



**ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES FISTULES  
UROGENITALES AU NIVEAU DES SERVICES DE SANTE  
DE RÉFÉRENCE DU BURKINA 2001-2003**

**Rapport Final**

**Août 2004**



**GREFSAD**

Issiaka SOMBIE, médecin épidémiologiste, investigateur principal  
Nicolas MEDA, médecin épidémiologique, investigateur associé

**Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanon**

Timothée KAMBOU, Chirurgien Urologue, investigateur associé  
Adama Tana OUATTARA, moniteur épidémiologique

**Direction de la Santé de la Famille**

Ghislaine CONOMBO, Médecin de Santé Publique, investigatrice associée

**NB : les points de vue émises dans ce rapport n'engagent que les auteurs et non l'association GREFSaD**

**Adresse pour toute correspondance relative à ce rapport :**

Docteur Issiaka SOMBIE  
Centre MURAZ  
Impact BURKINA  
01 BP 298 Bobo-Dioulasso 01  
Tél. (226) 20 97 50 32 / 20 97 01 02  
Fax. (226) 20 97 01 77 / 20 97 04 57  
E-mail : isombie.muraz@fasonet.bf

## **Remerciements**

Ce travail a été rendu possible grâce à un soutien financier de UNFPA, BURKINA. Nous remercions très sincèrement les Directeurs Généraux des Centres Hospitaliers Universitaires et Régionaux, les médecins - chefs des Districts Sanitaires du Burkina Faso et leur personnel pour l'accueil réservé aux enquêteurs et leur disponibilité. Enfin nous tenons particulièrement à exprimer notre gratitude à l'ensemble des enquêteurs qui n'ont managé aucun effort pour la collecte de données sur le terrain.

## Sommaire

<b>ÉQUIPE D’ÉVALUATION.....</b>	<b>2</b>
<b>1 INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
1.1 HISTORIQUE.....	5
1.2 EPIDÉMIOLOGIE.....	5
1.3 FACTEURS DE RISQUE.....	5
1.4 BURKINA FASO : REVUE DE LA LITTÉRATURE .....	5
<b>2 LES OBJECTIFS DE L’ÉTUDE .....</b>	<b>8</b>
<b>3 MATÉRIELS ET MÉTHODES.....</b>	<b>8</b>
3.1 CONTEXTE DE L’ÉTUDE .....	8
3.2 TYPE D’ÉTUDE.....	8
3.3 COLLECTE DES DONNÉES.....	8
3.4 GESTION ET ANALYSE DES DONNÉES .....	9
3.5 SOURCES ET QUALITÉ DES DONNÉES AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES .....	9
3.5.1 Sources des données sur les fistules au niveau des formations sanitaires.....	9
3.5.2 Qualité des données recueillies : pourcentage données manquantes par type d’information.....	9
<b>4 RÉSULTATS.....</b>	<b>10</b>
4.1 IMPORTANCE DES FISTULES AU NIVEAU DES HOPITAUX DU BURKINA FASO (2001-2003).....	10
4.1.1 Répartition des fistules identifiées par hôpital.....	10
4.1.2 Fréquence des fistules dans les activités des hôpitaux du Burkina Faso.....	11
4.1.3 Caractéristiques sociodémographiques des femmes avec fistule.....	18
4.1.4 Caractéristiques des fistules identifiées dans les hôpitaux.....	18
4.1.5 Chirurgie des fistules et résultats dans les hôpitaux .....	19
4.2 CONSÉQUENCES PSYCHOSOCIALES, BESOINS ET ATTENTES DES FEMMES AVEC FISTULE.....	20
4.3 LA CAPACITÉ DE PRISE EN CHARGE DES HÔPITAUX .....	21
4.3.1 Organisation de la prise en charge.....	21
4.3.2 Le personnel disponible.....	21
4.3.3 Le matériel disponible.....	21
4.3.4 Point de vue des responsables des services de prise en charge.....	21
4.3.4.1 Les difficultés liées à la prise en charge des fistules .....	22
4.3.4.2 La capacité des femmes à assurer la prise en charge .....	22
4.3.4.3 Outils pour le diagnostic .....	22
4.3.4.4 Besoins pour améliorer la prise en charge .....	22
<b>5 DISCUSSION .....</b>	<b>33</b>
5.1 LIMITES DE NOTRE ÉTUDE .....	33
5.2 IMPORTANCE DES FISTULES AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES .....	33
5.3 LES CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES FISTULEUSES .....	34
5.4 LES CARACTÉRISTIQUES DES FISTULES VUES AU NIVEAU DES HÔPITAUX .....	34
5.5 LA CAPACITÉ DE PRISE EN CHARGE DES HÔPITAUX .....	35
5.6 IMPACT DE LA FISTULE SUR LA VIE DES FEMMES .....	36
<b>6 ÉNONCÉ DES RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>36</b>
6.1 AXE DE PRÉVENTION DE LA SURVENUE DES FISTULES .....	36
6.2 AXE D’AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES AVEC FISTULES.....	36
6.3 AMÉLIORATION DES STATISTIQUES SUR LES FEMMES AVEC FISTULES .....	37
<b>7 POSSIBILITÉS D’APPLICATION DES RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>37</b>
<b>8 RÉFÉRENCES.....</b>	<b>37</b>

## **1 Introduction**

### **1.1 Historique**

La notion de la fistule remonte à la nuit des temps : « *si une femme a l'urine qui coule en permanence, elle les perdra toute sa vie* » (Papyrus Ebers 2000 av JC cité par L Falandry) et on sait qu'une fistule vésico-vaginale associée à une déchirure du périnée a été retrouvée sur la momie de Henhenit (2050 av JC)[1, 2].

Il semble que ce soit Avicenne (1307), qui le premier ait signalé l'existence d'une déchirure définitive de la vessie chez les femmes mariées trop jeunes et Louis de Mercado (1597), qui le premier ait parlé de fistule. Pinoeus (1650) décrit la fistule avec sa sclérose et le moyen d'en confirmer le diagnostic avec deux sondes métalliques, l'une urétrale et l'autre vaginale [3].

H van Roonhuyze (1663) décrit l'installation de la malade en position périnéale, l'avivement autour de la fistule du vagin exposé par un spéculum et la suture par des épingle en plumes de cygne des surfaces avivées. Le tout est maintenu par un tamponnement vaginal[3].

Christophe Walter (1679) puis F Fatio (1752) signalent déjà l'intérêt du cathétérisme vésical pendant le travail, élément important de prévention pour beaucoup d'auteurs modernes (Emmet, Hamlin, Zacharin, Monseur) [3].

### **1.2 Epidémiologie**

La prévalence des fistules génitales varie d'un pays à un autre et d'un continent à un autre, juste comme les facteurs à la base varient également. La prévalence dans les pays en développement n'est pas connue, cependant des prévalences élevées ont été reportées au Ghana [4], et au Nigeria [5]. Une incidence de 1 à 2 pour 1000 accouchements a été estimée dans le monde avec une incidence annuelle de 50000 à 100000 et une prévalence de fistule non traitée de 500 000 à 2 000 000 [6].

Il a été noté dans les zones avec une mortalité maternelle élevée une tendance d'avoir des taux élevés de fistules[6]. Ainsi Danso et collègues[4] ont suggéré qu'une estimation réaliste de l'incidence des fistules dans chaque communauté pourrait être une approche des taux de mortalité maternelle.

### **1.3 Facteurs de risque**

Les fistules urogénitales peuvent apparaître congénitalement mais le plus souvent elles sont acquises de causes obstétricales, chirurgicales et malignes. Dans les pays en développement, plus de 90% des fistules sont d'origine obstétricale [4].

Le facteur physique responsable des fistules d'origine obstétricale inclut le travail au cours de l'accouchement, les accidents survenant au cours de la césarienne, de l'accouchement par forceps, la craniotomie, la symphysiotomie et les pratiques traditionnelles [6].

