maladie qui est plus grave que le SIDA :

« *C'est pas une bonne maladie, c'est une maladie honteuse, si tu as une telle maladie, c'est plus que le SIDA, c'est la mort* » (EI, accoucheuse traditionnelle, Abengourou). Une autre informatrice dit ceci : « *C'est pas une bonne maladie, il y a maladie et maladie, ça, c'est pas bon du tout parce que tu vas dans un coin, tu es mouillés, ça, ça fait honte* » (FGD, femmes, Bouaké).

Le faible niveau de connaissance des fistules obstétricales et les opinions négatives des populations sur la maladie, déterminent leurs perceptions et attitudes vis-à-vis des femmes qui en sont victimes. Dans l'ensemble, la plupart des informateurs pensent que la survenue de la fistule est liée à des causes surnaturelles et/ou à la pratique du multipartenariat qui expose à des activités sexuelles intenses. Cette perception est traduite dans le témoignage de cet informateur :  
« *Mais il y a une fille qui est ici qui a cette maladie. Cependant, pour elle c'est un peu différent. Elle n'urine pas comme ça, quand elle est à la maison, elle n'urine pas, mais c'est quand elle vient parmi les gens qu'elle urine. Elle pense que c'est un sort qu'on lui a jeté, cette dernière est étudiante* » (E.I., Accoucheuse traditionnelle, Abengourou). une autre participante partage la

même opinion: « *Au niveau de la fistule, je pense que c'est une maladie qui n'est pas tellement connue dans la région, donc quand c'est comme ça, les parents ont une idée un peu trop éloignée, ils pensent que c'est un sort ou une autre maladie contagieuse et ils rejettent un peu la personne* » (FGD Femme, Guiglo).

Par ailleurs, selon une informatrice, la cause de la fistule « *C'est le fait d'avoir trop de rapports sexuels avec plusieurs partenaires sexuels* » (FGD, femmes, Abengourou).

### ***b) Attitudes des populations vis-à-vis des fistules obstétricales***

Etant donné que la grande majorité de la population ne connaît pas les fistules obstétricales et n'a jamais vécu avec une personne qui en est atteinte, les discussions relatives à leurs attitudes vis-à-vis des fistuleuses ont consisté à faire des simulations. Ainsi, au cours des discussions de groupe et des entretiens individuels, les participants ont été appelés à répondre à la question suivante : Quelle serait votre attitude si une personne ou un membre de votre famille souffre de fistules obstétricales ? Sur la base des différents niveaux de connaissance et de perception sur les fistules obstétricales deux types d'attitudes sont décrits par les populations selon les cas :

#### **• Une attitude de rejet et de stigmatisation à l'égard des fistuleuses**

Une frange relativement importante de la population atteste que compte tenu du fait que cette maladie par ses manifestations (écoulement d'urines et de selles en permanence) suscite du dégoût, elle adopterait une attitude de rejet et de stigmatisation/discrimination vis-à-vis des femmes victimes, surtout lorsqu'il s'agit d'une tiers personne. En effet, selon cette catégorie d'informateurs, étant donné que ces femmes dégagent une odeur désagréable, qu'elles puent, il serait difficile de vivre avec elles. Cette situation est traduite dans les propos suivants : « *ils (populations) ne peuvent pas l'accepter parce qu'elle chie sur elle, elle pisse sur elle à tout moment* » (FGD, Femme Duékoué). L'on comprend bien que cette attitude de stigmatisation/discrimination soit à l'origine du fait que les femmes porteuses de fistules obstétricales se cachent et à vivent à l'écart de toute vie sociale. Toutefois, quelques participants parmi ceux-ci expliquent que la peur d'être contaminé par une maladie dont on ignore totalement les causes et moyens de s'en prémunir justifie aussi cette attitude :

« *Dans premier temps, lorsqu'ils ne connaissent pas ce que c'est que cette maladie, ils auront un sentiment hostile, mais lorsqu'ils sauront que ce n'est pas une maladie contagieuse, la famille proche et le mari vont l'approcher et l'accepte* » (FGD, Homme Duékoué).

#### **• Une attitude de compassion et/ou de résignation**

En revanche, la grande majorité des informateurs, pensent qu'il existe des situations où les victimes de fistules ne seront pas systématiquement rejetées. La plupart des participants, ont pour des convictions religieuses argumenté qu'ils viendraient en aide à ces personnes, qu'elles soient de leur famille ou non car, DIEU enseigne que l'on manifeste de la compassion et de l'amour envers le prochain « *Dans le domaine chrétien, moi, je préfère fréquenter la personne, lui rendre visite, DIEU dit d'aimer notre prochain* » (FGD, femme, guiglo). D'autres par contre, affirment que, s'il s'agit d'un membre de la famille, ils se sentiraient dans l'obligation de le soutenir. Bien éprouvant aussi de la gêne à vivre avec de telles malades, cette catégorie d'informateurs pense qu'elle adopterait une attitude de résignation, tout simplement parce qu'il s'agit d'un parent. Il n'est pas toujours aisé d'abandonner un proche parent disent-ils :

« *Si ton enfant ou ta sœur a ça, comment tu va faire ?, tu dois la soigner* » (FGD, accoucheuses traditionnelles, Duékoué)

« *Ce sera difficile, mais comme c'est mon parent, on ne peut pas chasser son parent. Donc, je vais l'envoyer à l'hôpital* » (EI, ex-exciseuse, Guiglo).

### III.4) Conditions de survenue de la fistule obstétricale et recours thérapeutique

#### III.4.1) Condition de survenue de la fistule obstétricale

Les questions relatives à la gestion des grossesses, à la fréquentation des centres de santé, au profil socio-économique des femmes porteuses de fistules obstétricales et à la relation entre cette maladie et les mutilations génitales sont celles abordées dans cette rubrique. Ces questions concernent beaucoup plus les femmes porteuses de fistule. Toutefois, il convient de mentionner que le temps réservé à la collecte des données n'a pas permis de toucher plusieurs femmes porteuses de fistules avec lesquelles il aurait été intéressant de discuter de ces questions. Ces femmes ne sont pas facilement accessibles parce qu'elles se cachent. Seulement deux fistuleuses ont pu être enquêtées dont l'une, de 41 ans, par le Dr DOGORE Eliane au CHU de Treichville à Abidjan. La seconde fistuleuse rencontrée à l'hôpital de Guiglo et qui a bien voulu accepter de répondre aux questions venait juste d'accoucher dans des conditions difficiles où elle a même perdu son bébé. Cependant, cette lacune a quelque peu été comblée par les entretiens avec les prestataires de santé qui sont tout compte fait des spécialistes en la matière. En effet, la plupart des informations relatives aux différents points sus-mentionnés ont été collectées auprès de ceux-ci.

Les prestataires de santé sont unanimes pour reconnaître que toutes les femmes qui ont eu des difficultés lors d'un accouchement sont exposées aux fistules obstétricales : « *logiquement, toute personne qui a eu un accouchement difficile peut être l'objet de fistules obstétricales. Ce sont le plus souvent les femmes de faible condition socio-économique, illettrées, vivant en dehors des zones dépourvues de structures sanitaires requises* » (EI, Gynécologue accoucheur, HG, Abobo, Abidjan). Cependant, de nombreux autres facteurs peuvent être à l'origine de la survenue des fistules chez les femmes en grossesse :

- **Grossesses sans assistance médicale et faible recours ou non fréquentation des structures sanitaires par les femmes**

#### Récit :

*C'était ma première grossesse. Je suis là, rien ne m'a trouvé jusqu'à accouchement est venu Personne ne m'a vu jusqu'à accouchement est venu (pas de suivi). Cela a fait deux jours, je n'ai pas encore accouché. Le ventre fait mal. Après, on m'a amené à Abengourou, c'est ça on m'a opérée pour enlever l'enfant. Quand ils ont enlevé l'enfant, maintenant, pipi ne vient pas. Après, ils ont mis sonde, pipi ne rentre pas dans sonde là ; ça verse.*

*Je ne connais pas même. Même dans le village on ne connaît pas. Alors on a dit aller au Ghana hôpital. Mon grand frère m'a pris pour aller. Là-bas on dit aussi, il y a rien, que il faut prendre médicament et plaie là va finir. Et nous on sait pas comment on soigne ça même. J'ai pris médicaments mais plaie là n'est pas finie. Alors on m'a pris pour aller au village. Après accouchement, enfant ne vit pas, voilà maintenant moi, je suis là, je suis gâtée, je ne peux pas faire l'enfant.*

*Il y a pensées sur toi, parce que voilà moi, je suis ici. Cela même denier opération, c'est à l'église on m'a donné l'argent. Il n'y a pas médicaments cadeaux. C'est maison là qui est cadeau (salle de porteuses de fistule à trois lits). Depuis j'ai venu, 3 opérations, il n'y a pas diminution. Même examens pour sang là, tu paies. Et comme où je suis là, qu'est ce que je fais pour trouver l'argent ?*

Au plan étiologique, la fistule obstétricale est le fait quasi exclusif des accouchements effectués à domicile par des matrones qui, devant les difficultés de la femme à accoucher, invoquent une infidélité conjugale ou le viol d'un interdit, dont l'aveu apporterait la délivrance. Cette délivrance peut survenir au bout de plusieurs jours d'un long et pénible travail, au prix d'énormes souffrances maternelles et fœtales. Parfois, c'est à la maternité que l'on extrait un fœtus qui ne survivra pas dans 70 % des cas. L'extraction se fait soit par manœuvre instrumentale, soit par césarienne dans 58,57 % des cas sur un utérus de mauvaise qualité, en état de pré-rupture ou même déjà rompu, siège d'une brèche filant sous une vessie contuse ou déchirée dans plus de 9 % des cas, sur son bord postérieur. L'hystérectomie, réalisée pour rupture utérine dans 84 % des cas se fait sur des tissus dilacérés, friables, à limites très floues et de vitalité douteuse ; dans 41 % des cas s'il s'agit de la toute première grossesse.

L'analyse des informations issues des entretiens avec les prestataires confirme ce fait. En effet, ces données montrent que la plupart des cas de fistules rencontrés sont la conséquence de grossesses à risque, soit du fait d'une grande précocité, soit à cause d'une multiparité associée à des grossesses rapprochées. Or, très souvent, ces grossesses ne sont pas suivies par un personnel qualifié et formé. Les femmes et particulièrement celles du milieu rural ont faiblement ou pas du tout recours aux formations sanitaires lorsqu'elles sont enceintes. Les raisons souvent évoquées pour justifier de tels comportements sont entre autres, l'ignorance, l'inaccessibilité géographique et surtout financière des formations sanitaires. Par exemple, le seul cas de fistule rencontré à Guiglo est survenue chez une jeune fille de 18 ans dont les parents sont démunis et qui a dû subir les affres « du travail » pendant trois jours à Toulepleu, une localité voisine située à environ 50 kilomètres.

#### ***a) L'accouchement dystocique avec un recours tardif à l'hôpital***

##### **Récit**

*« (...) Chez nous, là, pendant la guerre (septembre 2002-2006), nous avons pas vrai infirmiers, ni sage femmes. Les sages femmes ce sont des femmes qui savent faire accoucher (matrone, accoucheuse traditionnelle) les enfants mais qui ne connaissent pas papier (analphabète) ; il n'y a pas de matériel. Donc elles regardent les enfants elles disent ça va. Chez nous (Toulepleu), c'est loin. Nous, nous n'avons rien, pas d'argent, on ne peut pas quitter là-bas venir à l'hôpital ici. Donc, on va hôpital ou on regarde simplement comme ça, on dit va à la maison, ta santé est bien. C'est à Toulepleu j'ai mal au ventre, on a fait trois (03) jours avant que on nous dit que l'enfant est gros, on ne peut pas faire l'accouchement à Toulepleu, on nous a donné papier de venir à Guiglo à l'hôpital. C'est la première grossesse, j'ai 18 ans (EI, Jeune fille victime de fistule obstétricale, CHR de Guiglo).*

Un accouchement dystocique est un accouchement difficile qui exige une intervention médicale. Un tel accouchement, s'il est pratiqué à domicile ou si la femme est évacuée tardivement à l'hôpital, peut causer des fistules obstétricales. Selon les prestataires de santé, l'accouchement dystocique intervient à la suite des complications liées à la grossesse qui sont parfois dues aux comportements des clientes et/ou de leur entourage. Certaines femmes ou les membres de leur entourage, adopteraient des comportements qui sont très souvent à risque. Il arrive en effet, que l'on fasse boire à des femmes enceinte, des « médicaments indigènes » pour les aider à vite

accoucher en vue d'échapper à la douleur inhérente « au travail ». Ces décoctions peuvent entraîner une rupture utérine, mettant ainsi en danger la vie de la femme et de son bébé. Par ailleurs, certaines sages-femmes tardent parfois à évacuer tôt des femmes qui ont des complications de grossesse. Pour ce faire, il est strictement recommandé au personnel intervenant dans les localités périphériques de connaître leurs limites et de référer de tels cas le plus tôt possible.

Par rapport la relation entre la survenue des fistules obstétricales et l'excision, la revue de la littérature atteste que les mutilations génitales, encore régulièrement pratiquées en Côte d'Ivoire, surtout dans les couches socio-économiques défavorisées, sont responsables de 30 % des césariennes pour dystocie de cause maternelle et représentent de ce fait un élément important dans la survenue des fistules obstétricales.

Toutefois, les avis des informateurs sur la question sont partagés. Pour certains, les cicatrices issues de l'excision provoquent à long terme provoquer des complications lors de l'accouchement et entraîner la fistule obstétricale. Les propos d'un informateur à ce sujet sont les suivants : « *Je pense que l'excision peut donner cette maladie. On pratique l'excision chez nous en pays guéré, la femme qui a cette maladie, dont je parle est excisée* » (**FGD, Homme Duékoué**). D'autres informateurs attestent par contre, qu'il n'y a aucune relation entre cette pathologie et la pratique de l'excision : « *Non, ça n'a rien à voir avec cette maladie parce toutes les femmes yacouba chez moi sont excisées et donc elles allaient avoir cette maladie, or elle ne l'ont pas toutes* » (**EI, Accoucheuse traditionnelle, Bouaké**). Les prestataires de santé quant à eux, pensent qu'il n'existe pas un lien directe entre l'excision et la fistule obstétricale sauf dans le cas de l'infibulation, cette forme sévère de mutilation génitale féminine qui peut occasionner d'importantes cicatrices et favoriser l'apparition de fistules obstétricales chez la femme. Heureusement cette forme d'excision n'est pas pratiquée en Côte d'Ivoire. Selon un urologue : « *l'excision fait partie des causes de dystocie. Lorsqu'il s'agit d'une excision simple, elle prend une partie du clitoris. Des fois, on a des infibulation qui emportent toutes les lèvres du clitoris, cela entraîne des risques très importants avec un orifice vaginal réduit et qui va poser des problèmes à l'accouchement. Ce n'est pas toutes les femmes excisées qui vont présenter une dystocie. Toutes les fistuleuses ne sont pas des excisées. L'excision intervient dans la mesure où elle peut créer une dystocie, une difficulté de l'accouchement* » (**EI, urologue, CHU de Cocody, Abidjan**).