### **1.4 Burkina Faso : revue de la littérature**

Au Burkina Faso, les fistules sont une réalité. En effet au niveau de l'annuaire statistique du Ministère de la santé, de 1997 à 2002, le nombre de fistules répertoriés en consultations au niveau des hôpitaux régionaux et universitaires étaient respectivement de 86, 86, 55, ND, 56, 65[7-12]. Toujours selon l'annuaire statistique du Ministère de la Santé, en 2001 et 2002 respectivement, 56 fistules sur 126 717 consultations externes et 65 sur 109 975 consultations externes ont été

notées au niveau des hôpitaux donnant une incidence de 4 pour 10000 consultations externes et 6 pour 10000 consultations externes. Au niveau des hospitalisations, respectivement pour les mêmes périodes on a identifié 23/67 350, soit une incidence de 3,4 pour 10000 hospitalisations et 24/65 312 soit une incidence de 3,6 pour 10000 hospitalisations.

Quelques études ont été menées au niveau du pays. Parmi ces celles-ci on trouve l'étude de Kambou et al [13], Zango et al [14] et Ouattara [15] au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanon de Bobo-Dioulasso. Au CHU SS et dans le district de Dandé, Dakuyo P J E [16] a conduit une étude sur les fistules en 2000. Au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Wassuatu-B Ekelye [17] a analysé les cas sur 5 ans (1987-1991).

L'étude de Wassuatu-B Ekelye [17] s'est conduite dans le cadre de sa thèse de médecine en 1992 dans le service de chirurgie du CHU YO. De 1987 à 1991, l'auteur a colligé 150 cas de fistules soit une moyenne de 30 cas par an.

Au centre Hospitalier Universitaire Souro Sanon de Bobo-Dioulasso, la première étude sur les fistules a été conduite entre 1991 et 1992 par Kambou et al. Cette étude n'a pas fait l'objet d'une publication dans une revue mais a été présentée aux deuxièmes journées des sciences de la santé de Bobo-Dioulasso. Au cours de ces deux ans, 29 cas opérées ont été analysées. Les fistules ont représenté 10% des interventions urologiques et constituaient la première cause d'hospitalisation dans le service des femmes. Sur les 29 cas opérées, l'accompagnant de la femme était le père ou la mère dans 33,7% des cas, l'époux ou le fiancé dans 24,1% des cas et un autre parent proche dans 27,6% des cas. Dans 3 cas (10,3%) la femme n'avait aucun accompagnant. Le mode d'accouchement avant la survenue de la fistule a été la césarienne (34,4%), instrumentale (13,9%) et spontané (51,7%). Seul un bébé était né vivant. Pour ce qui était du siège, 12 fistules étaient trigonales, 7 cervico-trigonales, 6 urétrales ou uréthro-cervicales et 4 complexes dont 3 avec une destruction complète de l'urètre. La voie d'abord chirurgicale a été la voie basse (62,10%), la voie haute (17,2%) et mixte (20,7%). Les résultats à un mois ont été la guérison (75,85%), un échec (13,80%), et un décès (3,45%). Deux femmes ont été perdues de vue.

Au niveau du même service, Kambou et al en 1997 ont publié un cas clinique de fistule jéjuno-utéro-vaginale après accouchement par forceps chez une femme de 30 ans. L'intervention a permis une guérison [13].

Zango et col[14] ont publié en 2001 une étude rétrospective sur les fistules vues dans le même service de 1996 à 1998. Ils ont obtenu 50 cas en trois ans. Le milieu rural était la provenance géographique de 71% des femmes. La durée moyenne d'évolution avant l'intervention était de 14,33 mois avec des extrêmes de 2 à 84 mois. 98% des fistules étaient obstétricales, 54% avaient une taille de moins de 11 cm. La continence a été obtenue dans 72% des cas le jour de la sortie et à 3 mois était tombée à 50%.

Dakuyo P JE[16] dans son étude intitulée « prévention des fistules obstétricales dans la région sanitaire de Bobo-Dioulasso : état des lieux dans le district sanitaire de Dandé » a combiné plusieurs approches : interview de 14 femmes fistuleuses, interview de 28 agents de santé, l'observation participante de 70 consultations prénatales et 15 accouchements réalisées par 14 agents de santé, interview de 32 accoucheuses villageoises, l'interview de 15 femmes et interview de 15 pères de familles.

L'interview des femmes a permis d'obtenir des informations sociodémographiques sur la femme (57,1% avaient un âge entre 16 et 25 ans, 85,7 résidaient dans des villages, pas de formation sanitaire dans la localité pour 64,3% des femmes, 71,1 étaient analphabètes) le mode d'accouchement (50% voie basse, 35,7 % césarienne et 14,28% voie basse avec forceps), la durée du travail (toutes > 24 heures) ; le délai écoulé avant évacuation à un échelon supérieur) les conditions d'accouchements (21,4 accouchements à domicile, et le reste tentative à domicile ou

chez l'accoucheuse et terminé dans une formation sanitaire), l'issue de la grossesse (13 morts nés et 1 décès périnatal).

L'interview des agents de santé a permis de noter les résultats suivants : la fistule uro-génitale est une complication connue de l'accouchement par 78,6% des agents de santé. Les présentations incompatibles avec un accouchement par voie basse étaient le siège (10,7%), le front (64,3%), la présentation transverse (100%), la face antérieure (25%) et la face postérieure (28,6%). Les facteurs exposant à la fistule étaient la disproportion foeto-pelvienne (100%), la grossesse précoce (21,4%), l'accouchement non assisté (57,1%), le retard à l'évacuation (32,1%) et le travail prolongé (35,7%). Les moyens de prévention de la fistule par les agents de santé étaient le sondage vésical (78,6%), évacuer pour éviter un travail prolongé (50%), rompre précocement la poche des eaux (7,1%) et une épisiotomie (53,6%). L'observation participante des agents au cours de 18 accouchements a noté que le sondage ou demande à la femme de se soulager n'étaient réalisés que dans 38,% des cas, un examen de la parturiente à des intervalles réguliers dans 44,4% des cas et pas d'utilisation de partogramme ni de fixation d'une période extrême de l'accouchement en absence de dystocie. L'interview des accoucheuses villageoises a permis de noter une faible connaissance des fistules urogénitales (40,6%) et de sa cause (46,7% ignorent la cause).

Au niveau des femmes (n=15) 13,3% ont cité l'incontinence urinaire comme une complication de l'accouchement et 13,3% ont cité la communication entre l'utérus et le vagin. La cause des complications étaient une mauvaise prise en charge (26,6%), une disproportion foeto-pelvienne (46,6%), des accouchements rapprochés (20%) et une volonté divine (6,2%). En cas de complication, toutes les femmes ont dit exécuter la volonté du chef de famille.

Aucun père de famille n'a cité la fistule comme une complication de l'accouchement. Les causes des complications rapportées par les hommes étaient la jeunesse de la mère, le gros fœtus, l'alimentation, le mauvais comportement de la femme, la sorcellerie, le problème coutumier et volonté de dieu. En cas de dystocie, 66,6% envoient rapidement la femme au centre de santé mais 33,4% préfèrent attendre (car la femme accouchera si elle confesse (12,3%)).

Cet travail est riche en donnée mais une des faiblesses de l'étude est l'effectif des personnes interviewées au niveau de la communauté qui était petit. Il existe de bons résultats mais insuffisamment discutés .

Ouattara T A[15] dans son travail fait une analyse de 57 cas de fistules opérées dans le service d'urologie du CHUSS de janvier 2001 à décembre 2002. Les femmes avec un âge moyen de 28, 1 ans, étaient en majorité des analphabètes et vivant en milieu rural. L'orifice fistuleux était le plus souvent trigonal (40,4%) et urethrocervical (24,6%). Au niveau chirurgical, la voie basse a été le plus souvent utilisée (61,4%) avec des taux de guérison de 1<sup>er</sup> degré de 47,7%, d'échec de 24,6% et d'incontinence d'effort résiduelle de 14,3% à 3 mois.

Ces études fournissent assez d'informations sur les séries vues uniquement dans les hôpitaux nationaux, alors qu'on sait que la majeure partie des femmes avec fistule vivent en milieu rural. Aussi, il manque des informations sur la capacité et les besoins des services pour offrir une prise en charge adéquate aux femmes. Enfin, l'impact de la fistule sur la vie des femmes n'a pas été exploré à travers ces études. Comme ces informations manquantes sont capitales pour une meilleure planification d'une action nationale, c'est pourquoi, la Direction de la Santé de la famille avec l'appui de UNFPA a commandité cette étude pour faire d'une part le point des données disponibles au niveau des structures de santé de références et d'autre part obtenir des informations sur la capacité de prise en charge de ces services et l'impact de la maladie sur la vie des femmes.