## ***b) Recours thérapeutique***

Les études menées en anthropologie de la santé en Côte d'Ivoire ont mis en exergue le fait que généralement en cas de maladie, les communautés ont soit recours à la médecine traditionnelle, soit à la médecine Occidentale ou moderne. Les données recueillies auprès des informateurs confirment ce résultat. Cependant, l'on observe que très souvent, ceux-ci vont d'abord chez les tradipraticiens avant de s'orienter en cas d'insatisfaction ou d'échec total vers la médecine moderne. Les différents témoignages enregistrés lors des entretiens attestent ce fait : « *Ici, les gens n'aiment pas aller beaucoup à l'hôpital, on va d'abord chercher l'indigénat, les féticheurs, maintenant quand c'est au stade vraiment difficile, c'est là on cherche la route de l'hôpital ; souvent c'est trop tard* ». Le comportement ambivalent en matière de recours thérapeutiques observé chez les populations est lié aux croyances mais aussi à la conjoncture économique. Pour certaines maladies jugées surnaturelles, il est évident que la priorité sera accordée aux soins traditionnels. En outre, la crise qui sévit dans le pays depuis plusieurs années, a entraîné une dégradation des conditions de vie et baissé le pouvoir d'achat des populations en Côte d'Ivoire. De ce fait, face à la maladie, ceux-ci tentent d'abord de se soigner par les plantes qu'ils estiment

relativement moins chères. Cette réalité est traduite dans les propos d'un participant comme suit : « *Il y a deux positions. D'autres peuvent aller directement chez le guérisseur ou d'autres si il y a les moyens nécessaires, c'est-à-dire ça dépend des moyens financiers, naturellement ils vont aller à l'hôpital* » (FGD homme, Duékoué).

Les populations et les prestataires de santé, pensent que les femmes victimes de fistule obstétricales adoptent la même démarche. En effet, par manque de moyens financiers, la fistuleuse rencontrée à Guiglo a d'abord été suivie par les accoucheuses traditionnelles avant d'être évacuée au CHR de ladite localité. A la question : « Avez-vous connaissance du traitement des cas de fistule par la médecine traditionnelle ? » Seuls quelques informateurs soutiennent l'éventualité de guérir de la fistule obstétricale au moyen de la médecine traditionnelle. En revanche, une frange importante des leaders communautaires et tous les prestataires de santé soutiennent que la réparation de la fistule obstétricale ne peut se faire que par la médecine moderne (opération chirurgicale) : « *Avec essentiellement de la rectite plastique nous réparons ici les fistules vraiment compliqués* » (EI, Médecin, Abidjan).

### III.5) Conséquences des fistules obstétricales sur les femmes victimes

La fistule obstétricale est une infirmité grave qui prive les femmes de toute dignité, les marginalise et les met à l'écart de toute vie sociale. « *Du côté social, elle est rejetée quoi. Elle ne peut pas rester dans la communauté, elle est toujours à l'écart parce qu'elle sait qu'elle sent les urines, parce que les autres le savent. On lui demande de ne pas préparer, on lui demande de ne pas prier. Ce sont les cas, les images que j'ai eu* » (EI, Gynécologue, Bouaké).

Les femmes atteintes de fistules obstétricales vivent un véritable drame psychosocial et économique. En effet, cette maladie est vécue comme un drame car, elle plonge les femmes victimes dans un état de détresse physique, morale et matériel. Par ailleurs, les mauvaises odeurs occasionnées par les urines ou les matières fécales sont presque permanentes et immédiatement perceptibles par toute personne qui les approche. Ce faisant, ces femmes sont très souvent sujettes à des railleries et font l'objet de stigmatisation/discrimination dans leur milieu social : « *Je disais tantôt qu'elle est rejetée par la communauté. Et sur le plan santé, elle est sujette à des infections à tout moment parce qu'elle porte une sonde à demeure* » (EI, chirurgien, Guiglo).

Ainsi, pour fuir les moqueries et la réaction de dégoût qui leur cause une grande humiliation, elles se retranche spontanément de la société pour vivre dans l'isolement, en marge de toute œuvre sociale. Cette situation est clairement mise en évidence dans les propos suivants : « *Vraiment ces gens n'arrivent pas à vaquer normalement à leur occupations, puisse que à chaque moment, elles sont toujours tremper dans les urines. Alors que les urines aussi sentent vraiment mauvais. Elles sont gênées, elles sont toujours à la maisons* » (EI, sage-femme, Bouaké). En effet, elles ne sont plus appelées à prendre part aux moments de réjouissance populaires, ni aux cérémonies dans les familles. Conscientes de leurs états physiques répugnants, elles ont tendance à se cacher pour éviter le regard des autres. La souillure émanant de l'écoulement permanent des urines et des selles auxquelles s'adjoignent les odeurs nauséabondes, constitue pour ces femmes, une déchéance à la fois physique et morale. Pour ces raisons, elles peuvent être répudiées par leurs conjoints/partenaires. Le traumatisme psychologique causé par cette maladie peut entraîner une dépression, voire la mort de la femme victime de fistules obstétricales. Selon les informateurs, en particulier les prestataires de santé, la femme victime de fistules obstétricales vit une très grande souffrance morale caractérisée par une faible ou un manque total d'estime de soi. Elles éprouvent aussi un complexe d'infériorité et, un sentiment d'abandon. Par ailleurs, l'émission permanente des urines peut à la longue et

dans de mauvaises conditions d'hygiène, causer des infections urinaires à répétition et des irritations qui pourraient mettre la vie de ces femmes en danger. Un traitement chirurgical existe mais demeure inaccessible à la majorité des victimes. Or, cette maladie lorsqu'elle n'est pas traitée expose à l'exclusion sociale et à une vie d'horreur.

### **III.6) Prise en charge des femmes porteuses de fistules obstétricales**

Les informations relatives à la prise en charge des fistules obstétricales proviennent de trois principales sources que sont d'une part, la revue de la littérature et l'étude quantitative, d'autre part, les prestataires de santé et enfin la communauté.

#### **III.6.1) Etat des lieux sur la prise en charge des fistules obstétricales en Côte d'Ivoire**

Les données issues de la recherche documentaire et quantitative mettent bien en évidence le fait que toutes les personnes confrontées aux fistules obstétricales les reconnaissent comme un véritable fléau social. Pourtant, il n'existe en ce jour, aucune organisation ni action concertée pour systématiser leur prise en charge. Par ailleurs, l'épidémiologie de cette pathologie permet de la considérer comme un problème de santé publique. En effet, les fistules obstétricales stigmatisent, isolent et excluent de la vie communautaire. Elles frappent en particulier, beaucoup plus de femmes jeunes, issues de milieux socio-économiques défavorisés. Leur survenue est en étroite relation avec la couverture sanitaire du pays et son évolution. En outre, les ressources humaines limitées, les plateaux techniques très sobres et les coûts opératoires élevés se conjuguent pour rendre difficile la prise en charge des fistules et désespérer les malades, leurs familles et leurs médecins.

En effet, il existe en Côte d'Ivoire un traitement curatif des fistules obstétricales qui est assuré par une poignée de spécialistes, dans seulement deux établissements hospitaliers d'Abidjan (CHU de Cocody et de Treichville). Toutefois, ce traitement est très coûteux (son coût varie entre 300 000 F CFA et 540 000 F CFA) et exige par ailleurs un plateau technique adéquat et fourni. La répartition du coût total de prise en charge de la fistule obstétricale suivant différents actes médicaux se présente comme suit :

- Coût des examens préparatoires : 70 000 FCFA en moyenne
- Coût d'hospitalisation : entre 30 000 FCFA et 150 000 FCFA
- Coût des médicaments et autres garnitures : 100 000 FCFA
- Coût de l'opération : entre 200 000 FCFA et 220 000 FCFA

Dans ces conditions, il apparaît pratiquement difficile pour les patientes et leurs familles de faire face seules, aux problèmes engendrés par les fistules obstétricales notamment, leur prévention, leurs répercussions socio-économiques et anthropologiques ainsi qu'aux différents aspects de leur prise en charge, etc.

#### **III.6.2) Prise en charge des fistules obstétricales au niveau du système sanitaire**

L'état des connaissances de la fistule obstétricale est révélateur du fait que cette pathologie ne bénéficie d'aucune politique de prise en charge médicale. Les résultats de la présente étude confirment ce constat et indiquent clairement la quasi inexistence de dispositif de prise en charge dans les districts sanitaires d'Abidjan, de Bouaké, d'Abengourou, de Guiglo et de Duékoué. Les témoignages des prestataires de santé illustrent bien cette situation :

« Non, actuellement, il n'y a pas de dispositif de prise en charge (...) Ici nous sommes en zone de guerre, nous comptons sur Médecin sans frontière. En tant que médecin, on n'a pas appris à réparer les fistules. Médecin sans frontière nous demande de recenser au moins 50 cas de fistules et afin qu'ils puissent dépêcher un médecin qui viendra nous former » **(EI, Médecin, Hôpital de Bouaké).**

Un autre prestataire de santé dit ceci « Le dispositif est réduit à la sonde que nous plaçons, elles paient. La sonde, je pense qu'elle fait 600 F CFA, plus la pompe et ça dure un mois, renouvelable chaque fois » **(EI, Médecin, CHR Guiglo).**

Dans certains cas, il existe un minimum de matériel de chirurgie. Pour bénéficier des prestations dans le cadre de la réparation de la fistule, le patient est appelé à assurer à 100 % sa prise en charge financière. Un médecin de l'hôpital d'Abengourou soutient que « On a trois blocs ici, on opère, le personnel aussi est là, il faut équiper un peu et former les gens. On demande à la patiente de payer un prix forfaitaire de 100 000 F CFA pour la fistule fraîche ». Le coût des prestations est fonction du type de fistule. En effet, les charges sont plus élevées dans le cas des fistules complexes et difficiles à réparer. Selon un prestataire de santé :

« On doit déboursier dans l'ordre de 250 000 à 300 000 F CFA dans le cas des fistules complexes dont la durée de séjour à l'hôpital est très longue. Au minimum 30 jours d'hospitalisation. Certaines fistuleuses sont restées 1 à 2 ans. On peut monter jusqu'à 500 000 F CFA voire 600 000 F CFA sans compter qu'il y a des échecs dans les interventions ».

En conclusion, Le système sanitaire ivoirien ne dispose pas à ce jour d'un dispositif formel de prise en charge des fistules obstétricales. Cette situation est confirmée par les entretiens menés auprès des prestataires de santé et leaders communautaires, de même qu'au niveau des femmes porteuses de fistules. Entre autres difficultés rencontrées dans la prise en charge figurent, l'absence de dispositif de prise en charge médicale, le déficit en personnel de santé capable de réparer les fistules dans les différents districts sanitaires du pays. A ces difficultés, il convient d'ajouter le coût élevé des prestations liées à la réparation de la fistule. Un médecin du CHU de Cocody identifie les obstacles liés à la prise en charge des fistules obstétricales à travers les propos suivants : « Les obstacles liés à la prise en charge, il n'y a pas beaucoup de chirurgiens qui sont spécialistes dans la réparation des fistules. En outre, le coût de la prise en charge est élevé ». Cette absence de prise en charge laisse aux communautés la charge des fistuleuses.

### **III.6.3) Prise en charge des fistules obstétricales au niveau communautaire**

A l'instar, du système sanitaire, au niveau communautaire, il n'existe aucune organisation ni actions concertées pour prendre en charge les femmes porteuses de fistules obstétricales. Toutefois, à l'image de ce qui est fait généralement en Afrique en cas de maladie, ce sont les familles proches des femmes porteuses de fistules obstétricales qui s'organisent financièrement et socialement pour apporter un soutien à celles-ci. Concernant par exemple la fistuleuse internée au CHR de Guiglo, la mère et dans une moindre mesure le « petit copain » constituent les seuls soutiens de la patiente. A ce propos, la plupart des informateurs sont unanimes que : « la famille cherche à guérir la malade. Si elle est mariée, c'est le mari qui est le premier concours qui va chercher les moyens de guérison ». **(FGD, Homme, Abidjan).** En effet, en l'absence de prise en charge étatique, force est de constater que la prise en charge psychosociale et financière de la communauté reste souvent limitée et constitue une réelle difficulté pour les fistuleuses. L'inactivité économique due à la gêne que ces femmes ressentent à mener une vie professionnelle correcte, réduit les possibilités de mobilisation de ressources financières de la famille. Cette réalité est traduite éloquemment par une fistuleuse : « Mon petit copain est retourné au village chercher de l'argent pour qu'on me soigne, depuis là il n'est pas encore revenu » **(EI, fistuleuse, Guiglo).** Ainsi, non seulement la communauté se trouve privée d'un

membre actif et doit supporter de lourdes charges financières pour son traitement, mais à cause d'elle, certaines personnes se trouvent exclues de la vie communautaire. Ce qui vaut à la fistule d'être considérée comme un fléau social devant à juste titre, bénéficier de l'attention de toute la communauté. Les difficultés inhérentes à la prise en charge communautaire proviendraient entre autres de ce que les populations ne soient pas assez informées sur la maladie. Il y a un véritable déficit d'informations, de communication et d'éducation sur la question.

### **III.6.4) Différentes étapes de la prise en charge des fistules obstétricales**

La prise en charge des fistules obstétricales est un processus complexe qui inclut plusieurs dimensions que sont la prophylaxie ou la prévention des fistules, leur prise en charge médicale qui englobe la psychothérapie, les règles d'hygiène et les médicaments puis enfin, leur traitement ou réparation par la chirurgie.