## **2 Les objectifs de l'étude**

L'objectif général de l'étude était d'évaluer l'ampleur du problème et les capacités des structures de référence à gérer le problème.

Il s'agissait plus spécifiquement de :

- Mesurer l'étendue et l'ampleur des fistules obstétricales dans les activités des formations sanitaires
- Apprécier les répercussions de la maladie sur la vie des femmes
- Apprécier les conditions de prise en charge au niveau des structures de référence.
- Décrire le profil des femmes fistuleuses vues dans les formations sanitaires

## **3 Matériels et Méthodes**

### ***3.1 Contexte de l'étude***

L'étude s'est déroulée en janvier 2004 dans l'ensemble des structures hospitalières (Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale, Centres Hospitaliers Régionaux et Centres Hospitaliers Universitaires) des 13 régions sanitaires du pays.

### ***3.2 Type d'étude***

Il s'est agi d'une enquête rétrospective couvrant les années 2001, 2002 et 2003.

### ***3.3 Collecte des données***

Plusieurs approches ont été utilisées pendant la collecte des données.

La première a été la revue des supports de collecte de l'information sanitaire de routine (les registres de consultations des urgences, de la maternité et de la chirurgie, les registres des blocs opératoires et du service d'hospitalisation chirurgie, les rapports mensuels des CMA, trimestriels des districts et des hôpitaux régionaux et nationaux, de même que l'annuaire statistique de la DEP). Une première fiche d'enquête a permis de faire le point sur les statistiques concernant le nombre total de consultations, d'interventions, d'hospitalisations de la structure et le nombre de cas identifiés (annexe 1). Une fois les cas répertoriés, l'extraction d'informations (sociodémographiques, antécédent gynéco obstétricale et de prise en charge) a été réalisée pour chaque cas identifié grâce à une fiche d'extraction des cas (annexe 2) élaborée et pré testée.

La deuxième approche a été l'interview des femmes avec fistule présentes dans les structures de soins pendant la période de l'enquête. Le questionnaire femme fistuleuse a été utilisée (annexe 3). Il a permis la collecte d'information sur l'histoire de la maladie, le parcours thérapeutique et les implications sociales et morales de la maladie pour la femme.

La troisième approche a été l'interview des responsables des structures de soins à l'aide de fiche interview des responsables (annexe 4). Cet interview a permis la collecte d'information sur les difficultés et besoins des structures. Il s'est agi d'investiguer l'existence du matériel chirurgical disponible (boîtes pour les fistules, tables, autres matériels....), le fonctionnement du bloc opératoire, les capacités techniques des médecins, des chirurgiens à prendre en charge les fistules. Les données ont été collectées par des étudiants en médecine qui ont été préalablement formés pendant une journée. Un superviseur s'est assuré de l'exhaustivité et de la qualité des données.

### 3.4 Gestion et analyse des données

La saisie et l'analyse des données pour les fiches extraction des cas et interview des femmes fistuleuses a été faite grâce aux logiciels EPI INFO et SPSS.

Un atelier de restitution a permis une revue des résultats par les pairs. Au cours de cet atelier, les participants ont apprécié, critiqué et formulé des plans d'avenir.

### 3.5 Sources et qualité des données au niveau des formations sanitaires

#### 3.5.1 Sources des données sur les fistules au niveau des formations sanitaires

Les sources de données pour l'extraction d'information sur les cas de fistules étaient au niveau des hôpitaux le plus souvent, le registre de consultation (61,7%). Suivaient ensuite le registre du bloc opératoire (32,6%), les dossiers cliniques (41,2%), les registres d'hospitalisations (34,3%) et autres sources comme les registres d'anesthésie (6,9%).

#### 3.5.2 Qualité des données recueillies : pourcentage données manquantes par type d'information

Le tableau 1 présente le pourcentage de données manquantes au niveau des supports de collecte des données au niveau des formations sanitaires. On a noté que pour certaines informations capitales tels que l'âge des femmes, la parité, la durée d'évolution de la maladie, le pourcentage de données manquantes était très élevé supérieur à 15%. Cette absence d'information capitale rend médiocre la qualité de l'information sanitaire, élément important pour une bonne planification des activités.

**Tableau 1 : Analyse de la qualité de l'information sanitaire: pourcentage de données manquantes (n=347)**

---

Age	17,9%
Gestité de la femme	49,9%
Parité	50,7%
Nombre d'enfants nés vivants	55,9%
Nombre d'enfants morts nés	55,6%
Nombre d'enfants nés vivants et décédés	56,2%
Statut matrimonial	66,3%
Occupation professionnelle	45,3%
Groupe ethnique	56,7%
Ville ou village d'habitation	39,2%
Département	77,8%
District sanitaire	68,6%
Province	58,8%
Durée d'évolution de la maladie	51,6%
Type de fistule	10,1%
Siège de la fistule	76,1%
Taille de la fistule	79,5%
Type de fuite urinaire	62,3%
Etat des berges	80,9%
Lésions associées	93,4%
Tentative antérieure de réparation chirurgicale	52,7%
Actuellement traitée	28,8%
Voie d'abord chirurgicale	19,6%
Technique d'intervention	22,4%
Résultat de l'intervention chirurgicale	32,9%
Existence de complication post partum	94,4%
Durée de séjour à l'hôpital	25,9%

---

## 4 Résultats

### 4.1 Importance des fistules au niveau des hôpitaux du Burkina Faso (2001-2003)

Au total sur les 3 ans, 347 cas de fistules ont été recensés au niveau des structures de références

#### 4.1.1 Répartition des fistules identifiées par hôpital

Le tableau 2 donne la répartition des fistules par hôpital. Les Centre Hospitaliers Universitaires Sanon Souro (CHU SS) de Bobo-Dioulasso et Yalgado Ouédraogo (CHU YO) de Ouagadougou et le CHR de Dori, à eux seuls contribuent pour la moitié des cas identifiés. Le CHUSS de Bobo-Dioulasso contribue presque pour le tiers des cas répertoriés. Les CHU ont contribué pour 41,2%, les CHR pour 26,5% et les CMA pour 58,8%.

**Tableau 2 : Répartition des femmes fistuleuses selon les hôpitaux du Burkina Faso, 2001-2003 (n=347)**

Formation sanitaire	Pourcentage
CHU SS	27,4
CHUYO	13,8
CHR DORI	9,5
CMA ZINIARE	4,6
CHR KAYA	4,3
CMA HOUNDE	4,3
CHR GAOUA	3,5
CHR FADA N'GOURMA	3,2
CMA LEO	3,2
CHR TENKODOGO	2,3
CMA PO	2,3
CMA DIAPAGA	1,7
CMA ORODARA	1,7
CMA NOUNA	1,4
CHR KOUDOUGOU	1,2
CMA BOGANDE	1,2
CMA SOLENZO	1,2
CMA ZORGHO	1,2
CHR BANFORA	0,9
CHR DEDOUGOU	0,9
CMA BARSALOGO	0,9
CMA KOSSODO	0,9
CMA PISSY	0,9
CMA SEBBA	0,9
CMA TOMA	0,9
CMA TOUGAN	0,9
CMA ZABRE	0,9
CHR OUAHIGOUYA	0,6
CMA BOROMO	0,6
CMA KONGOUSSI	0,6
CMA MANGA	0,6
CMA NANORO	0,6
CMA SAPONE	0,6
CMA BOULSA	0,3
CMA DIEBOUGOU	0,3
CMA OUARGAYE	0,3
CMA SINDOU	0,3
CMA YAKO	0,3

#### 4.1.2 Fréquence des fistules dans les activités des hôpitaux du Burkina Faso

La répartition des fistules par formation sanitaire et par année est donnée par les tableaux 3a, 3b et 3c. Une difficulté de compilation a été noté au niveau de certaines structures de santé du fait de l'absence des supports de données (registre, dossiers). Aussi, au niveau de certains hôpitaux notamment des hôpitaux de district, le personnel a souvent dit n'avoir pas enregistré des cas vus, du fait que la prise en charge ne se faisait pas et que la femme était référée à un niveau supérieur de prise en charge.