Concernant la prévention, la prise en charge des fistules obstétricales est assurée par l'amélioration de la couverture des besoins en soins de santé de la mère et de l'enfant en direction surtout des couches socio-économiques défavorisées, par l'assiduité des femmes aux Consultations Pré-Natales (CPN) et par l'Information l'Education et la Communication en vue du changement de comportement (I.EC/CCC). Par rapport à la prise en charge médicale, la composante psychothérapie vise à rétablir la confiance et l'espérance chez la malade en lui fournissant des informations sur le mal et son traitement, la possibilité d'en guérir, avec le retour à une vie conjugale et sociale normale. Elle peut nécessiter l'intervention d'un spécialiste pour la prescription de médicaments. Quant aux règles d'hygiène, les couches sont efficaces contre les odeurs et donnent une certaine autonomie qui permet aux fistuleuses de vaquer à quelques tâches quotidiennes. Elles aident aussi à prévenir les lésions de macération et sont d'un confort certain. Cependant, elles restent hors de portée de ces malades très démunies. S'agissant des médicaments, ce sont essentiellement des antibactériens à visée urinaire en cas d'infection prouvée par un Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU) avec antibiogramme si possible.

Le traitement pré, et post opératoires comprend les antibiotiques à larges spectres, les anticoagulants, les antalgiques, les anti-inflammatoires, les solutés de remplissage et les antiseptiques locaux. Toutefois, il est important de souligner ici, que le traitement des fistules obstétricales est exclusivement chirurgical. Ainsi est-il important d'observer un délai de 3 à 6 mois entre la constitution de la fistule et sa cure afin de permettre aux lésions de se stabiliser et aux tissus de retrouver leur plasticité avec la régression de l'imbibition gravidique. Le but visé par l'opération chirurgicale ou la réparation de la fistule obstétricale est de rétablir l'étanchéité des voies urinaires et les fonctions de continence et de copulation, restaurant par la même occasion la propreté et la dignité de la femme porteuse de fistule. Les fistules simples répondent à près de 98 %, à un dédoublement large suivie d'une suture vésicale en 2 ou 3 plans, sous le couvert d'une sonde urétrale gardée prudemment 3 à 4 semaines. Les autres cas font appel à des procédés de chirurgie réparatrice tel que le procédé de la RMP mis au point par A. Le Guyader. Ce procédé continue d'être pratiqué au CHU de Cocody avec un taux de guérison de 95 % (10). Il est aussi à retenir que les FO ont de tous temps constitué un défi pour la chirurgie. Le grand foisonnement des classifications et procédés techniques n'en sont qu'une preuve. Certes, la technique de dédoublement suture permet la guérison rapide des fistules simples, mais la grande majorité des malades pâtit toujours du tout petit nombre de chirurgiens rompus à la cure des fistules complexes.

### **III.7) Structures et Ressources**

#### **III.7.1) Structures et ressources humaines**

Les Services Obstétricaux d'Urgence (SOU), les Services de Santé Primaires (SSP), les Formations Sanitaires Urbaines (FSU) se retrouvent en amont de la Santé de la Mère et de l'Enfant. Leur nombre s'est accru, ce qui a permis de réduire la distance parcourue par le malade pour accéder à un centre de santé et d'améliorer le ratio professionnel de santé/population. Cependant, l'effort devra être poursuivi car dans certaines régions les accouchements atteignent des taux de 66 % (37)

Les Services Hospitaliers à savoir l'Hôpital Général (HG), l'Hôpital Départemental (HD), le Centre Hospitalier Régional (CHR) et le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) sont des structures de référence dont les plateaux techniques assez pauvres, pour la plupart, ne permettent pas de prendre en charge les fistules obstétricales. Seuls les services d'urologie des CHU de Cocody et de Treichville arrivent à prendre en charge les FUG, mais, avec difficultés cependant. Toutes ces structures regroupent 70 % des ressources et 90 % des compétences.

Concernant les CHU de Cocody et de Treichville, l'étude quantitative révèle que le matériel y existe et le personnel est qualifié. Toutefois, il suffit de recycler ce personnel en lui assurant une formation spécifique sur les techniques chirurgicales de prise en charge des fistules obstétricales et de renforcer le matériel existant. En revanche, la recherche documentaire fait apparaître que dans ces deux CHU (Cocody et Treichville), le matériel chirurgical est usagée et incomplète. Les consommables ne sont pas disponibles au bloc opératoire où ils sont acheminés par les soins de la malade elle-même. Au CHU de Cocody, le service d'urologie ne peut disposer normalement que de 3 jours opératoires par semaine contrairement à Treichville où ce service ne dispose quant à lui que d'un seul jour opératoire par semaine. Le bloc opératoire y a enregistré en 2002 et en 2003 respectivement 2 et 10 FUG. Entre 2002 et 2005, alors que 24 FO ont été vues en consultation d'urologie, le bloc opératoire lui n'a enregistré que 9 interventions sur la même période. Sur 14 malades enregistrées en hospitalisation entre 2000 et 2005, seulement 9 ont pu être opérées. Les interventions délicates, les conditions opératoires pénibles, les plateaux techniques pauvres, l'investissement physique et psychologique important, inhérentes à la prise en charge des fistules obstétricales découragent bon nombre de chirurgiens à s'intéresser à la cure des fistules. A Cocody, l'équipe qui prend en charge les FUG ne dépasse guère quatre personnes.

#### **III.7.2) Ressources financières**

Il existe un écart important entre d'une part, le pouvoir d'achat des malades qui sont très démunies, et de l'autre, le coût élevé de la prise en charge des fistules obstétricales comprenant un bilan pré opératoire exhaustif, l'hospitalisation allant de 21 jours à plusieurs mois, K opératoire, consommables en grande quantité, traitement post opératoire, tierce personne, etc. Le plus souvent, le conjoint n'est pas d'une grande aide dans la mesure où il appartient à la même couche socio-économique que la malade. En général, ce sont les parents qui s'endettent pour venir en aide à leur fille.

Le service social qui par le passé a pu venir en aide aux malades de manière appréciable (exonération complète des frais d'hospitalisation, réductions consenties sur le bilan préopératoire, fourniture d'une partie des consommables) n'est plus en mesure de le faire aujourd'hui, du fait de la fonte des budgets sociaux. L'aide publique a disparu, alors même que

les coûts eux connaissent des hausses. Il également important d'insister ici sur le fait qu'il n'existe, à ce jour, aucune aide organisée et concertée aux femmes porteuses de fistules obstétricales, même si, certaines d'entre elles ont pu bénéficier d'une aide ponctuelle de la part des organismes ou partenaires au développement tels que HCR, ASAPSU, ou encore d'organisations caritatives, le plus souvent dans des contextes bien particuliers.

### **III.8) Stratégies d'actions pour une intervention en direction des femmes porteuses de fistules obstétricales**

Pour identifier les actions visant à lutter contre les fistules obstétricales, il a été demandé aux informateurs lors des discussions de groupes et des entretiens individuels, de se prononcer sur les questions suivantes : (i) Pour éviter d'attraper cette maladie que devrait-on faire selon vous ? (ii) Que doit-on faire lorsque la femme est déjà atteinte de fistules (iii) De toutes ces actions, pouvez-vous établir un ordre de priorité ? Les réponses à ces questions ont été classées par ordre d'importance :

#### **Action 1 : Actions accrues de sensibilisation**

Il ressort globalement de l'analyse de toutes les discussions relatives à cette question que les stratégies à mettre en œuvre se rapportent d'abord à l'information, l'éducation et à la communication. En effet, de façon récurrente, les informateurs quels que soient le sexe, la zone d'enquête et la catégorie socioprofessionnelle (exciseuses, accoucheuses traditionnelles, leaders communautaires, tradipraticiens et prestataires de santé), sont unanimes sur le fait que les fistules obstétricales sont une pathologie méconnue des populations en particulier celles du milieu rural. De ce fait, elles doivent faire l'objet d'information, d'éducation et de sensibilisation à grande échelle, à l'image de ce qui est fait dans le cas du VIH/SIDA. En effet, la plupart des membres de la communauté (hommes et femmes), notamment les ex-exciseuses, les accoucheuses traditionnelles n'établissent pas de relation entre les difficultés de l'accouchement et la survenue de la fistule. Par ailleurs, les informateurs pensent qu'il faudrait que lors des campagnes de sensibilisation, l'accent soit mis sur les manifestations, les conditions de survenue de la maladie et ses moyens de prévention ou de guérison. Cette sensibilisation doit viser aussi bien les femmes que les hommes, partenaires des femmes et reconnus comme cibles secondaires. Ceci pourrait amener ceux-ci à être tolérants vis-à-vis de leurs partenaires et à partager leur souffrance. Des propos recueillis dans quelques groupes focalisés et entretiens individuels mettent clairement en exergue ces préoccupations :

*« Il faut faire la sensibilisation, il faut dire à tout le monde » (EI, accoucheuses traditionnelle, Abengourou).*

*« Moi, je pense que c'est la sensibilisation. Je pense qu'il faut sensibiliser nos parents qui sont surtout dans les contrées loin de l'hôpital, du moins pour qu'ils viennent très tôt à l'hôpital » (EI, Médecin, Bouaké)*

*« Il faut une sensibilisation parce qu'il y a beaucoup d'ignorants sur cette maladie. On ne la connaît pas. Si les femmes apprennent le danger, elles sauront qu'il faut aller à l'hôpital » (FGD, femmes, Abidjan).*

La sensibilisation se présente alors comme la meilleure manière de faire connaître les fistules obstétricales par toutes les couches sociales, en particulier les femmes qui sont les premières

personnes concernées par la maladie. La connaissance d'une pathologie constitue un préalable à l'adoption de comportements responsables et/ou à moindre risque visant à l'éviter. Or, selon les informateurs, les populations ignorent les fistules obstétricales. Les femmes qui en sont victimes la perçoivent comme une opprobre et en font un sujet tabou. Ainsi, les informateurs estiment qu'il est opportun voire impératif que l'on fasse un véritable tapage médiatique au sujet de cette maladie.

*« C'est une maladie, les gens ne connaissent pas assez. Donc il faut leur faire connaître cette maladie. Connaître les causes et puis combattre les causes. Il faut donner les moyens pour mener une sensibilisation de grande envergure par les médias. » (FGD, hommes, Guiglo).*

La sensibilisation de proximité ou de contact a été aussi largement recommandée comme stratégie d'action pour lutter contre les fistules obstétricales. Cette technique de communication qui consiste à se rapprocher des cibles en vue de s'enquérir et de prendre en compte leurs besoins réels et préoccupations permettra selon la majorité des informateurs de toucher beaucoup plus de personnes et d'atteindre plus rapidement les objectifs visés.

*« Sensibiliser les dames à tous les niveaux dans les villages comme dans les villes pour éviter les accouchements difficiles, parce que si elles viennent tôt, c'est le bien-fondé des consultations. Leur dire que même si elles sont loin ; elles peuvent venir dormir dans le service pour que l'accouchement se fasse à l'hôpital » (EI, sage-femme, Bouaké)*

*« Il faut identifier des jeunes dans les villages et mêmes les vieilles personnes. Il faut leur donner les moyens pour sensibiliser les femmes, aller de quartiers en quartiers » (EI, femmes, Bouaké)*

## **Action 2 : Formation des prestataires de santé et des accoucheuses traditionnelles**

La complexité de la fistule obstétricale fait que sa réparation nécessite le recours à des spécialistes formés à cet effet. Mais, force est de reconnaître qu'en Côte d'Ivoire, seulement quelques prestataires de santé disposent d'une formation en réparation des fistules obstétricales. Les prestataires de santé interviewés affirment qu'il existe un déficit de ressources humaines capables de réparer la fistule obstétricale dans les districts sanitaires. Cette situation conduit les CHR à référer systématiquement à Abidjan, la plupart des malades souffrant de cas complexes de fistules. Eu égard à ces insuffisances de spécialistes, les prestataires pensent il importe de développer des activités de formation afin d'avoir un personnel de santé suffisant et opérationnel en matière de réparation des fistules sur toute l'étendue du territoire national :

*« Au niveau des structures de références, il faut former de plus en plus de médecins qui soient capables de réparer et de prendre en charge les femmes porteuses de fistules obstétricales » (EI, Urologue CHU, Cocody).*

*« Il faut que les spécialistes en urologie, gynécologie, chirurgie digestive puissent être affectés dans les centres départementaux de sorte à se rapprocher de la population » (EI, Gynécologue accoucheur, HG Abobo).*

Etant donné la persistance des accouchements effectués par les accoucheuses traditionnelles à domicile et compte tenu du déficit des infrastructures sanitaires, il est suggéré de renforcer aussi les capacités des accoucheuses traditionnelles pour une meilleure prise en charge des grossesses : *« Moi je pense qu'il faut expliquer la fistule obstétricale à ces femmes qui font accoucher les autres femmes. Il faut que ces femmes soient enseignées, soit formées pour ne pas faire des erreurs ; sinon les choses vont continuer. Il faut former et faire passer ça dans les radio ». (FGD, hommes, Guiglo).*

### **Action 3 : Création d'un centre de référence par région pour la réparation des fistules obstétricales et renforcement du plateau technique existant**

La fistule obstétricale est une pathologie qui nécessite une chirurgie réparatrice assez particulière. Ainsi, pour répondre aux besoins des femmes qui en sont victimes, les prestataires de santé pensent qu'il est indispensable de créer un centre de référence pour la prise en charge médicale des femmes porteuses de fistules obstétricales et de renforcer le plateau technique existant : « *Moi je pense qu'il faut (...) chercher à équiper les structures sanitaires qui sont là, de bloc opératoire* » (EI, Médecin, Clinique MSF Hôpital de Bouaké). Ensuite, ils estiment que la formation du personnel médical et l'équipement des structures sanitaires sont des actions complémentaires qui doivent être menées conjointement : « *Qui dit formation parle de matériel. C'est les deux qui vont ensemble. Tu peux avoir le matériel mais tu n'es pas formé, or si tu es formé, tu sais quel matériel tu as besoin pour travailler.* » (EI, Gynécologue obstétricien, hôpital de Bouaké).

### **Action 4 : Le suivi médical des femmes en grossesse**

Le suivi médical des femmes en grossesse et de celles qui viennent d'accoucher ont été aussi évoqués par la plupart des informateurs comme étant des facteurs qui contribueraient à la prévention des fistules obstétricales. Selon les participants aux discussions de groupe et entretiens individuels, les consultations prénatales et postnatales pourraient aider à éviter cette pathologie chez les femmes. La plupart des informateurs ont en effet insisté sur le fait que les accouchements effectués en milieux hospitaliers sous le contrôle de spécialistes en la matière, contribueraient aussi à réduire considérablement l'incidence de la maladie au sein de la population :

« *Si tu es enceintes, tu dois rapidement aller vers les centres de santé, on doit t'examiner et te traiter jusqu'au dernier jour de l'accouchement* » (EI, accoucheuses traditionnelles, Duékoué)

« *je pense que les femmes en grossesse doivent suivre correctement leurs consultations, c'est très important. Si les femmes arrivent à respecter ce que leur recommande le médecin, il y aura une réduction notable des fistules obstétricales* » (EI, Chirurgien, Guiglo).