Le tableau 4 suivant résume les chiffres obtenus dans l'annuaire statistique et au cours de notre enquête.

**Tableau 4 : statistiques comparées annuaire statistique/santé et enquête dans les formations sanitaires**

Année	Annuaire Statistique		Enquête dans les Formations Sanitaires	
	Consultations externes	Hospitalisations	Consultations	Interventions
2001	56	23	65	46
2002	65	24	80	58
2003			96	49

Afin de pouvoir obtenir la fréquence des fistules au niveau des consultations de chirurgie et des interventions, et au vu de la non complétude des données, nous avons au tableau suivant concentré notre travail dans un CHU, un CHR et un CMA où nous avons pu obtenir des données complètes sur les trois années. Au CHU SS, on trouvait pour 1000 consultations en chirurgie, entre 5 à 17 fistules et pour 1000 interventions chirurgicales entre 8 et 16 fistules. Au CMA de Houndé, pour 1000 consultations en chirurgie (maternité et bloc) on notait entre 2 à 8 fistules et pour 1000 interventions en chirurgie entre 4 à 17 fistules.

Au CHR de Fada, pour 1000 consultations en chirurgie, on a noté entre 13 et 36 fistules et pour 1000 interventions chirurgicales 2 à 3 fistules (tableau 5).

**Tableau 5 : Fréquence des fistules en consultations externes et au niveau des interventions dans 3 formations sanitaires du Burkina 2000-2003**

Année	CHUSS		CMA Houndé		CHR Fada	
	Consultations externes	Interventions chirurgicales	Consultations externes	Interventions chirurgicales	Consultations externes	Interventions chirurgicales
2001	0,010 (39/2755)	0,014 26/1877	0,002 (2/934)	0,004 (1/208)	0,014 (3/209)	0,002 (1/618)
2002	0,017 (33/1925)	(0,016) (31/1895)	0,005 (4/804)	0,017 (4/236)	0,036 (4/110)	0,003 (2/732)
2003	0,005 (23/3991)	0,008 (17/2113)	0,008 (9/1180)	0,007 (2/294)	0,013 (4/312)	0,002 (2/1018)

Tableau 3a : Résultats Statistiques consultations, interventions et fistules dans les formations 2001

	Formations sanitaires	Consultations Chirurgies	Fistules en consult	Interventions	Fistules opérées
Cascades	CHR Banfora	ND	ND	581	1
	CMA SINDOU	303	1	-	-
Boucle du Mouhoun	CMA Boromo	393	0	285	0
	CHR Dédougou	582	0	344	0
	CMA Nouna	1349	0	325	0
	CMA Solenzo	968	0	213	0
	CMA Toma	285	0	0	0
	CMA Tougan	554	0	251	0
	CMA Koupela	526	0	85	0
	CMA Ouargaye	109	0	0	0
Centre Est	CHR Tenkodogo	1388	1	371	0
	CMA Zabré	410	0	97	0
	CMA Barsalogo	160	0	27	0
Centre-nord	CMA Boulsa	376	0	61	0
	CHR Kaya	1299	0	423	0
	CMA Kongoussi	853	0	70	0
	CMA Kombissiri	-	-	37	-
Centre-sud	CMA Manga	-	-	-	-
	CMA Po	195	3	181	-
	CMA Saponé	171	1	141	-
	CMA Kossodo	139	0	139	0
Centre	CMA Paul VI				
	CMA Pissy	532	0	365	2
	CMA Sect 30	-	0	-	0
	CHU YO				
Centre Ouest	CHR Koudougou	2509	2	559	1
	CMA Léo/To	-	3	455	3
	CMA Nanoro	ND	ND	ND	ND
	CMA Réo				

	Formations sanitaires	Consultations Chirurgies	Fistules en consult	Interventions	Fistules opérées
<b>Est</b>	CMA Bogandé	—	1	211	1
	CMA Diapaga	62	1	204	0
	CHR Fada	209	3	618	1
	CMA Pama	232	0	NF	0
<b>Hauts bassins</b>	CMA Dandé	294	0	0	0
	CMA Houndé	934	2	208	1
	CMA Orodara	538	2	107	0
	CHU SS	2755	39	1877	26
<b>Nord</b>	CHR Ouahigouya	2307	0	821	0
	CMA Séguénéga	ND	ND	ND	ND
	CMA Titao	ND	0	ND	0
	CMA Gourcy				
	CMA Yako	ND	0	210	0
<b>Plateau central</b>	CMA Boussé	140	0	0	0
	CMA Ziniaré	ND	3	597	ND
	CMA Zorgho	627	1	135	1
<b>Sahel</b>	CMA Djibo	41	ND	ND	ND
	CHR Dori	ND	ND	ND	ND
	CMA Gorom	756	0	ND	ND
	CMA Sebba	ND	ND	ND	ND
	CMA Batié	ND	ND	ND	ND
<b>Sud ouest</b>	CMA Dano	1942	0	215	0
	CMA Diébougou	1816	0	370	0
	CHR Gaoua	1226	3	485	0

Tableau 3b : Résultats Statistiques consultations, interventions et fistules dans les formations 2002

	Formations sanitaires	Consultations Chirurgies	Fistules en consult	Interventions	Fistules opérées
Cascades	CHR Banfora			1062	
	CMA SINDOU	358	0	0	0
Boucle du Mouhoun	CMA Boromo	604	1	398	0
	CHR Dédougou	795	1	365	0
	CMA Nouna	1460	0	200	0
	CMA Solenzo	1381	0	230	0
	CMA Toma	239	1	0	0
	CMA Tougan	627	0	153	0
	CMA Koupela	614	0	62	0
Centre Est	CMA Ouargaye	169	0	30	0
	CHR Tenkodogo	1391	3	453	0
	CMA Zabré	370	2	83	0
Centre-nord	CMA Barsalougho	968	0	54	0
	CMA Boulsa	456	0	58	0
	CHR Kaya	1191	0	405	0
	CMA Kongoussi	339	0	58	0
Centre-sud	CMA Kombissiri	–	0	64	–
	CMA Manga	–	0	69	–
	CMA Po	262	2	211	–
	CMA Saponé	142	–	110	–
Centre	CMA Kossodo	480	2	164	1
	CMA Paul VI				
	CMA Pissy	–	0	496	2
	CMA Sect 30	–	0	–	0
	CHU YO				
Centre Ouest	CHR Koudougou	2697	1	725	0
	CMA Léo/To	–	4	374	4
	CMA Nanoro	ND	ND	ND	ND
	CMA Réo				

	Formations sanitaires	Consultations Chirurgies	Fistules en consult	Interventions	Fistules opérées
<b>Est</b>	CMA Bogandé	—	2	183	1
	CMA Diapaga	233	2	234	0
	CHR Fada	110	4	732	2
	CMA Pama	432	1	NF	1
<b>Hauts bassins</b>	CMA Dandé	579	0	0	0
	CMA Houndé	804	4	236	4
	CMA Orodara	391	1	106	0
	CHU SS	1925	33	1895	31
<b>Nord</b>	CHR Ouahigouya	2102	2	589	2
	CMA Séguénéga	7908	0	49	0
	CMA Titao	2127	0	ND	0
	CMA Gourcy				
	CMA Yako	ND	0	108	0
<b>Plateau central</b>	CMA Boussé	151	0	0	0
	CMA Ziniaré	ND	4	501	ND
	CMA Zorgho	574	2	237	2
<b>Sahel</b>	CMA Djibo	361	0	73	0
	CHR Dori	388	0	276	8
	CMA Gorom	493	6	ND	ND
	CMA Sebba	9	0	10	0
	CMA Batié	ND	ND	ND	ND
<b>Sud ouest</b>	CMA Dano	1842	0	312	0
	CMA Diébougou	1860	0	457	0
	CHR Gaoua	1494	2	474	0

Tableau 3c : Résultats Statistiques consultations, interventions et fistules dans les formations 2003

	Formations sanitaires	Consultations Chirurgies	Fistules en consult	Interventions	Fistules opérées
Cascades	CHR Banfora			1254	2
	CMA SINDOU	536	0	0	0
Boucle du Mouhoun	CMA Boromo	1245	1	270	0
	CHR Dédougou	2194	0	432	0
	CMA Nouna	1300	3	233	0
	CMA Solenzo	961	1	151	0
	CMA Toma	625	0	0	0
	CMA Tougan	709	1	180	0
	CMA Koupela	855	0	74	0
Centre Est	CMA Ouargaye	429	1	95	0
	CHR Tenkodogo	1447	4	439	0
	CMA Zabré	480	1	102	0
Centre-nord	CMA Barsalougho	429	1	112	3
	CMA Boulsa	475	1	47	0
	CHR Kaya	1330	0	412	0
	CMA Kongoussi	1311	0	7	0
Centre-sud	CMA Kombissiri	365	–	128	–
	CMA Manga	1040	2	94	–
	CMA Po	312	3	244	–
	CMA Saponé	273	2	160	–
Centre	CMA Kossodo	830	0	222	0
	CMA Paul VI				
	CMA Pissy	406	0	382	0
	CMA Sect 30	–	–	0	0
	CHU YO				
Centre Ouest	CHR Koudougou	3310	1	753	1
	CMA Léo/To	–	4	223	2
	CMA Nanoro	–	2	104	2
	CMA Réo				

	Formations sanitaires	Consultations Chirurgies	Fistules en consult	Interventions	Fistules opérées
Est	CMA Bogandé	—	1	93	1
	CMA Diapaga	716	2	270	0
	CHR Fada	312	4	1018	2
	CMA Pama	386	0	43	0
Hauts bassins	CMA Dandé	636	0	0	0
	CMA Houndé	1180	9	294	6
	CMA Orodara	384	3	151	2
	CHU SS (BLOC)	3991	23	2113	17
Nord	CHR Ouahigouya	1387	0	836	0
	CMA Séguénéga	9002	0	67	0
	CMA Titao	1903	0	ND	0
	CMA Gourcy				
	CMA Yako	—	1	87	0
Plateau central	CMA Boussé	140	0	0	0
	CMA Ziniaré	923	12	399	ND
	CMA Zorgho	423	1	234	1
Sahel	CMA Djibo	57	0	39	0
	CHR Dori	223	0	265	6
	CMA Gorom	299	3	ND	ND
	CMA Sebba	129	0	45	0
Sud ouest	CMA Batié	862	0	214	0
	CMA Dano	1930	0	528	0
	CMA Diébougou	2011	1	452	0
	CHR Gaoua	1467	7	535	3

### 4.1.3 Caractéristiques sociodémographiques des femmes avec fistule

Le tableau 6 montre les caractéristiques sociodémographiques des femmes fistuleuses. L'âge médian des femmes était de 25 ans, variant entre 14 et 70ans. La moyenne d'âge était de 28 ans ( $\pm 10$  ans). La parité médiane était de 2 et s'étalant de 0 à 13 ans. La durée de la maladie étaient pour près de la moitié des femmes de moins d'un an (48,5%), de 1 an pour 12% des femmes et de 5 ans et plus pour 21% des femmes. Les trois quarts des femmes étaient mariées (77,3%), 9,2% célibataires, 7,6% des divorcées et 4,2% des veuves. La majorité des femmes étaient des femmes au foyer ou au champ (96,3%).

**Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes fistuleuses dans les formations sanitaires du Burkina Faso (2001-2003)**

Caractéristiques	Nombre de personnes	Médiane (extrêmes)	Pourcentage
Age médian	285	25 (14-77)	
Parité	171	2 ( 0-13)	
Durée de la maladie	167		
< 1an			48,5
1 an			12,0
2 ans			4,1
3 ans			6,6
4 ans			7,8
≥ 5ans			21,0
Statut matrimonial	119		
Célibataire			9,2
Conbinage			1,7
Mariée Monogame			40,3
Mariée Polygame			37,0
Veuves			4,2
Divorcées			7,6
Occupation professionnelle	190		
Travailleur salarié			1,1
Commerce			0,5
Secteur informel			3,2
Femme à la maison ou au champ			96,3
Elève/ étudiante			0,5

### 4.1.4 Caractéristiques des fistules identifiées dans les hôpitaux

Les caractéristiques des fistules sont présentées dans le tableau 7. Quatre vingt neuf pour cent des fistules étaient urogénitales, 6,7% rectovaginales et 4,2% urorectovaginales. Les fistules étaient localisées pour 44,6% au niveau de la cloison vésicovaginale trigonale et dans 21,7% au niveau de la cloison vésico-vaginale rétrotrigonale. Dans 33,7% l'urètre était atteint. Pour ce qui est de la taille, dans 46,5% la fistule était médium et dans 28,2% petite. L'état des berges a été appréciée uniquement chez 66 femmes. La berge était scléreuse dans 59,1% des cas et souples dans 40,9% des cas. Chez 23 femmes, une lésion associée a été précisée. Cette lésion associée était au niveau du rectum chez 43,5% des femmes et 17,4% au niveau de l'urètre. Au niveau des antécédents

chirurgicaux, 47,3% des fistules étaient de première main, 18,3% des deuxièmes interventions. La fuite urinaire au niveau de la fistule étaient permanente dans 92,4% des cas.

**Tableau 7 : Caractéristiques des fistules dans les formations du Burkina Faso (2001-2003)**

Caractéristiques	Nombre de sujets	Pourcentage
Type	312	
Urogénitale		89,1
Rectovaginale		6,7
Urorectovaginale		4,2
Siège	83	
Cloison vésico-vaginale trigonale		44,6
Cloison vésico-vaginale rétrotrigonale		21,7
Fistules vésico-cervico-urétrale désinsertion partielle / totale de l'urètre		25,3
Fistules vésico-cervico-urétrale destruction de l'urètre		8,4
Taille	71	
Petite (<2cm)		28,2
Médium (2-3 cm)		46,5
Large (4-5 cm)		18,3
Extensive (≥ 6 cm)		7,0
Etat des berges	66	
Souple		40,9
Scléreux		59,1
Lésions associées	23	
Rectum		43,5
Uretère		17,4
Brides		39,1
Antécédents chirurgicaux	164	
Fistule de première main		47,3
2 <sup>ème</sup> intervention		18,3
3 <sup>ème</sup> intervention		6,1
Plus de 3 interventions		1,2
Pas d'antécédent		27,4
Type de fuite	131	
Permanente		92,4
Positionnelle		4,6
Lors des poussées		3,1

#### 4.1.5 Chirurgie des fistules et résultats dans les hôpitaux

Le tableau 8 donne l'information sur la chirurgie des fistules au niveau des hôpitaux. La voie d'abord étaient basse dans 73% des cas, haute dans 21,7% des cas et mixte dans 5,3% des cas. Elle n'était pas précisée dans le restant des cas. La technique d'intervention a été le plus souvent une fistuloraphie (71,2%) et une fistuloraphie avec une fistuloplastie (19,8%). La guérison avec une miction spontanée établie plus l'absence d'incontinence urinaire était la plus fréquente (59,4%). Le taux d'échec était élevé (26%). Aucune information sur la complication post opératoire n'était précisée dans 94,4% des cas, mais 4 cas de décès et 2 cas de complications maternelles ont été notés.