### **Action 5 : Implication des hommes dans la promotion du changement de comportement chez les femmes et la prise en charge de celles victimes de fistules obstétricales**

L'implication des hommes dans la promotion de comportements responsables et à moindre risque chez les femmes, leurs partenaires, et la prise en charge de celles victimes de fistules a été largement évoquée par les populations et les prestataires lors des discussions et des entretiens. Les participants pensent que l'homme et sa partenaire devraient partager les responsabilités inhérentes à la survenue des fistules étant donné que la reproduction est avant tout une affaire de couple et non un choix personnel de la femme. Dans ces conditions, le soutien de l'homme à tous les niveaux (matériel, financier, moral, etc.) à sa partenaire s'avère déterminant. Ceux-ci sont appelés à encourager leurs conjointes à respecter toutes les mesures visant à lutter contre les fistules obstétricales. En général, les hommes exercent une forte influence sur leurs conjointes/partenaires de sorte que les ignorer dans la mise en œuvre d'un programme relatif à la lutte les fistules obstétricales conduirait à l'échec.

« Je pense que le mari doit servir de réconfort à sa femme parce que les fistules sont consécutives à des grossesses, donc il a sa part de responsabilité dans cette affaire, si au cours du travail son mari l'avait amené très tôt à l'hôpital, il n'y aurait pas eu de problème » (EI, gynécologue, Abengourou)

« Son mari, qu'il l'aide moralement et matériellement » (FGD, hommes, Duekoué).

« Le premier médecin de la femme c'est son mari, il faut que le mari donne le moral à sa femme avant ou après la sensibilisation » (FGD, hommes, Abidjan)

Pour la plupart des participants interviewés et singulièrement les femmes et les prestataires de santé, l'implication des hommes passe par leur information sur les causes, les manifestations et les conditions de survenue des fistules obstétricales et les moyens de prévention à travers les campagnes de sensibilisation, les conférences, les séminaires, les discussions au sein du couple, etc. En effet, il est question de leur donner le maximum d'informations sur la pathologie afin qu'ils puissent à leur tour aider leurs conjointes/partenaires à s'en prémunir.

« Les hommes répudient leurs partenaires quand elles sont atteintes de fistules parce qu'ils ne savent pas que les fistules surviennent à la suite des complications de grossesses » (EI, chirurgien, Guiglo)

« La femme doit d'abord avertir son mari que j'ai telle maladie. Il y a souvent certaines femmes qui cachent la maladie, et c'est quand c'est grave qu'on découvre. Et donc dans un premier temps, la première personne qu'elle doit informer c'est son mari » (FGD, femmes, Abengourou)

## **Action 6 : Amélioration du statut social des femmes et des conditions de vie des populations**

Selon les prestataires, les femmes scolarisées ou instruites se prennent mieux en charge en cas de grossesse que les analphabètes. Grâce à l'instruction, elles comprennent plus les risques liés à la procréation. Par ailleurs, ces femmes instruites disent-ils ont accès plus aisément aux services sociaux de base et à l'information nécessaire. De sorte qu'elles sont plus enclines à adopter des comportements responsables et à moindre risque. Ce faisant, ces spécialistes de la santé optent pour la scolarisation des femmes comme stratégie de lutte contre les fistules obstétricales. Selon eux, c'est une stratégie à long terme, mais qui est efficace et durable.

« Moi, ma priorité, je pense que ce n'est pas une priorité immédiate, c'est en amont qu'il faut agir. Il faut scolariser les femmes. Dans les manuels de l'école aussi, il faut faire une éducation sanitaire. A partir de là, quand la femme va prendre conscience qu'à 14 ans, elle ne doit pas prendre une grossesse. Elle ne doit pas être mariée précocement. Elle saura qu'il faut faire les consultations plus rapprochées pour éviter les fistules obstétricales » (EI, sage-femme, Duekoué)

En outre, les populations affirment que dans les pays en développement, les femmes courent plus le risque d'avoir des fistules obstétricales pour diverses raisons, notamment, l'extrême pauvreté et l'analphabétisme criard dont elles sont victimes, l'attitude irresponsable de certains hommes vis-à-vis de leurs conjointes, l'absence ou l'insuffisance des structures sanitaires dans certaines localités, en milieu rural surtout, leur éloignement des populations cibles et/ou leur sous-équipement, le mauvais accueil des professionnels de la santé, le manque de médicaments, l'insuffisance de personnel formé et qualifié, etc. Toutes ces raisons rendent difficile la fréquentation des structures sanitaires par les femmes et singulièrement celles du milieu rural. Ces femmes du milieu rural qui sont en majorité analphabètes, sont sujettes à des

comportements à risque pour leur santé. Pour ce faire, les informateurs pensent que l'amélioration du statut socio-économique des femmes et des conditions de vie en général, surtout en milieu rural où la pauvreté sévit avec plus d'acuité contribuerait à réduire l'incidence de cette maladie au sein de la population.

*« A l'hôpital si femme est enceinte, qu'elle va accoucher à l'hôpital, on dit donne 20 000 F CFA, comment elle va faire si elle n'a pas d'argent ? Donc c'est à cause de ça les femmes ne peuvent pas partir à l'hôpital et si on nous appelle, on s'en va l'aider » (EI, accoucheuses traditionnelles, Duekoué)*

*« 80 % des femmes qu'on rencontre, c'est des dames qui n'ont pas eu la chance d'avoir de l'argent qui ont traîné dans les centres de santé avant d'arriver au CHR » (EI, chirurgien Guiglo)*

En conclusion, les participants estiment qu'en raison du faible pouvoir économique des femmes surtout celles du milieu rural à se prendre en charge en cas de grossesse, pouvoir économique qui s'est encore amenuisé avec la crise économique et socio-politique que traverse la Côte d'Ivoire depuis quelques années, la distribution gratuite des médicaments, l'équipements des structures sanitaires existantes et la qualité des prestations offertes, etc. inciteraient les femmes à adopter des comportements nouveaux en vue de lutter contre les fistules obstétricales.

*« Si on pouvait avoir les médicaments gratuitement ça pouvait motiver les femmes à aller à l'hôpital. Pour avoir à manger c'est difficile, s'il faut aller à l'hôpital c'est créer d'autres problèmes » (FGD, femmes, Guiglo)*

### **III.8.1) Actions prioritaires à mettre en œuvre pour une prise en charge efficace et une prévention des fistules obstétricales à divers niveaux d'intervention**

Les participants sont unanimes sur le fait que la mise en œuvre des actions de prévention et/ou la prise en charge des fistules obstétricales nécessite l'implication de tous les acteurs au développement. Selon eux, le gouvernement, le personnel médical, les ONG, les média et la communauté (locale, nationale ou internationale) doivent intervenir en synergie dans la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales en vue d'assurer une qualité de vie aux femmes en grossesse ou victimes de cette pathologie. Ainsi :

#### **Au niveau du gouvernement**

Par rapport à la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales, les informateurs estiment dans leur grande majorité que l'Etat demeure le principal intervenant. Il lui revient donc à travers une ferme volonté politique de définir la politique de sensibilisation et d'initier des campagnes de sensibilisation de masse au plan national en vue de faire connaître les fistules obstétricales par les populations. Les informateurs déplorent le fait qu'à ce jour, rien n'est été fait sur ce drame qu'est la fistule obstétricale. Ainsi, ils pensent que l'Etat devrait les informer suffisamment par des stratégies d'IEC sur les causes, les manifestations, les conditions de survenue de la maladie et les moyens de s'en prémunir ou de les réparer. Par ailleurs, il devra par des stratégies d'IEC/CCC veiller à faire changer les comportements à risque observés chez la majorité des femmes en grossesse. Les propos suivants montrent bien le rôle de l'Etat :

*« C'est une volonté politique, il faut insister sur la volonté politique » (EI, prestataire de santé, Abidjan)*

« L'Etat, doit envoyer des gens pour sensibiliser pour montrer que cette maladie est dangereuse. Faut mettre des fonds en place à la disposition du personnel médical pour pouvoir faire des sensibilisations, des séminaires, il faut des fonds pour ça » (FGD, femmes, Abidjan )

« Je pense qu'il y a un problème. Bon, depuis que je suis là, il n'y a pas eu de politique en direction des fistules, en dehors du cas de sida, de la planification familiale. Il faut faire une sensibilisation au sein de la population» (EI, gynécologue, Abengourou).

Par ailleurs, la plupart des participants pensent aussi qu'il est du devoir de l'Etat de mettre des structures de prise en charge des fistules obstétricales à la disposition des femmes :

«C'est grâce à l'Etat que nous on vit, donc, c'est le gouvernement qui doit envoyer bons médicaments, des docteurs et il doit mettre aussi à la disposition des femmes des centres, pour que ils s'occupent des femmes qui sont éloignées qui n'ont pas les moyens pour se déplacer » (FGD, femmes, Abengourou).

Certains informateurs proposent même que l'Etat fasse une distribution gratuite des médicaments en vue d'encourager les femmes à fréquenter les structures sanitaires et qu'il prenne des sanctions contre ceux qui encouragent les pratiques néfastes telles que les MGF:

«Si on pouvait avoir les médicaments gratuitement ça pouvait motiver les femmes à aller à l'hôpital. Il faut que le gouvernement fasse quelque chose pour nous, pour nous aider parce qu'on est pauvre » (FGD, femmes, Guiglo)

« L'Etat doit interdire d'abord les accouchements hors hôpitaux, maintenant, interdire les excisions, les avortements. Il faut que l'Etat arrive à punir les gens qui font ces pratiques » (FGD, hommes, Duekoué)

En dehors des tâches que les informateurs et informatrices attribuent au Gouvernement pour la prévention des fistules obstétricales et leur prise en charge, les prestataires de santé pensent qu'il doit mettre à leur disposition des blocs opératoires opérationnels. A ce sujet, un médecin dit ceci : «Si le gouvernement peut vraiment ouvrir des blocs opératoires un peu partout, avec des médecins» (EI, Médecin, Guiglo).

### **Au niveau médical**

Les participants pensent que les prestataires doivent également intervenir dans les activités de sensibilisation. Le personnel médical doit initier des campagnes de sensibilisation de proximité en vue de faire connaître la maladie par les populations, en particulier les femmes :

« ce qu'on doit faire, il faut que les médecins prennent le temps d'expliquer, aller dans les villages, parler dans tous les quartiers qu'ils puissent faire sous formes de meeting pour expliquer » (FGD, femmes, Duekoué).

« Au niveau médical, les médecins doivent appeler les femmes pour leur parler. Je pense qu'il est bon que cette maladie, on en parle pour connaître de quoi il s'agit, de quoi c'est du, à partir de ce moment là on peut prendre les précautions » (FGD, hommes, Duékoué).

Par ailleurs, selon les participants, c'est aux prestataires de santé qu'incombe la résolution des problèmes inhérents aux fistules obstétricales parce que ce sont eux les spécialistes en la matière. Dans ces conditions, les prestataires désirent que le personnel médical qui travaille au niveau périphérique fasse très rapidement l'évacuation des femmes dont la grossesse présente

des anomalies: « *Il appartient au personnel médical qui travaille à la périphérie de faire les évacuations vite, chacun doit connaître ses limites* » (EI, gynécologue, Abengourou).

### **Au niveau des ONG, des partenaires au développement dont l'UNFPA, des médias et de la communauté**

Par rapport à la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales, la collaboration avec les ONGs, les médias, les partenaires au développement et la communauté est aussi souhaitée, notamment en ce qui concerne la sensibilisation de proximité. Ces intervenants apparaissent comme des relais et des appuis sûrs. A ce titre, ils doivent assurer l'évaluation et le suivi des actions menées à grande échelle par l'Etat et ce, au niveau des groupes spécifiques comme par exemple les populations du milieu rural. Les partenaires au développement, en particulier l'UNFPA et l'OMS ont été spécialement interpellés en tant que bailleurs de fonds. En effet, les informateurs estiment que ces organismes se doivent de mettre à la disposition de l'Etat ou des ONGs des fonds pour la mise en œuvre de programmes de lutte contre les fistules obstétricales. Quelques propos recueillis lors des discussions mettent en exergue ses opinions :

« *Le FNUAP, l'OMS, tous ces partenaires au développement doivent donner les moyens afin que la sensibilisation ne s'arrête pas seulement en ville. Ce que nous déplorons en ville, alors que c'est dans les villages même que certaines pratiques traditionnelles peuvent causer ces fistules-là* » (FGD, hommes, Guiglo)

« *Les chefs de quartiers en principe doivent sensibiliser surtout la population, ne pas faire accoucher les femmes hors de l'hôpital, les amener vers l'hôpital pour qu'elles soient bien surveillées et puis, les accouchements à la maison ça amène les complications* » (FGD, hommes, Abidjan)

Le rôle des médias dans cette lutte contre les fistules obstétricales devra être d'organiser des campagnes de sensibilisation. Ainsi, les informateurs pensent aussi que les partenaires au développement en particulier, les ONG doivent informer les membres de la communauté en s'appuyant sur les médias.

« *Les médias doivent parler de la maladie dans tous les villages. On doit parler de la maladie au journal écrit pour montrer à toutes les femmes et aussi aux maris pour que si leurs femmes est enceinte, il lui donne de l'argent pour aller à l'hôpital* » (FGD, femmes, Duékoué).

### **Au niveau des fistuleuses et leurs partenaires**

Les informateurs estiment que les femmes porteuses de fistules obstétricales ne devraient pas avoir honte de leur état qui est qualifié comme un accident de parcours dans l'évolution de la grossesse. Elles gagneraient plutôt à se confier aux professionnels de la santé et à fréquenter les structures sanitaires car, des possibilités de réparation des fistules obstétricales existent. Par ailleurs, la situation des fistuleuses doit servir de leçons aux autres femmes en particulier celles qui sont en grossesse. En effet, l'expérience des femmes porteuses de fistules obstétricales pourrait engendrer des changements de comportements chez les femmes enceintes.