**Tableau 8 : Chirurgie des fistules et résultats dans les formations sanitaires du Burkina (2001-2003)**

Caractéristiques	Nombre de sujets	Pourcentage
Voie d'abord	115	
Basse		73,0
Haute		21,7
Mixte		5,3
Technique d'intervention	111	
Fistuloraphie		71,2
Fistuloraphie et fistuloplastie		19,8
Réimplantation urétéro-vésicale		3,6
Dérivation urinaire		5,4
Résultat de l'intervention	96	
Guérison type 1*		59,4
Guérison type 2*		10,4
Guérison type 3*		4,2
Echec		26,0
Complications post opératoires	143	
Décès		2,8
Infections		1,4
Autres		1,4
Non précisées		94,4

Type 1 : miction spontanée établie + pas d'incontinence urinaire

Type 2 : miction spontanée établie + insuffisance sphinctérienne

Type 3 : Dérivation urinaire

#### **4.2 Conséquences psychosociales, besoins et attentes des femmes avec fistule**

Au total 12 femmes fistuleuses ont été interviewées pendant la période de l'enquête. L'âge variait entre 18 à 44 ans. Neuf femmes étaient mariées, deux étaient divorcées et une célibataire. La presque totalité des femmes (11) étaient non alphabétisées et une seule l'était en langue nationale. La durée de la maladie variait de moins d'un mois à 60 mois et 75 % des femmes avaient une durée d'au plus un an. La durée d'hospitalisation pour la fistule variait entre moins d'un mois à 60 mois. Un traitement traditionnel avait été réalisé chez 3 femmes. Six avaient déjà bénéficié d'une intervention chirurgicale. Lors du dernier accouchement, 8 femmes avaient connu une expérience de difficulté. La durée du travail a été de moins de 24 heures pour 3 des femmes et de 2 jours et plus pour les autres femmes. Le lieu de l'accouchement a été le domicile pour 3 des femmes, une structure sanitaire de premier niveau pour 2 et enfin le centre de santé de référence pour 7 femmes. L'accouchement a été spontané chez 3 des femmes, une extraction chirurgicale chez 6 femmes et une extraction instrumentale dans 3 cas. Une notion d'évacuation pour l'accouchement a été retrouvée chez 9 femmes. La question sur la prise d'antidépresseur a été répondu par 10 femmes et seule une a déclaré être sous antidépresseur. Une femme n'a pas répondu à la question sur la vie sexuelle depuis l'installation de la fistule. Deux femmes sur 11 ont déclaré continuer à avoir des relations sexuelles. Deux femmes sur 11 ont déclaré avoir eu une grossesse après la survenue de la fistule. Dix femmes ont répondu à la question sur la séparation avec le conjoint depuis l'apparition de la fistule et 4 ont répondu par l'affirmative. Sur les 10 femmes qui ont répondu à la question de savoir si le conjoint avait pris une autre femme, 3 ont déclaré l'existence de cette nouvelle situation. Quatre femmes sur 11 se sentaient rejetées, 2 n'avaient plus de contacts avec leur famille, 9 croyaient en une possibilité de guérison. L'aide pour

la prise en charge était apportée par le conjoint dans 5 cas, la famille de la femme pour 4 et par d'autres sources chez 3 femmes. Ces autres sources étaient une association d'aide à la prise en charge des femmes fistuleuses pour une femme et l'action sociale pour deux femmes.

### **4.3 La capacité de prise en charge des hôpitaux**

#### **4.3.1 Organisation de la prise en charge**

Pour la prise en charge des fistules, nous avons identifiées quatre sortes de structures de soins. Il y a les structures qui ont un personnel et un plateau technique suffisant pour assurer la prise en charge complète des femmes fistuleuses. Parmi ces structures se trouvent les Centres Hospitaliers Universitaires de Bobo-Dioulasso et de Ouagadougou et certains Centres Hospitaliers Régionaux où exerce un chirurgien comme Fada et Banfora.

Le deuxième type de structures est celles qui bénéficient de missions chirurgicales qui les aident à assurer les interventions. On trouve parmi ces structures le CHR de Dori, les CMA de Léo et de Houndé. Au niveau de ces structures les interventions sont regroupées et réalisées le plus souvent par des chirurgiens expatriés.

Le troisième type de structure est celles qui bénéficient du passage d'un chirurgien belge résident au Burkina pour appuyer les équipes chirurgicales. Au cours de ces appuis, certaines femmes avec fistule sont opérées. Ces structures sont surtout les CMA aux alentours de la ville de Ouagadougou (Ziniaré, Zorgho, Manga, Pô, Boulsa, Barsalogo, Kongoussi)

Le quatrième type de structure est une structure privée particulièrement localisée dans le district de Djibo qui fait une prise en charge des femmes avec fistule.

Il existe une ONG qui organise le recrutement et l'orientation dans un hôpital béninois (Tanguéta) des femmes pour des interventions avec une somme forfaitaire de 35 000 Frs CFA. Les interventions au niveau de ce hôpital sont assurées par une mission suisse. Cette ONG est basée dans le district de Zabré.

La grande partie des autres structures n'arrive pas à assurer de prise en charge chirurgicale.

#### **4.3.2 Le personnel disponible**

Le tableau 9 montre le personnel qui était disponible au niveau des hôpitaux et susceptibles d'intervenir dans la prise en charge. Il a été noté que les chirurgiens ne sont disponibles en permanence que dans les deux Centres Hospitaliers Universitaires, dans 5 Centres Hospitaliers Régionaux et au niveau du CMA de Kossodo, tous localisés dans les grandes villes. Quant aux gynécologues, en plus des hôpitaux universitaires, ils ne sont retrouvés que dans deux CHR et dans deux CMA.

Les médecins formés à la chirurgie d'urgence sont au moins retrouvés dans presque tous les CMA.

#### **4.3.3 Le matériel disponible**

Les boîtes pour l'opération des fistules ne sont disponibles qu'au niveau des CHU, de 4 CHR et de 3 CMA. Même disponible, une structure comme le CHUSS ne dispose que d'une seule boîte usagée (tableau 10).

#### **4.3.4 Point de vue des responsables des services de prise en charge**

Nous avons interviewés 37 responsables des structures de soins. Dans les CMA, le médecin chef du district a été la personne interviewée; mais au niveau des hôpitaux le chef de service chirurgie a été la personne interviewée.

#### **4.3.4.1 Les difficultés liées à la prise en charge des fistules**

Elles sont d'ordre technique, matérielle, financière et sociale. En effet, selon les responsables des structures de prise en charge, les agents n'ont souvent pas la compétence nécessaire pour assurer un diagnostic et une prise en charge adéquate. En plus du problème de compétence des agents, le matériel fait souvent défaut et certains blocs opératoires ne sont pas du tout fonctionnels. Le problème de ressources pour financer la prise en charge est une réalité ce qui a souvent pour conséquence un retard à la consultation ou un refus d'aller au niveau des centres de référence comme cité dans certaines zones. Au cours de l'enquête, cette situation a été vécue par des enquêteurs à qui on a demandé d'assurer la prise en charge des femmes qui n'avaient plus de moyens. Au niveau social, le fait que des femmes soient rejetées, abandonnées par le conjoint ou la famille expose souvent à des problèmes sociaux de survie et même à des états dépressifs pour certaines femmes. Enfin, le fait qu'il ait souvent des reprises fréquentes expose à des séjours fréquents dans les services avec des conséquences économiques et sociales pour les familles.

#### **4.3.4.2 La capacité des femmes à assurer la prise en charge**

Il ressort de l'entretien avec les responsables des structures que pour les fistules simples, la prise en charge ne pose souvent pas de problème. Mais pour les fistules compliquées nécessitant plusieurs interventions, la capacité d'assurer la prise en charge est faible du fait du coût des soins.

#### **4.3.4.3 Outils pour le diagnostic**

Le diagnostic des fistules est souvent réalisé sous spéculum ou sous valves dans les structures de soins. Les praticiens estiment qu'une boîte d'examen contenant des spéculums et des valves est suffisante.

#### **4.3.4.4 Besoins pour améliorer la prise en charge**

Les besoins pour améliorer la prise en charge au niveau des structures sont d'une part l'acquisition de matériel pour le diagnostic et l'intervention chirurgicale, et d'autre part mais aussi un besoin de formation aux techniques chirurgicales. Ainsi, une proposition a été la création au niveau d'un service de chirurgie de l'un des deux CHU d'une unité de prise en charge, de formation et de recyclage des agents de santé.

Au vu des difficultés pour assurer la prise en charge, il a été souhaité de faciliter l'accès aux soins pour les femmes souffrant de fistule en organisant la référence vers les centres de prise en charge et en subventionnant le coût des soins (gratuité, kit à moindre coût)

Enfin, la création d'un centre d'accueil pour les femmes rejetées a été proposée. Ce centre permettrait de continuer les soins et d'initier des activités d'intégration pour ces femmes dans les communautés.