« *Une femme qui a cette maladie, doit prendre soin d'elle-même. Elle doit aller à l'hôpital. Il ne faudrait pas qu'elle honte, qu'elle parte directement voir un médecin pour se traiter* » (EI, sage-femme, Bouké)

*« De ne pas avoir honte, de venir à l'hôpital. La plupart du temps, elles se cachent. Il faut leur dire de venir à l'hôpital, qu'il y a un médicament qui peut les guérir. Parce que pour elles, on ne peut pas les guérir » (EI, sage-femme, Guiglo)*

Les partenaires des femmes porteuses de fistules obstétricales ont aussi un rôle à jouer dans la prévention et la prise en charge de cette pathologie. Leur soutien peut reconforter leurs partenaires, surtout que celles-ci font déjà l'objet de stigmatisation/discrimination de la part de la société.

*« Le premier médecin de la femme, c'est son mari » (FGD, femmes, Abidjan)*

*« Je crois que c'est un accident pour la femme surtout. Le mariage c'est Dieu qui l'a institué, on se marie pour le bien et le pire. Le mari doit prendre en charge sa femme totalement » (FGD, femmes, Duékoué)*

*« Je pense qu'il doit l'envoyer à l'hôpital. Il faut qu'il reste avec cette dernière et tout faire pour réparer la fistule » (FGD, femmes, Abidjan).*

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans le monde entier, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) mène des actions de lutte contre les fistules obstétricales depuis 2003 à travers la campagne « En finir avec les fistules » dans une trentaine de pays. Ces pays doivent tous passer par trois étapes telles que l'évaluation des besoins, l'adoption d'une politique nationale et la réalisation de programme prenant en compte à la fois la prévention, le traitement et la réinsertion sociale.

La présente étude est relative à la phase d'évaluation des besoins en Côte d'Ivoire. En effet, dans le cadre de la mise en œuvre du projet de lutte contre les fistules obstétricales, le Ministère de la Santé Publique et de la Population a commandité avec l'appui de l'UNFPA, une étude épidémiologique et socio-anthropologique en vue de disposer d'informations pertinentes et nécessaires pour une meilleure définition des activités à mener. Cette étude comprend trois volets notamment, la recherche documentaire, l'étude quantitative et qualitative sur les fistules Obstétricales. L'étude a été conduite dans les districts sanitaires d'Abidjan, de Bouaké, de Duekoué, de Guiglo et d'Abengourou auprès des populations (hommes, femmes, accoucheuses traditionnelles, ex-exciseuses), et des prestataires de santé ainsi que des fistuleuses elles-mêmes. Les investigations se sont déroulées sous forme de focus-group dirigés et d'entretiens individuels en ce qui concerne le volet qualitatif mais également sous forme de dépouillement des registres de santé dans les districts sanitaires visités pour ce qui est du volet quantitatif. Au total, 10 Focus Group Dirigés (FGD) ont été réalisés dont 6 avec les femmes et 4 avec les hommes. Parmi les 6 FGD de femmes, 1 a eu lieu exclusivement avec les accoucheuses traditionnelles. Des entretiens individuels (EI) ont été conduits auprès de 3 accoucheuses traditionnelles, 3 ex-exciseuses 1 tradipraticienne, 1 agent de mobilisation communautaire, 1 fistuleuse et 12 prestataires de santé dont 1 urologue, 2 chirurgiens, 3 gynécologues, 1 médecin généraliste et 5 sages-femmes. En revanche, 209 cas de fistules tous types confondus ont été identifiés lors de l'étude quantitative.

Ce document présente les résultats de cette étude. Dans l'ensemble, il ressort les résultats suivants :

**Faible niveau de connaissance des fistules obstétricales chez les populations contrairement à celui relevé chez les professionnels de la santé :** Dans l'ensemble, les résultats des investigations révèlent un très faible niveau de connaissance des fistules obstétricales au sein de la communauté. La grande majorité des populations a fait montre d'une méconnaissance des fistules obstétricales. De l'analyse des données relatives à cette question, l'on note que d'une manière générale, les fistules n'ont pas été citées d'emblée par ces informateurs comme étant une des maladies féminines les plus fréquentes dans la communauté. En revanche, on note une bonne connaissance de cette pathologie chez les prestataires de santé qui serait due à leur formation et/ou aux expériences acquises dans l'exercice de la profession. La plupart des professionnels de la santé ont de façon spontanée donné une définition relativement correcte de la maladie et décrit avec clarté ses différents types en Côte d'Ivoire. De même, on a pu noter une bonne connaissance de ses causes, ses conditions de survenue et ses manifestations chez ceux-ci.

**Perceptions négatives vis-à-vis des fistules obstétricales :** La quasi-totalité des informateurs ayant participé aux discussions de groupe et entretiens individuels ont émis des opinions défavorables sur les fistules obstétricales. Selon ces participants, cette pathologie est invalidante et équivaut à la mort. C'est une sale et honteuse maladie qui est plus grave que le SIDA . Interrogés sur leurs perceptions vis-à-vis des fistules obstétricales, les informateurs en ont en général une perception négative qui réside dans le fait qu'elles constituent un danger pour la

santé voire la vie de la femme et de son enfant. Dans leur entendement, la survenue de la fistule est liée à des causes surnaturelles et/ou à la pratique du multipartenariat qui conduit à des activités sexuelles intenses.

**Attitudes de stigmatisation/discrimination ou de compassion vis-à-vis des femmes fistuleuses selon le cas :** Une frange relativement importante de la population pense qu'elle adopterait une attitude de rejet et de stigmatisation à l'égard des femmes porteuses de fistules obstétricales qu'elle juge sales et répugnantes. Selon ces personnes, l'odeur que dégage l'écoulement permanent des urines et matières fécales rend insupportable la vie aux côtés de ces femmes. En outre, cette attitude de rejet se justifierait par la peur d'être contaminé par une maladie dont on ignore totalement les causes et les moyens de prévention. En revanche, la grande majorité des informateurs, estiment que pour des convictions religieuses, elle aurait compassion et porterait secours aux femmes porteuses de fistules obstétricales. D'autres participants expliquent qu'ils se résoudraient à la résignation pour prendre en charge leur enfant ou parent atteint de fistules obstétricales.

**Facteurs à l'origine de la survenue des fistules obstétricales :** Plusieurs facteurs sont à l'origine de la survenue des fistules obstétricales chez les femmes en grossesse. Il s'agit plus précisément de:

- **L'absence de suivi médical de la grossesse :** la plupart des cas de fistules rencontrés sont la conséquence de grossesses à risque, soit du fait d'une grande précocité, soit à cause d'une multiparité associée à des grossesses rapprochées. Très souvent, ces grossesses ne sont pas suivies par un personnel qualifié et formé parce que les femmes en particulier celles du milieu rural ont faiblement ou pas du tout recours aux formations sanitaires lorsqu'elles sont enceintes.
- **L'accouchement dystocique :** Il s'agit d'un accouchement qui interviendrait à la suite des complications de grossesse qui parfois sont dues aux comportements des clientes et/ou de leur entourage. Certaines femmes en grossesse ou les membres de leur entourage, peuvent avoir des comportements à risque. Il arrive que l'on fasse boire à des femmes en grossesse, des « médicaments indigènes » pour les aider à vite accoucher et échapper à la douleur inhérente « au travail ». Ces décoctions peuvent entraîner une rupture utérine, mettant ainsi en danger la vie de la femme et de son bébé. En outre, certaines sages-femmes tardent parfois à évacuer des cas d'accouchement avec complication. Pour ce faire, le personnel intervenant dans les formations sanitaires périphériques devrait connaître ses limites et référer de tels cas le plus vite possible.
- **L'accouchement ou la tentative d'accouchement à domicile :** les accouchement faits à domicile par des femmes qui n'en ont aucune compétence (accoucheuses traditionnelles) peuvent aussi causer des fistules obstétricales.
- **Le recours très tardif au centre de santé, dans une situation d'urgence extrême :** L'évacuation tardive, dans une situation d'urgence extrême, des femmes en grossesse leur fait également courir des risques de contracter les fistules obstétricales.
- **Faible recours ou non fréquentation des structures sanitaires et leur éloignement des populations cibles :** Les femmes qui ne fréquentent pas les formations sanitaires en cas de grossesse, s'exposent aussi à la survenue des fistules. En l'absence de consultations prénatales, il est difficile de déceler d'éventuelles anomalies dans l'évolution de la grossesse notamment, un gros fœtus, un fœtus avec une tête puissante ou une position non souhaité du

foetus dans l'utérus, etc. Par ailleurs, l'inaccessibilité géographique des formations sanitaires peut être un élément justificatif de la survenue des fistules obstétricales.

**Opinions mitigées sur la relation entre les Mutilations Génitales Féminines (excision) et les fistules obstétricales :** Par rapport la relation entre la survenue des fistules obstétricales et l'excision, les avis des informateurs sont partagés. Pour certains, l'excision provoque à long terme des difficultés lors de l'accouchement ce qui peut entraîner la fistule obstétricale. Pour d'autres par contre, il n'y aurait aucune relation entre cette pathologie et la pratique de l'excision. Les prestataires de santé quant à eux, pensent qu'il n'existe pas un lien directe entre l'excision et la fistule obstétricale. Toutefois, l'infibulation, cette forme sévère de mutilation génitale féminine qui peut occasionner d'importantes cicatrices, peut favoriser l'apparition de fistules obstétricales chez la femme. Heureusement cette forme d'excision n'est pas beaucoup pratiquée en Côte d'Ivoire.

**Recours thérapeutique basé sur la croyance et le pouvoir d'achat des populations :** Les résultats de la présente étude montrent qu'en général, les populations vont d'abord chez les tradipraticiens avant de s'orienter en cas d'insatisfaction ou d'échec total vers la médecine moderne. Le comportement ambivalent en matière de recours thérapeutique observé chez ces populations est lié aux croyances mais aussi à la conjoncture économique. Pour certains types de maladies jugées surnaturelles comme les fistules obstétricales, il est évident que la priorité sera accordée aux soins traditionnels. En outre, la crise qui sévit dans le pays depuis plusieurs années, a entraîné une dégradation des conditions de vie et baissé le pouvoir d'achat des populations. De sorte que, face à la maladie, ceux-ci tentent d'abord de se soigner par les plantes qu'ils estiment relativement moins chères. Les populations et les prestataires de santé, pensent que les femmes victimes de fistule adoptent la même stratégie.

**Nombreuses conséquences dramatiques au niveau socio-économique et de la santé :** La fistule obstétricale est une maladie grave qui a des conséquences à court et long terme sur la santé de la femme victime et qui bouleverse ou met en mal toute sa vie sociale. Les fistuleuses sont moralement et physiquement diminuées. Elles sont très souvent sujettes à des railleries et font l'objet de stigmatisation/discrimination dans leur milieu social. Par ailleurs, elles vivent une très grande souffrance morale caractérisée par une faible ou un manque total d'estime de soi. Elles éprouvent aussi un complexe d'infériorité et un sentiment d'abandon. En dehors, de tout traitement, cette maladie expose à l'exclusion sociale et à une vie d'horreur. En outre, l'émission permanente des urines peut à la longue et dans de mauvaises conditions d'hygiène, causer des infections urinaires à répétition et des irritations qui pourraient mettre leur vie en danger. Le traumatisme psychologique causé par cette maladie peut entraîner une dépression voire la mort de la femme. Les conséquences de la fistule obstétricales au plan économique se résument entre autres à l'incapacité pour la fistuleuse de travailler, aux lourdes charges financières que nécessitent les soins administrés.

**Faible possibilité de prise en charge des fistules obstétricales :** Le système sanitaire ivoirien ne dispose d'aucun dispositif formel de prise en charge des fistules obstétricales surtout dans les districts de l'intérieur du pays. L'état des connaissances de la fistule obstétricale est révélateur du fait que cette pathologie ne bénéficie d'aucune politique de prise en charge médicale. En outre, aucune organisation concrète et concertée n'existe au sein de la communauté pour prendre en charge les femmes malades de fistules obstétricales. La prise en charge psychosociale et financière de la communauté reste souvent limitée et constitue une réelle difficulté pour les fistuleuses en l'absence de prise en charge étatique.

**Documentation presque inexistante sur les fistules obstétricales :** Les femmes fistuleuses

sont reçues mais non enregistrées dans les registres de santé. Les cas de fistules documentés ne le sont pas suffisants. Par ailleurs, les praticiens semblent ne pas accorder de l'importance à l'archivage.

**Absence de partenaires intervenant dans la lutte contre les fistules :** En dehors du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), cette étude n'a pas identifié d'autres partenaires au développement qui interviendraient dans la lutte contre les fistules obstétricales.

**Besoin de formation du personnel de santé pour la prise en charge des fistules :** Il n'y a pas suffisamment de spécialistes en réparation des fistules obstétricales. Les prestataires de santé interviewés ont exprimé un besoin en formation pour la prise en charge des fistules obstétricales, notamment une formation en urologie.

Au regard des conclusions importantes et intéressantes auxquelles cette étude est parvenue, les recommandations suivantes peuvent être faites :

1. **Organiser des campagnes de sensibilisation mass média dans le cadre de la lutte contre les fistules obstétricales :** Le Gouvernement de Côte d'Ivoire doit initier avec la collaboration des partenaires au développement, notamment l'UNFPA, les ONGs, les leaders religieux, communautaires et les prestataires de santé, une vaste campagne de sensibilisation masse média au plan national en vue d'informer les populations sur les fistules obstétricales comme étant une conséquence des complications de l'accouchement. Les campagnes ciblant les femmes et les hommes doivent faire ressortir les messages relatifs aux causes, manifestations et conditions de survenue de la maladie ainsi qu'aux moyens de s'en prémunir. Des participants pensent que c'est la seule manière de faire prendre conscience aux populations en général et en particulier, les femmes, des risques auxquels elles sont exposées au cours de la grossesse. Par ailleurs, les femmes réagiraient mieux aux témoignages faits à la télévision par les fistuleuses et ex-fistuleuses dans le but de leur parler des précautions à prendre pour éviter cette pathologie et des possibilités qui existent en matière de prise en charge ou de réparation des fistules obstétricales. Les campagnes de sensibilisation doivent cibler tout particulièrement les femmes en grossesse et analphabètes et les hommes du milieu rural car, ce sont eux qui adoptent le plus souvent des comportements à risque pouvant occasionner la survenue des fistules obstétricales.