**Tableau 9 : PERSONNELS GESTION DES FISTULES AU NIVEAU DES HOPITAUX DU BURKINA (2001-2003)**

Region	Hôpital	Année	Chirurgiens	Gynécologues	Anesthésistes	Médecins Chirurgie d'urgence	Aides opérateurs	Aides anesthésistes	Sages femmes
Cascades	CHR Banfora	2001	1	0	0	0	5	4	9
		2002	1	1	0	0	8	5	8
		2003	1	1	0	0	10	6	7
	CMA Sindou	2001	1	0	0	0	0	0	3
		2002	0	0	0	0	0	0	3
		2003	0	0	0	0	0	0	3
Boucle du Mouhoun	CMA Boromo	2001	0	0	0	1	3	2	3
		2002	0	0	0	1	3	2	3
		2003	0	0	0	1	3	2	3
	CHR Dedougou	2001	0	1	0	1	5	3	5
		2002	0	0	0	1	5	3	4
		2003	0	0	0	0	5	4	5
	CMA Nouna	2001	0	0	0	1	3	2	4
		2002	0	0	0	1	3	2	4
		2003	0	0	0	0	3	2	4
	CMA Solenzo	2001	0	0	0	1	3	1	3
		2002	0	0	0	1	2	2	3
		2003	0	0	0	2	2	2	3
	CMA Toma	2001	0	0	0	0	0	0	1
		2002	0	0	0	0	0	0	1
		2003	0	0	0	0	0	0	1
	CMA Tougan	2001	0	0	0	1	2	1	3
		2002	0	0	0	0	2	1	5
		2003	0	0	0	1	2	2	4

Region	Hôpital	Année	Chirurgiens	Gynécologues	Anesthésistes	Médecins Chirurgie d'urgence	Aides opérateurs	Aides anesthésistes	Sages femmes
Centre Est	CMA Koupela	2001	0	0	0	1	3	1	4
		2002	0	0	0	1	3	1	3
		2003	0	0	0	1	2	1	4
	CMA Ouargaye	2001	0	0	0	0	0	0	1
		2002	0	0	0	1	2	1	1
		2003	0	0	0	1	2	1	2
	CHR Tenkodogo	2001	1	0	0	0	5	3	5
		2002	1	0	0	0	5	3	4
		2003	1	0	0	0	5	3	6
	CMA Zabré	2001	0	0	0	1	1	1	2
		2002	0	0	0	1	1	1	2
		2003	0	0	0	0	1	1	2
Centre-nord	CMA Barsalogo	2001	0	0	0	1	0	0	1
		2002	0	0	0	1	0	0	2
		2003	0	0	0	1	3	1	3
	CMA Boulsa	2001	0	0	0	1	2	0	1
		2002	0	0	0	1	2	1	2
		2003	0	0	0	1	2	1	2
	CHR Kaya	2001	0	0	0	0	4	3	6
		2002	0	0	0	0	4	3	5
		2003	0	0	0	0	5	1	8
	CMA Kongoussi	2001	0	0	0	1	2	1	1
		2002	0	0	0	0	2	1	3
		2003	0	0	0	0	1	1	3

Region	Hôpital	Année	Chirurgiens	Gynécologues	Anesthésistes	Médecins Chirurgie d'urgence	Aides opérateurs	Aides anesthésistes	Sages femmes
Centre-sud	CMA Konbisiri	2001	0	0	0	1	1	0	1
		2002	0	0	0	1	1	0	1
		2003	0	0	0	1	1	0	1
	CMA Manga	2001	0	0	0	1	0	0	2
		2002	0	0	0	1	0	0	1
		2003	0	0	0	1	1	0	2
	CMA Po	2001	0	0	2	1	2	2	1
		2002	0	0	2	1	2	2	1
		2003	0	0	2	1	2	2	1
	CMA Saponé	2001	0	0	1	1	1	0	1
		2002	0	0	1	1	1	0	1
		2003	0	0	1	1	1	0	1
Centre	CMA Kossodo	2001	1	1	0	0	4	3	5
		2002	1	1	0	0	3	2	5
		2003	1	1	0	0	3	2	5
	CMA Paul VI	2001							
		2002							
		2003							
	CMA Pissy	2001	0	0	0	0	3	2	5
		2002	0	0	0	0	3	2	5
		2003	0	0	0	0	4	2	10
	CMA sect 30	2001	0	0	0	0	0	0	0
		2002	0	1	0	0	0	0	0
		2003	0	2	0	0	5	10	5
	CHU YO	2001							
		2002							
		2003							

Region	Hôpital	Année	Chirurgiens	Anesthésistes	Gynécologues	Médecins Chirurgie d'urgence	Aides opérateurs	Aides anesthésistes	Sages femmes
Centre-ouest	CHR Kodougou	2001	0	0	0	0	6	3	10
		2002	0	0	0	0	7	4	10
		2003	0	0	0	0	6	3	11
	CMA Léo/To	2001	0	0	0	1	1	2	2
		2002	0	0	0	1	2	2	1
		2003	0	0	0	0	2	2	2
	CMA Nanoro	2001	0	0	0	0	0	0	1
		2002	0	0	0	0	0	0	1
		2003	0	0	0	0	1	2	1
	CMA Réo	2001							
2002									
2003									
Est	CMA Bogandé	2001	0	0	0	1	1	1	2
		2002	0	0	0	1	2	1	3
		2003	0	0	0	1	2	1	3
	CMA Diapaga	2001	0	0	0	1	2	1	2
		2002	0	0	0	2	2	1	2
		2003	0	0	0	2	2	1	2
	CHR Fada	2001	0	1	0	0	6	1	9
		2002	0	1	0	0	5	1	3
		2003	0	0	0	0	5	1	4
	CMA Pama	2001	0	0	0	2	1	0	1
		2002	0	0	0	1	1	0	2
		2003	0	0	0	1	2	0	2

Région	Hôpital	Année	Chirurgiens	Gynécologues	Anesthésistes	Médecins Chirurgie d'urgence	Aides opérateurs	Aides anesthésistes	Sages femmes
Hauts bassins	CMA Dandé	2001	0	0	0	0	0	0	0
		2002	0	0	0	0	0	0	0
		2003	0	0	0	0	0	0	0
	CMA Houndé	2001	0	0	0	2	2	2	2
		2002	0	0	0	1	2	2	4
		2003	0	0	0	1	2	2	4
	CMA Orodara	2001	0	0	0	1	2	2	1
		2002	0	0	0	1	2	2	2
		2003	0	0	0	2	2	2	3
	CHU SS (Bloc)	2001	5	-	3	0	27	23	-
		2002	4	-	3	0	30	22	-
		2003	4	-	3	0	34	22	-
CHU SS (Maternité)	2001	-	3	-	0	-	-	18	
	2002	-	3	-	0	-	-	18	
	2003	-	3	-	0	-	-	15	
Nord	CHR Ouahigouya	2001	0	1	0	0	6	6	6
		2002	0	1	0	0	6	6	10
		2003	0	1	0	0	6	6	10
	CMA Séguénéga	2001	0	0	0	0	1	1	1
		2002	0	0	0	1	1	1	1
		2003	0	0	0	1	1	2	2
	CMA Titao	2001	0	0	0	0	0	0	1
		2002	0	0	0	0	0	0	2
		2003	0	0	0	0	0	0	2
	CMA Gourcy	2001							
		2002							
		2003							
	CMA Yako	2001	0	0	0	2	3	1	3
		2002	0	0	0	1	3	1	3
		2003	0	0	0	1	3	1	3

Region	Hôpital	Année	Chirurgiens	Gynécologues	Anesthésistes	Médecins Chirurgie d'urgence	Aides opérateurs	Aides anesthésistes	Sages femmes
Plateau central	CMA Boussé	2001	0	0	0	1	0	0	3
		2002	0	0	0	1	0	0	2
		2003	0	0	0	0	0	0	3
	CMA Ziniaré	2001	-	-	2	1	2	-	3
		2002	-	-	2	2	2	-	3
		2003	-	-	2	2	2	-	3
	CMA Zorgho	2001	0	0	0	1	1	1	2
		2002	0	0	0	1	1	2	1
		2003	0	0	0	1	1	2	2
Sahel	CMA Djibo	2001	0	0	0	0	1	1	-
		2002	0	0	0	1	1	1	-
		2003	0	0	0	1	1	1	-
	CHR Dori	2001	1	0	0	0	3	2	6
		2002	0	0	0	0	6	4	6
		2003	1	0	0	0	6	4 (dt 1 dcd)	7
	CMA Gorom	2001	0	0	0	0	1	1	3
		2002	0	0	0	0	1	1	3
		2003	0	0	0	1	1	1	3
	CMA Sebba	2001	-	-	-	1	1	0	1
		2002	-	-	-	1	1	1	1
		2003	-	-	-	2	1	1	1