2. **Faire de la sensibilisation de proximité :** La plupart des groupes de discussion et des entretiens individuels organisés ont dit que les campagnes de sensibilisation de proximité devaient se dérouler sur toute l'étendue du territoire national en particulier, dans les quartiers, les villages et campements pour garantir une bonne couverture géographique des activités de sensibilisation et fournir suffisamment d'informations sur les fistules obstétricales, plus précisément sur les causes, les manifestations, les conditions de survenue et les moyens de prévention, aux populations en général et aux femmes en grossesse en particulier. A cet effet, la plupart des participants ont dit que les leaders communautaires, religieux, coutumiers, les accoucheuses traditionnelles et les ex-exciseuses devaient être mis à contribution pour informer les populations surtout les femmes. D'autres par contre, désirent que les prestataires de santé informent systématiquement toutes les femmes qui viennent en consultation dans les structures sanitaires, sur les fistules obstétricales et les moyens de les éviter. En outre, selon les informateurs, les partenaires au développement notamment, l'UNFPA, l'OMS, etc. devraient fournir les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre de ces activités de sensibilisation.

3. **Former les prestataires de santé et les accoucheuses traditionnelles en vue d'améliorer la prise en charge des fistules obstétricales :** Les prestataires de santé interviewés reconnaissent l'existence d'un déficit de ressources humaines capables de réparer la fistule dans les districts sanitaires en Côte d'Ivoire. Eu égard à ces insuffisances de spécialistes, il importe de développer des activités de formation technique des prestataires afin d'avoir un personnel de santé suffisant et opérationnel pour la prise en charge des fistules sur toute l'étendue du territoire national. Le Ministère de la Santé, les partenaires au développement, en particulier l'UNFPA et les ONGs devront s'atteler à cette tâche. Il a aussi été suggéré que les accoucheuses traditionnelles soient formées à la prise en charge des femmes en grossesse, dans les zones où il y a un déficit de formations sanitaires.

4. **Assurer le suivi médical correct des femmes en grossesse et élimination de certaines pratiques sociales néfastes :** Le suivi médical des femmes en grossesse ainsi que l'élimination des pratiques sociales néfastes ont été aussi évoqués par la plupart des informateurs comme étant des facteurs qui contribueraient à la prévention des fistules obstétricales. Selon les participants aux discussions de groupe et entretiens individuels, les consultations prénatales et postnatales ainsi que l'élimination des Mutilations Génitales Féminines (MGF) et des avortements provoqués pourraient aider à éviter cette pathologie chez les femmes. La plupart des informateurs ont en effet insisté sur le fait que les accouchements effectués en milieux hospitaliers sous le contrôle de spécialistes en la matière contribueraient également à réduire considérablement l'incidence de la maladie au sein de la population ; pour ce faire, on devrait informer les femmes au cours de ces discussions sur l'importance des accouchements en milieu médicalisé et sur la préparation de l'accouchement.

5. **Renforcer le plateau technique existant au niveau régional par la mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et la formation des prestataires à la prise en charge des fistules :** La fistule obstétricale est une pathologie qui nécessite une chirurgie réparatrice assez particulière. Ainsi, pour répondre aux besoins des femmes qui en sont porteuses, les prestataires de santé pensent qu'il est indispensable de créer un centre de référence pour la prise en charge médicale des femmes victimes et de renforcer le plateau technique existant. Dans cette perspective, un accent devrait être mis sur la création d'un Centre National de prise en charge des fistules au niveau du CHU de Treichville qui accueille déjà un nombre important de femmes porteuses de fistules obstétricales. La fourniture de soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les Formations sanitaires de référence régionales pourrait contribuer à prévenir un certain nombre de cas de fistules

6. **Renforcer le service d'hospitalisation et de prise en charge des fistules obstétricales du CHU de Treichville afin d'en faire un Centre de référence national:** L'UNFPA et les autres partenaires au développement devraient appuyer le gouvernement ivoirien pour créer un service de prise en charge des fistules obstétricales et d'hospitalisation au CHU de Treichville à l'image de ce qui a existé dans les années 1990 au CHU de Cocody avant la rénovation.

7. **Mettre en place un système d'archivage fonctionnel au niveau du CHU de Treichville et des structures sanitaires de références au niveau régional :** Appuyer les structures dans l'amélioration de leur système d'archivage par (i) la sensibilisation du personnel sur l'importance de la complétude des données médicales (ii) la formation des prestataires en SIG/SR (iii) la dotation en matériel informatique

8. **Organiser des actions de prise en charge médicale :** Compte tenu du coût élevé de la prise en charge des fistules obstétricales en Côte d'Ivoire, le gouvernement et les partenaires

au développement devraient entreprendre des actions de prise en charge médicale de cette pathologie à l'image de ce qui se fait dans le domaine du VIH/SIDA. L'UNFPA devrait s'impliquer pour cela.

9. ***Impliquer les hommes dans la sensibilisation et la promotion du changement de comportement*** : Cela a été évoqué par les informateurs lors des discussions. Les participants pensent que l'homme et sa partenaire devraient partager les responsabilités inhérentes à la survenue des fistules étant donné que la santé de la reproduction est avant tout une affaire de couple et non un choix personnel de la femme. Dans ces conditions, l'assistance de l'homme à sa partenaire à tous les niveaux (matériel, financier, moral, etc.) s'avère déterminant. Les résultats de la présente étude ont aussi mis en exergue que l'information et la sensibilisation des hommes contribueraient à accroître leur sens de la responsabilité et/ou à attirer leur attention sur la nécessité pour eux de participer au même titre que la femme à la gestion des problèmes relatifs à la lutte contre les fistules obstétricales. Les hommes ont besoin d'être éduqués, sensibilisés et informés des conséquences des fistules obstétricales sur la santé de la femme et sur la vie socio-économique de la famille. Ils pourraient à leur tour motiver leurs conjointes à adopter des comportements responsables et à moindres risques (suivre les consultations prénatales et postnatales, accoucher à la maternité, avoir recours à la planification familiale).

10. ***Encourager la discussion au sein du couple dans le cadre de la lutte contre les fistules obstétricales***: En l'absence de dispositif formel de prise en charge dans les structures sanitaires du pays et des dispositions formelles en la matière au niveau communautaire, les hommes, partenaires des femmes porteuses de fistules demeurent les seuls appuis sûrs. Ainsi, ces femmes gagneraient à se confier à leur conjoint/partenaire plutôt que de chercher à camoufler leur maladie. Par ailleurs, l'homme et sa conjointe/partenaire ont tous deux intérêt à discuter, échanger sur la question afin d'y trouver une solution idoine pour le bonheur de la famille. Par ailleurs, les hommes ont une influence relativement importante sur la décision de la femme pour tout ce qui touche à sa santé. Il serait alors souhaitable que le programme sur les fistules obstétricales vise une participation active des hommes et qu'une sensibilisation des couples sur la nécessité de discuter des questions relatives à cette pathologie soit faite.

11. ***Poursuivre les efforts en matière de scolarisation des jeunes filles***: La scolarisation des jeunes filles permet d'atténuer les inégalités entre les sexes et encourage celles-ci à participer au processus de prise de décision, en particulier, celle relative à la santé. En outre, la scolarisation offre aux femmes beaucoup plus d'opportunités. Pour ce faire, les efforts entrepris en matière de scolarisation des jeunes filles devraient être poursuivis, voire accrus. En effet, un niveau d'instruction et d'éducation élevé procurera aux femmes des aptitudes à participer au processus de prise de décision au sein de la société en général et singulièrement au sein de leur ménage sur les questions relatives à leur santé. L'instruction permettra aussi aux femmes d'accéder à un emploi rémunéré en vue de réduire leur dépendance économique vis-à-vis de leur conjoint/partenaire et aussi d'accéder à l'information nécessaire sur les problèmes de santé existants.

12. ***Améliorer le statut de la femme et les conditions de vie des populations*** : L'amélioration du statut de la femme fait partie des solutions à envisager dans la lutte contre les fistules obstétricales. La subordination des femmes rend encore plus difficile leur capacité à se prendre en charge en cas de maladie. Selon les prestataires, les femmes scolarisées ou instruites se prennent mieux en charge en cas de grossesse parce qu'elles comprennent plus les risques liés à la procréation. Par ailleurs, elles ont accès plus aisément à l'information nécessaire et adoptent des comportements responsables et à moindre risque.

13. ***Mettre en place un dispositif de suivi psychologique et de réinsertion socioéconomique des femmes guéries, dans leur communauté :*** Les femmes guéries de fistules obstétricales doivent aussi retrouver leur dignité et reprendre le cours normal de la vie. D'où la nécessité de créer un mécanisme de leur réinsertion dans la communauté au plan social et économique.

## Bibliographie

ABHE Philippe P. A. S., (1993) «La pathologie uro-génitale au CHR de Bouaké : réalités et perspectives d'avenir, à propos de 1113 cas colligés de 1986 à 1990 dans le service de chirurgie du CHR de Bouaké » ; Thèse de médecine/Université d'Abidjan

ACHI Sohoun G., (1995) « Bilan d'activité urologique dans un hôpital de 2<sup>e</sup> catégorie : cas particulier de l'hôpital de Gagnoa » ; Thèse de médecine/Université d'Abidjan

AHOLIA Hubert, (2002) « Les accouchements hors maternité à propos de 406 cas colligés à la maternité du CHR de Divo » ; Thèse médecine/Université de Cocody

AKUDA Thomas G., (2003) « Profil épidémiologique et clinique des consultations externes d'urologie du CHU de Cocody du 01-01-98 au 31-12-81 » ; Thèse de médecin/Université de Cocody

AMOIKON Marie-José, (1988) « Bilan d'une année d'activité dans un service d'obstétrique urbain du 15-11-86 au 14-11-87 » ; Thèse de médecine/Université d'Abidjan

AMON-KOUAME Yahn C., (1997) «Morbidity et mortalité à l'hôpital de Djèkanou » ; Thèse de médecine/Université d'Abidjan

ANOMA Mathieu, (1980) « 4000 cas de césariennes opérées dans le service de gynéco-obstétrique CHU de Cocody du 01-01-75 au 31-12-79 » ; Thèse de médecin/université d'Abidjan

BERTHE Youssouf, (1992) « Pronostic fœto-maternel dans les accouchements par césarienne, à propos de 218 cas colligés dans le service de gynéco-obstétrique du CHR de Bouaké du 02-04-90 au 01-04-91 » ; Thèse de médecine/Université d'Abidjan

BOBO Dreasse I. P., (1993) «Les évacuations obstétricales au CHU de Yopougon » ; Thèse de médecine/Université d'Abidjan

DEKOU A. H., KONAN P. G., MANZAN K., OUEGNIN G. A., DJEDJE-MADY A., YAO Dje C., (2002) « Le point sur les fistules en Côte d'Ivoire à la fin du XX<sup>e</sup> siècle. Résultats de 70 cas » ; Annales d'Urologie

DEKOU ANGORORAN H., (1997) « La rectomyoplastie dans la cure des fistules urogénitales : techniques et résultats. A propos de 35 cas » ; Mémoire de CES /Université d'Abidjan

DIALLO Ibrahima, (1994) «Complications maternelles post césariennes à propos de 1031 colligées en 2 ans à la maternité du CHU de Cocody » ; Thèse de médecine/Université

DIE BLI BI K. I., (2003) « Les interventions chirurgicales gynécologiques à propos de 346 cas colligés au service de gynéco-obstétrique du CHU de Cocody » ; Thèse de médecine/Université de Cocody

DJEDJE Mady A., (1976) « Les fistules uro-génitales : La rectomyoplastie et ses différentes modalités ( opération de A. Le Guyader ) dans le traitement des grandes fistules uro-génitales » ; Thèse de médecine/Université d'Abidjan

DJOUBOU Chendou S., (2004) « Césariennes prophylactiques et césariennes d'urgence. Etude comparative à propos de 394 cas au CHU de Cocody » ; Thèse de médecine/Université de Cocody.

DOSSOU DIDI A., (1994) « Le traitement des fistules vésico-vaginales par utilisation du fascia endopelvien comme greffon d'interposition et de renforcement des sutures » ; Thèse de médecine/Université d'Abidjan

DOUMBIA Mamadou, (1991) « Activités du service de chirurgie du CHR de Bouaké du 01-03-88 au 28-02-89. Etude épidémiologique et statistique. Propositions de participation des populations aux soins de santé » Thèse de médecine/Université d'Abidjan

EDI N'CHO M., (2003) « Morbidité maternelle après césarienne à la maternité du CHR de Divo »  
Thèse de médecine/Université de Cocody

Institut National de Statistique, (1998) « L'enquête démographique et de santé » Abidjan

GADOU Koukoua, (1998) « Taux de morbidité et de mortalité dans le service de chirurgie de l'hôpital général de Divo » Thèse de médecine/Université d'Abidjan

GORE BI GOURI J., (2002) « Bilan d'activité du service de chirurgie de l'Hôpital Général d'Abobo du 01-01 au 30-06-01 » Thèse de médecine/université de Cocody

HADYA SEPTEMBERE T., (1995) « Fistules recto-vaginales : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos de 48 cas colligés dans le service de chirurgie I et II et du service de chirurgie infantile du CHU de Yopougon en 10 ans »  
Thèse de médecine/Université d'Abidjan

JACQUES TOKPA VE, (1988) « Les ruptures utérines en milieu rural à propos de 127 cas colligés à l'hôpital de la Mission Baptiste de Ferké » Thèse de médecine/Université d'Abidjan

KAKOU KOUA F. (1992) « Contribution à l'étude épidémiologique des fistules uro-génitales

en Côte d'Ivoire, à propos de 104 cas colligés dans le service d'urologie du CHU de Cocody de 1981 à 1990 » Thèse de médecine/Université d'Abidjan

KAKOU Olivier b., (2004) « Bilan d'activités du service de chirurgie de l'hôpital général d'Adiaké du 01 Janvier au 31 Décembre 2004 » Thèse de médecine/Université d'Abidjan

KOFFI kouadio A., (1998) « Les accouchements à domicile à propos de 1000 cas Colligés à la formation sanitaire d'Abobogare » Thèse de médecine

KONAN KOUASSI J., (1998) « Pronostic fœto-maternel au cours des évacuations en obstétrique. Expérience du service de gynéco-obstétrique du CHU de Treichville (à propos de 1422 cas d'évacuation ) » Thèse de médecine d'Abidjan

KOUAKOU Brou, (2004) « Extractions instrumentales du fœtus à la maternité du CHU de Cocody au cours de l'année 2002. Etude rétrospective à propos de 259 cas » Thèse de médecine/Université de Cocody

KOUAKOU Etienne, (1999) « Ruptures utérines au cours du travail à propos de 193 cas colligés dans le service de gynéco-obstétrique du CHU de Bouaké » Thèse de médecine

KOUASSI ARDI V., (1992) « Fistules vésico-vaginales des suites de césariennes à propos de 86 cas colligés dans le service de gynéco-obstétrique du CHU de Treichville » Thèse de médecine/Université d'Abidjan

KOUASSI MARTIN K., (2004) « Evaluation de la mortalité maternelle de causes obstétricales directes et de la qualité des soins d'urgence au CHU de Cocody » Thèse de médecine/Université de Cocody

KREMAN DON J., (2004) « Mortalité maternelle à la maternité du CHR d'Agboville du 01-01-2000 au 31-12-2001 » Thèse de médecine/Université de Cocody

MAGUIRAGA Mahamadi, (1992) « Morbidité et mortalité dans le service de chirurgie de l'Hôpital Général de Gagnoa » Thèse de médecine/Université d'Abidjan

OUSSOU CLEMENT N., (1994) « Les naissances à domicile dans la commune de Bouaké : pronostic maternel et fœtal, à propos de 1464 cas enregistrés en 6 mois, du 09-04 au 20-09-92 »  
Thèse de médecine/Université d'Abidjan

SAMASSI SAMIRA, (2004) « Césariennes et complications : étude prospective à propos de 1266 cas colligés à la maternité du CHU de Cocody du 01-01 au 31-12-2003 » Thèse de médecine Abidjan

TABLEY RAPHAEL A., (1997) « Les accouchements à risque à propos de 90 cas colligés à la maternité du CHU de Cocody » Thèse de médecine/Université d'Abidjan

TALLE BOUADI, (1994) « Pronostic fœto-maternel dans l'accouchement en présentation du siège à propos de 639 cas enregistrés dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Treichville » Thèse de médecine

YAO KOFFI T., (1997-2006) « Etude sur les références obstétricales dans le district sanitaire de Bouaflé » Thèse de médecine/Université d'Abidjan

YOBOUE BROU B., (1991) « L'identification des besoins sanitaires de 3 villages dans la sous-préfecture de Taï ( Guiglo, Côte d'Ivoire ) : réponse des différents secteurs de santé » Thèse de médecine Université d'Abidjan

# ANNEXES

## Annexe 1 : Termes de Référence de l'étude épidémiologique et socio-anthropologique

### Contexte

Malgré les résultats positifs enregistrés depuis l'indépendance du pays dans les secteurs sociaux du développement, les performances de la Côte d'Ivoire sont restées toutefois limitées. La crise économique dont les effets sont ressentis depuis le milieu des années 80 a eu des répercussions sur les conditions générales de vie et en particulier sur la santé des populations. L'enquête démographique et de santé, réalisée en 1998, a laissé apparaître que durant les cinq dernières années, seul 47% des naissances sont survenues dans les établissements sanitaires, bien que 84% des femmes aient effectué des consultations prénatales avec du personnel formé. Le taux de mortalité maternelle s'établissait à 597 pour 100 000 naissances vivantes en 1994, le taux de mortalité infantile avait connu une augmentation passant de 88 à 112 décès pour 1000 naissances vivantes de 1994 à 1998, et la prévalence contraceptive estimée à 7% en 2004. On estime en outre que le VIH/SIDA se féminise de plus en plus. Par ailleurs, la proportion de femmes excisées se situait à 44% en 1998.

La crise, que traverse le pays depuis septembre 2002, a entraîné une dégradation encore plus importante des indicateurs de santé. En effet, cette crise a entraîné le dysfonctionnement des structures sanitaires : manque de personnel qualifié, fermeture des établissements sanitaires dans les zones sous contrôle des Forces Nouvelles, demande plus importante des services de santé dans les zones non occupées. Avec la crise, les rapports des professionnels de santé font état de lésions contractées durant l'accouchement par une proportion importante de femmes à l'accouchement. La plus grave de ces lésions est l'endommagement des tissus pelviens mous de la femme faisant apparaître un trou ou fistule, dans la vessie et/ou le rectum et qui est souvent à la base d'une infirmité aiguë ou chronique chez celles qui en sont porteuses.

Quoique aucun état des lieux n'ait été fait sur l'ampleur de la situation en Côte d'Ivoire, pour certains éminents professionnels de la santé, la question de fistules obstétricales n'apparaît pas comme une priorité en santé publique du fait de l'existence d'une technique réparatrice des Fistules. Pourtant les indicateurs déjà évoqués, ajoutés à la précocité des maternités, laissent supposer l'existence des fistules obstétricales en Côte d'Ivoire, surtout du fait que seulement un petit nombre de spécialistes sont compétents dans la réparation précoces et tardives des ces fistules lorsqu'elles sont décelées et que les structures sanitaires ne sont pas fonctionnelles dans près de la moitié du pays depuis 2002.

Les TDRs présentent les objectifs, la méthodologie et les attentes de l'étude.

### Objectifs

En vue d'orienter les actions du Gouvernement vers la lutte contre les fistules, le Ministère de la Santé Publique et de la Population souhaite faire l'état de la situation. De façon spécifique, l'étude devra permettre de :

- Collecter des informations quantitatives sur les Fistules dans les structures sanitaires des zones d'intervention (à définir par les partenaires au projet);
- Connaître les opinions et les perceptions des professionnels de la santé, des ex-exciseuses et des accoucheuses traditionnelles sur les fistules ;
- Déterminer le niveau de connaissance, les perceptions des hommes et des femmes par rapport aux fistules ainsi que leur attitude vis à vis de la maladie ;
- Avoir des informations sur les conséquences des fistules sur les femmes victimes et la perception de leur entourage ;
- Faire ressortir le rôle de la famille et de la société dans la prise en charge de femmes fistuleuses ;
- Faire une analyse documentaire sur la prise en charge des fistules (registre des protocoles d'opération, dossiers des malades, etc.) ;
- Recenser le matériel/équipement médical et para médical disponible et identifier les besoins en matériel/équipement pour une meilleure prise en charge.

### Méthodologie et équipe de recherche

Pour atteindre les objectifs sus-mentionnés, trois types de consultation sont définis :

- **Recherche documentaire** : un consultant est chargé de collecter et d'analyser toute la documentation sur les Fistules en Côte d'Ivoire. Dans cette perspective, une analyse critique du processus de prise en charge actuel des femmes fistuleuses dans le pays sera faite. Le Consultant sera recruté pour 10 jours ouvrables de travail pour la revue documentaire ;

- **Etude quantitative** : Des visites de terrain seront effectuées dans 3 districts sanitaires, en plus du district d'Abidjan. Dans les structures sanitaires de ces districts, un Médecin, spécialiste en épidémiologie sera chargé de collecter des données sur les Fistules (Fréquence des fistules, prise en charge des fistules dans les centres de santé, etc.) par le dépouillement des registres de santé et de procéder au recensement et à l'évaluation des besoins en matériel/équipement médical et paramédical de ces structures. Le Consultant effectuera deux semaines de mission de terrain pour collecter les informations et disposera de deux autres semaines pour l'exploitation et l'analyse des données. Au total, le consultant effectuera 25 jours ouvrables de travail.
- En outre le consultant sera chargé d'identifier et de recenser les éventuels partenaires et principaux acteurs intervenant dans le domaine de la lutte contre les fistules, ainsi que leurs capacités ; leurs besoins et leur disponibilité à collaborer de façon durable avec un projet fistule.
- **Etude qualitative** : Une équipe de consultants (un homme et une femme) seront recrutés pour la conduite des entretiens individuels et des discussions de groupes.
  - o Des discussions de groupes seront organisées avec les ex-exciseuses, les accoucheuses traditionnelles des zones de collecte des données, les femmes et les hommes adultes ;
  - o Des entretiens individuels seront organisés avec les femmes porteuses de fistules ou ex-fistuleuses ainsi que leurs partenaires, les prestataires de service de santé, notamment les gynécologues, les sages femmes, les Urologues des structures sanitaires des zones de collecte des données, les Coordinatrices de Santé de la reproduction, les Chargés de Surveillance Epidémiologique (CES), les chefs de communauté ;
  - o Les consultants disposeront de quatre semaines pour la réalisation de l'étude qualitative. Une mission de deux semaines sur le terrain sera faite dans les zones de collecte des données. Les consultants disposeront de deux autres semaines pour la retranscription, le traitement et l'analyse des données qualitatives collectées.

De ces différents consultants, une personne sera désignée pour la compilation des rapports pour l'élaboration du rapport final de synthèse. Cette personne disposera de 5 jours de plus pour ce travail.

### Unité d'évaluation

L'Unité d'évaluation du Projet est composée des membres de la DC-PNSR, de l'UNFPA, du programme national de lutte contre les pratiques néfastes qui affectent la santé et du BUNAP. La Chargée de Programme Collecte et Analyse des données/Suivi et Evaluation (NPO CAD/M&E) de l'UNFPA et la Coordinatrice du programme de lutte contre les pratiques néfastes sont les points focaux pour le suivi des Consultants.

### Plan de travail

Période	Activités	Responsables
Du 19 au 21 décembre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finalisation des contrats des consultants ;</li> </ul>	
Du 22 au 30 décembre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche documentaire</li> <li>• Elaboration des outils de collecte des données</li> <li>• Collecte des données à Abidjan</li> </ul>	Consultants
Du 31 décembre au 13 janvier 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collecte des données dans trois districts sanitaires</li> </ul>	Consultants
Du 14 au 20 janvier 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploitation des données, et rédaction du rapport préliminaire</li> </ul>	Consultants
23 janvier 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soumission du draft 1 des rapports de consultation</li> </ul>	Unité d'évaluation
Du 24 au 28 janvier 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation critique du draft 1</li> </ul>	Unité d'évaluation
Du 29 janvier au février 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finalisation des rapports</li> <li>• Consolidation des rapports et production du rapport combiné</li> </ul>	Consultants
02 février 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmission du rapport final</li> </ul>	Consultant

### Produits attendus

- Rapport étude documentaire
- Rapport étude qualitative
- Rapport étude quantitative
- Rapport de synthèse

## Annexe 2 : Outils de collecte

### GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES FISTULEUSES

**Les informations qui apparaissent dans ce guide et qui seront aussi enregistrées sont confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques**

Après les salutations et les présentations d'usage, il est important et indispensable d'informer Je suis (nom et rôle), consultant de l'UNFPA dans le cadre de l'étude épidémiologique et socio-anthropologique des fistules obstétricales en cote d'ivoire. Dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en côte d'Ivoire ,les districts sanitaires d'Abidjan (Sud) de Bouaké(centre),Duekoué et Guiglo (Ouest) et d'Abengourou (Est) ont été retenus pour ce projet initié avec l'appui de l'UNFPA et du gouvernement ivoirien ,représenté par la Direction de la Coordination du Programme National de la Santé de la Reproduction (DC-PNSR), le Programme National de Lutte contre les Pratiques Néfastes qui affectent la Santé (PNLPNS) et le Bureau National de la Population (BUNAP).Il s'agit de la conduite d'une étude épidémiologique et socio-anthropologique des fistules obstétricales. La mise en place d'un tel programme nécessite toutefois la connaissance d'une part de l'ampleur du problème dans la zone d'intervention, mais aussi des manifestations socio-anthropologiques qui peuvent favoriser la survenue du problème ou lui être associés une fois qu'il s'est manifesté.

Votre participation effective est importante pour la réussite de l'étude et des interventions futures. Les réponses que vous nous donnerez seront confidentielles et ne seront utilisées que par les chercheurs. Votre nom ne sera mentionné nulle part. Nous vous demandons de répondre sans crainte aux questions que nous allons vous poser. La confidentialité est garantie,

Nous désirons enregistrer cet entretien pour être sûr de ne perdre aucune information Vous êtes libre de refuser de répondre à une question ou d'arrêter cet entretien à tout moment.

L'entretien va nous prendre un peu de temps (1 heure à 1 heure 30 minutes).

Je suis à votre disposition pour répondre aux questions que vous aimeriez poser avant que nous ne commençons, merci.

#### IDENTIFICATION DES ENQUETES POUR ENTRETIENS INDIVIDUELS

District sanitaire : .....

Ville/Village : .....

PERSONNES ENQUETEES : Femmes /\_ \_/ Jeunes femmes /\_ \_/

Langue utilisée : .....

Date de l'entretien : .....

Heure du début : ..... Heure de fin : .....

#### CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

Age (ou date de naissance) : .....

Religion .....

Ethnie : .....

Niveau d'instruction : .....

Occupation principale/fonction : .....

Statut matrimonial : .....

Mariée monogame /\_ \_/ Mariée polygame /\_ \_/ Célibat /\_ \_/ Veuf/veuve /\_ \_/ Divorcée/séparée /\_ \_/

Nombre d'enfants : .....

### AXE THEMATIQUE I : CONDITIONS DE SURVENUE DE LA FISTULE ET GESTION DE LA MALADIE

Q1) : Combien de grossesses avez-vous eu avant celle où il y a eu le problème (la fistule) ?

Q1-1) Est ce que la grossesse était différente des autres que vous avez eu ? Si oui, pourquoi ?

Q1-2) Comment s'est déroulée cette grossesse ? (les maladies, les difficultés, le type de suivi, les motifs de consultation, la préparation à l'accouchement)

Q2) : Dans quelles conditions et où s'est déroulé l'accouchement ?

Q3) : De quelle manière et à quel moment, avez-vous pris conscience de l'existence de la fistule ?

Q3-1) Avez-vous une connaissance antérieure sur la fistule avant de l'avoir contractée

Q3-2) Pratique-t-on l'excision dans votre milieu ?

Q3-3) Pensez-vous qu'il existe un lien entre l'excision et la survenue de la fistule ?

Q3-4) Dans votre cas qu'est ce qui a causé ce trou qui fait que vous n'arrivez plus à retenir vos besoins ?

Q3-5) Comment avez vous réagit devant cette situation ?

Q3-6) A quel type de traitement médical avez-vous eu recours ?

Q3-7) A quel type de traitement avez vous eu recours ?

### AXE THEMATIQUE II : CONSEQUENCES DES FISTULES SUR LES FEMMES VICTIMES ET PERCEPTIONS DE LEUR ENTOURAGE

Q4) : Dans votre cas, quelles sont les conséquences de la maladie ?

Q5) : Comment faites vous pour maintenir une hygiène corporelle ? Rencontrez-vous des difficultés en la matière ? Selon vous, que doit faire votre famille pour vous assister ?

Q6) : Votre entourage s'est-il rendu compte de votre maladie ? Quelle a été sa réaction ?

Q7) : quelle a été l'attitude de votre conjoint, de vos parents et amis envers vous depuis la survenue de la maladie ?

### AXE THEMATIQUE III : ROLE DE LA COMMUNAUTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES FISTULEUSES

Q8) : comment les membres de votre famille et vos connaissances vous viennent en aide

Q8-1) : Concrètement, de quels type de soutien avez-vous bénéficié ? :

Q8-2) au niveau de votre conjoint ?

Q8-3) au niveau de la famille ?

Q8-4) au niveaux d'autres couches de la société ?

Q9) : Pensez-vous que les fistuleuses sont acceptées dans votre communauté ? Si non pourquoi ?

### AXE THEMATIQUE IV : Stratégies d'actions pour une intervention en direction des femmes fistuleuses

Q10) Pour lutter contre les fistules obstétricales, que devrait-on faire selon vous ?

Q10-1) Au niveau médical?

Q10-2) *Au niveau du gouvernement ?*

Q10-3) *Au niveau des partenaires au développement ?*

Q10-4) Au niveau communautaire (chefs de communautés, chefs religieux, accoucheuses traditionnelles, ex-exciseuses ,la famille, etc.)

Q10-5) *Au niveau des médias ?*

Q10-6) *Au niveau des fistuleuses ou ex-fistuleuses ?*

Q10-7) *Au niveau des partenaires des fistuleuses ou ex-fistuleuses*

Q11) : Avec tout ce que vous avez cité comme actions, précisez ce que vous mettez en première position

## GUIDE D'ENTRETIEN DES PRESTATAIRES DE SERVICE DE SANTE

Je suis (nom et rôle), consultant de l'UNFPA dans le cadre de l'étude épidémiologique et socio-anthropologique des fistules obstétricales en cote d'ivoire. Dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en côte d'Ivoire, les districts sanitaires d'Abidjan (Sud) de Bouaké(centre), Duekoué et Guiglo (Ouest) et d'Abengourou (Est) ont été retenus pour ce projet initié avec l'appui de l'UNFPA et du gouvernement ivoirien, représenté par la Direction de la Coordination du Programme National de la Santé de la Reproduction (DC-PNSR), le Programme National de Lutte contre les Pratiques Néfastes qui affectent la Santé (PNLPNS) et le Bureau National de la Population (BUNAP). Il s'agit de la conduite d'une étude épidémiologique et socio-anthropologique des fistules obstétricales. La mise en place d'un tel programme nécessite toutefois la connaissance d'une part de l'ampleur du problème dans la zone d'intervention, mais aussi des manifestations socio-anthropologiques qui peuvent favoriser la survenue du problème ou lui être associés une fois qu'il s'est manifesté.

Votre participation effective est importante pour la réussite de l'étude et des interventions futures. Les réponses que vous nous donnerez seront confidentielles et ne seront utilisées que par les chercheurs. Votre nom ne sera mentionné nulle part. Nous vous demandons de répondre sans crainte aux questions que nous allons vous poser. La confidentialité est garantie.

Nous désirons enregistrer cet entretien pour être sûr de ne perdre aucune information Vous êtes libre de refuser de répondre à une question ou d'arrêter cet entretien à tout moment.

L'entretien va nous prendre un peu de temps (1 heure à 1 heure 30 minutes).

### CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

Nom et prénoms.....  
Age .....  
District sanitaire :.....  
Structure sanitaire: .....  
Ville/Village : .....  
Spécialité/fonction du répondant :  
Formation en prise en charge des fistules obstétricales

### AXE THEMATIQUE I : Connaissances et expérience en matière de fistules obstétricales

**Q1) :** Depuis combien d'années exercez-vous ? combien d'années avez-vous passé dans ce district sanitaire?

**Q2) :** Quels sont généralement les Problèmes de santé rencontrés par les femmes qui fréquentent votre structure sanitaire ?

**Q3) :** Que savez-vous des fistules obstétricales ?

**Q3-1)** Avez-vous déjà entendu parler des fistules ? à quoi elles sont dues (causes directes et indirectes),

**Q3-2)** Comment se manifestent-elles ? quels sont les différents types de fistules ?

**Q3-3)** Quelle explication scientifique donne-t-on dans chaque cas ?

**Q4) :** Quel est le profil des femmes fistuleuses ? Toutes les femmes sont-elles exposées aux fistules obstétricales ? Pourquoi ?

**Q4-1)** Existe-t-il parmi les fistuleuses des excisées ? pensez-vous qu'il existe un lien entre l'excision et la survenue de la fistule ?

**Q4-2)** Quelles sont les conséquences des fistules sur la santé de la femme et sur sa vie sociale ?

**Q4-3)** Quelles sont les possibilités de traitement au niveau de la médecine moderne ? Quels sont les obstacles majeurs rencontrés dans la prise en charge des fistuleuses ?

**Q4-4)** Combien de cas de fistules avez-vous rencontrés de 1995-2005 ?,

**Q4-5)** Combien de cas de fistules y a-t-il eu au cours des deux dernières années (2004-2005) ?

**Q4-6)** Combien de cas de fistules avez-vous traités ou référés ?

**Q4-7)** Où les avez-vous référés ?

**Q4-8)** Avez vous une expérience personnelle en matière de prise en charge des fistuleuses ?

**Q4-9)** Quelle a été votre tâche précise dans cette prise en charge ?

**Q4-10)** Quels sont vos besoins pour une prise en charge efficace des fistuleuses ?

**Q5) :** Quelle est votre perception de l'ampleur des cas de fistules dans votre district sanitaire ?

**Q5-1)** Pensez-vous que ce phénomène est persistant dans votre structure sanitaire et dans quelle proportion le situez-vous? Comment désigne-t-on les fistules dans cette localité?

### **AXE THEMATIQUE II : Perception et attitudes vis à vis des femmes fistuleuses**

**Q6) :** Que pensez-vous des fistules obstétricales ?

**Q7) :** Quelle est selon vous la perception des fistules par la communauté ?

**Q8) :** Quelle est selon vous l'attitude de la communauté envers les fistuleuses ? Bénéficient t-elles de prise en charge sociale et psychologique au niveau communautaire (mari, parents proches et autres membres) ?

**Q9) :** Avez-vous connaissance des traitements des cas de fistules par la médecine traditionnelle ? Qu'en pensez-vous ?

**Q10) :** Selon vous comment explique-t-on cette maladie au sein de la communauté ?

**Q11) :** Quelles sont selon vous les représentations sociales qui sont faites sur les fistuleuses et leurs conséquences sur la vie psychosociale de celles-ci ?

### **AXE THEMATIQUE III : Opinion des prestataires sur la prise en charge des fistules dans les structures sanitaires**

**Q12) :** Existe-t-il un dispositif de prise en charge médicale des fistules dans votre structure sanitaire ?

**Q12-1)** Si oui, quelles en sont les composantes ?

**Q12-2)** Comment fonctionne-t-il ?

**Q12-3)** Quel est le niveau de prise en charge ?

**Q12-4)** Que pensez-vous de ce dispositif de prise en charge ?

**Q12-5)** Si non, pourquoi ?

**Q12-6)** Quel type d'assistance votre structure sanitaire apporte-elle aux fistuleuses ?

**Q12-7)** Quel est le niveau de contribution financière de celles-ci ?

### **AXE THEMATIQUE IV: Stratégies d'actions pour une intervention en direction des femmes fistuleuses**

**Q13) :** Pour lutter contre les fistules obstétricales, que devrait-on faire selon vous ?

**Q13-1)** Au niveau médical ?

**Q13-2)** Au niveau du gouvernement ?

**Q13-3)** Au niveau des partenaires au développement ?

**Q13-4)** Au niveau communautaire (chefs de communautés, chefs religieux, accoucheuses traditionnelles, ex-exciseuses, la famille, etc.)

**Q13-5)** Au niveau des médias ?

**Q13-6)** Au niveau des fistuleuses ou ex-fistuleuses ?

**Q13-7)** Au niveau des partenaires des fistuleuses ou ex-fistuleuses

**Q14) :** De toutes ces actions pouvez-vous établir un ordre de priorité ?

## **GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LA COMMUNAUTE (Chef de communautés, chef religieux, accoucheuses traditionnelles, ex-exciseuses, hommes et femmes)**

Les informations qui apparaissent dans ce guide et qui seront aussi enregistrées sont confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques

Après les salutations et les présentations d'usage, il est important et indispensable d'informer Je suis (nom et rôle), consultant de l'UNFPA dans le cadre de l'étude épidémiologique et socio-anthropologique des fistules obstétricales en cote d'ivoire. Dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en côte d'Ivoire ,les districts sanitaires d'Abidjan (Sud) de Bouaké(centre),Duekoué et Guiglo (Ouest) et d'Abengourou (Est) ont été retenus pour ce projet initié avec l'appui de l'UNFPA et du gouvernement ivoirien ,représenté par la Direction de la Coordination du Programme National de la Santé de la Reproduction (DC-PNSR), le Programme National de Lutte contre les Pratiques Néfastes qui affectent la Santé (PNLPNS) et le Bureau National de la Population (BUNAP).Il s'agit de la conduite d'une étude épidémiologique et socio-anthropologique des fistules obstétricales. La mise en place d'un tel programme nécessite toutefois la connaissance d'une part de l'ampleur du problème dans la zone d'intervention, mais aussi des manifestations socio-anthropologiques qui peuvent favoriser la survenue du problème ou lui être associés une fois qu'il s'est manifesté.

Votre participation effective est importante pour la réussite de l'étude et des interventions futures. Les réponses que vous nous donnerez seront confidentielles et ne seront utilisées que par les chercheurs. Votre nom ne sera mentionné nulle part. Nous vous demandons de répondre sans crainte aux questions que nous allons vous poser. La confidentialité est garantie,

Nous désirons enregistrer cet entretien pour être sûr de ne perdre aucune information Vous êtes libre de refuser de répondre à une question ou d'arrêter cet entretien à tout moment.

L'entretien va nous prendre un peu de temps (1 heure à 1 heure 30 minutes).

Je suis à votre disposition pour répondre aux questions que vous aimeriez poser avant que nous ne commençons, merci.

### **IDENTIFICATION DES ENQUETES POUR ENTRETIENS INDIVIDUELS**

*District sanitaire : .....*

*Ville/Village : .....*

*PERSONNES ENQUETEES : Hommes /\_/\_/ Femmes /\_/\_/ Jeunes femmes /\_/\_/*

*Langue utilisée : .....*

*Date de l'entretien : .....*

*Heure du début : .....* *Heure de fin : .....*

### **Caractéristiques socio démographiques des participants aux Focus group**

#### **AXE THEMATIQUE I: *Connaissances en matière de fistules obstétricales***

**Q1) :** Quels problèmes de santé les femmes rencontrent généralement dans votre communauté ?

**Q2) :** Avez-vous déjà entendu parler des fistules obstétricales ? c'est à dire d'une maladie qui empêche les femmes de retenir leur urine et les selles ?

**Q2-1)** Comment en avez-vous entendu parler ?

**Q2-2)** Comment selon vous l'on attrape cette maladie ?

**Q2-3)** Comment sait-on qu'on a la maladie ?

**Q2-4)** Pensez-vous qu'on peut l'éviter ? Si oui comment ? Si non pensez-vous qu'on peut en guérir ?

**Q3) :** Connaissez-vous des femmes qui souffrent de cette maladie dans votre milieu ou ailleurs ?

**Q3-1)** Si oui, comment reconnaît-on les personnes atteintes de cette maladie?

- Q4** Pratique-t-on l'excision dans votre milieu ?  
**Q4-1** Connaissez-vous des femmes excisées qui souffrent de problème de fistule ?  
**Q4-2** Pensez-vous qu'il existe un lien entre l'excision et la survenue de la fistule ?

#### **AXE THEMATIQUE II : Opinions/perceptions et attitudes vis-à-vis des fistules obstétricales**

- Q4** : Que pensez-vous des fistules obstétricales ?  
**Q5** : Que pensent les gens de votre milieu des fistules ?  
**Q6** : Quelle est selon vous l'attitude des personnes de votre milieu envers les femmes qui souffrent de cette maladie (fistuleuses) ? ces femmes Bénéficient t-elles du soutien moral et social au niveau communautaire (mari, parents proches et autres membres) ?  
**Q7** : Connaissez-vous des femmes atteintes de cette maladie qui ont pu être traitée par la médecine traditionnelle ? Qu'en pensez-vous ?  
**Q8** : Selon vous comment explique-t-on cette maladie au sein de la communauté ?  
**Q9** : Quel regard ou jugement porte-t-on sur les femmes atteintes de cette maladie et comment les traite-t-on dans votre milieu ? Quelles conséquences cela a sur ces femmes ?

#### **AXE THEMATIQUE III: PRISE EN CHARGE DES FEMMES FISTULEUSES DANS LA COMMUNAUTE**

- Q10** : Comment les membres de votre communauté aident-ils les femmes qui souffrent de cette maladie i) à supporter leur maladie et ii) à mener une vie sociale normale comme tout le monde ?  
**Q10-1** Qu'est ce que les personnes de votre communauté et la famille des femmes atteintes de cette maladie font concrètement pour ces femmes atteinte de cette maladie ?  
**Q10-2** Que font le mari et/ou les personnes qui vivent avec les femmes qui souffrent de cette maladie pour aider celles-ci à en guérir ?  
**Q10-3** Les gens de votre communauté vont-ils chez le guérisseur ou à l'hôpital lorsqu'une femme est atteinte de cette maladie ? Pourquoi ?  
**Q10-4** A quel moment décidez-vous d'aller chez un tradipraticien ? ou à l'hôpital ?

#### **AXE THEMATIQUE IV : Stratégies d'actions pour une intervention en direction des femmes fistuleuses**

- Q11** : Pour éviter d'attraper cette maladie, que devrait-on faire selon vous ?  
**Q11-1** Au niveau médical ?  
**Q11-2** Au niveau du gouvernement ?  
**Q11-3** Au niveau des partenaires au développement ?  
**Q11-4** Au niveau communautaire (chefs de communautés, chefs religieux, accoucheuses traditionnelles, ex-exciseuses ,la famille, etc.)  
**Q11-5** Au niveau des médias ?  
**Q11-6** Au niveau des fistuleuses ou ex-fistuleuses ?  
**Q11-7** Au niveau des partenaires des fistuleuses ou ex-fistuleuses  
**Q12** Avec tout ce que vous avez dit comme action précisez ce que vous mettez en première position