Region	Hôpital	Année	Chirurgiens	Anesthésistes	Gynécologues	Médecins Chirurgie d'urgence	Aides opérateurs	Aides anesthésistes	Sages femmes	
Sud ouest	CMA Batié	2001	0	0	0	0	0	0	1	
		2002	0	0	0	0	0	0	2	
		2003	0	0	0	0	0	0	2	
	CMA Dano	2001	0	0	0	0	0	0	1	
		2002	0	0	0	0	0	0	1	
		2003	0	0	0	0	0	0	1	
	CMA Diébougou	2001	0	0	0	0	2	2	2	1
		2002	0	0	0	0	1	3	2	2
		2003	0	0	0	0	1	3	2	3
	CMA Gaoua	2001	0	0	0	0	0	4	3	7
		2002	1	1	0	0	0	4	3	7
		2003	1	1	0	0	0	5	4	10

**TABLEAU 10 : MATERIEL DISPONIBLE AU SEIN DES HOPITAUX DU BURKINA FASO POUR LA GESTION DES FISTULES**

Région	Equipement actuel	Boîtes fis	Cystos	Hystero	TEG	Lampe	Valves	Speculums	Sondes	Echographe	
Cascades	CHR Banfora	1UF	ND	4UF	ND	2UF	4UF	10UF	10UF	1UF	
	CMA SINDOU	ND	ND	1UF	ND	ND	ND	2UF	ND	ND	
Boucle du Mouhoun	CMA Boromo	ND	ND	1UF	1UF	1UF 1NF	2UF	21UF 10UF	2UF	1Nef 1UF	
	CHR Dédougou	1NF	ND	3UF	4UF	2UF	4UF 10NF	15UF 3NF	2UF	1UF	
	CMA Nouna	ND	ND	7UF	1Nef	1NF	10UF	8UF	1UF	1UF	
	CMA Solenzo	ND	ND	3UF	2UF	6NF	2UF	11UF	3UF	ND	
	CMA Toma	ND	ND	2NeF 1UF	ND	ND	1NF	10UF 1NF	ND	ND	1NF
	CMA Tougan	ND	ND	1NeF 5UF	4UF	2UF 1NF	5UF	22UF 12NF	5UF	ND	1UF
Centre Est	CMA Koupela	ND	ND	UF	NeF	UF	NeF	NeF	NeF	ND	
	CMA Ouargaye	ND	ND	NeF	NeF	NF	NeF	NeF	NeF	ND	
	CHR Tenkodogo	ND	ND	UF	ND	ND	ND	UF	UF	ND	
	CMA Zabré	ND	ND	UF	UF	NF	ND	NeF	ND	ND	
Centre-nord	CMA Barsalogo	ND	ND	UF	ND	ND	NeF	UF	UF	NF	
	CMA Boulsa	ND	ND	UF	UF	UF	NF	UF	UF	ND	
	CHR Kaya	ND	ND	UF	UF	UF	ND	UF	NF	UF	
	CMA Kongoussi	ND	ND	NeF	ND	NeF	NeF	UF	UF	ND	
Centre-sud	CMA Kombissiri	ND	NF	UF	UF	UF	UF	UF	UF	ND	
	CMA Manga	ND	ND	NF	UF	NF	UF	UF	ND	ND	
	CMA Po	ND	ND	UF	UF	UF	UF	UF	UF	ND	
	CMA Saponé	UF	ND	UF	UF	UF	NF	UF	UF	ND	
Centre	CMA Kossodo	ND	ND	ND	ND	NF	ND	1UF	UF	ND	
	CMA Paul VI										
	CMA Pissy	ND	ND	NeF	2Nef	NF					
	CMA Sect 30	ND	ND	NeF	NeF	NeF	ND	NeF	ND	ND	
	CHU YO										

Région	Equipement actuel	Boîtes fis	Cystos	Hystero	TEG	Lampe	Valves	Speculums	Sondes	Echographe
Centre Ouest	CHR Koudougou	ND	1Nef	2UF	2UF	2UF	ND	12Nef 25UF	ND	1UF
	CMA Léo/To	ND	ND	2UF	1 nef 4UF	2UF	ND	36UF	2UF	1UF 1NF
	CMA Nanoro	2Nef	ND	15Nef	2Nef 4UF	1UF	4Nef 2UF	5Nef >30UF	4Nef 2UF	1UF 1NF
	CMA Réo									
Est	CMA Bogandé	NF	ND	UF	UF	NF	UF	UF	UF	NF
	CMA Diapaga	ND	ND	ND	UF	ND	ND	UF	ND	Nef
	CHR Fada	ND	ND	Nef	UF	UF	ND	UF	ND	NF
	CMA Pama	ND	ND	NF	UF	UF	ND	UF	Nef	ND
Hauts bassins	CMA Dandé									
	CMA Houndé	ND	ND	5 Nef	4Nef	1UF	ND	4 Nef ,2UF 2NF	2 Nef 1UF	ND
	CMA Orodara	ND	ND	1UF	ND	4UF	20UF	20UF	2UF	ND
	CHU SS (Bloc)	1UF	1NF	2UF	1UF	2UF	1UF	4UF	5UF	ND
	CHU SS (Maternité)	ND	ND	---	4UF 2NF	3UF 2NF	---	>50UF	---	ND
Nord	CHR Ouahigouya	UF	ND	UF	UF	-- ?--	---	-- ?--	UF	UF
	CMA Séguénéga	ND	ND	ND	UF	UF	ND	Nef,UF	ND	ND
	CMA Titao	ND	ND	ND	UF	UF	ND	UF	ND	ND
	CMA Gourcy									
	CMA Yako	ND	ND	4UF	1UF	1UF	10UF	30UF	2UF	ND
Plateau central	CMA Boussé	ND	ND	UF	UF	UF	ND	UF	ND	ND
	CMA Ziniaré	ND	ND	UF	UF	UF	UF	UF	UF	ND
	CMA Zorgho	ND	ND	ND	UF	ND	UF	UF	ND	NF
Sahel	CMA Djibo	ND	ND	UF	UF	UF	Nef,UF	Nef,UF	---	ND
	CHR Dori	ND	ND	UF	Nef	UF	---	UF	UF	UF,NF
	CMA Gorom	ND	ND	ND	UF	ND	UF	UF	UF	ND
	CMA Sebba	ND	ND	Nef	Nef	NF	Nef	Nef	Nef	Nef

Région	Equipement actuel	Boîtes fis	Cystos	Hystero	TEG	Lampe	Valves	Speculums	Sondes	Echographe
Sud ouest	CMA Batié	ND	ND	1 Nef	3 Nef	ND	ND	2 Nef,3 UF,2NF	ND	ND
	CMA Dano	ND	ND	1 Nef	1N F	ND	ND	3UF	ND	ND
	CMA Diébougou	ND	ND	3 Nef	1UF	2 Nef 2UF	2NF	10 Nef 10UF	4UF	ND
	CHR Gaoua	3UF	1NF	3UF	2UF	2UF	6UF	12UF	3UF	1UF

ND : Non disponible

NF : Non fonctionnel

UF : Usé fonctionnel

Nef : Neuf et fonctionnel

## 5 Discussion

Cette étude a permis d'identifier 347 fistules sur 3 années au niveau des structures de référence du Burkina Faso. Dans certaines structures, du fait de l'absence des sources de données, aucune information n'a pu être obtenue. Les femmes avec fistules étaient jeunes et avaient un antécédent de travail dystocique. La fistule était le plus souvent urogénitale, située au niveau trigonale et avec une taille inférieure à 4 cm. L'intervention chirurgicale a été le plus souvent réalisée par voie basse avec un taux d'échec de 26%. Quelques femmes avec fistules ont signalé des difficultés sociales. Au niveau national, la prise en charge chirurgicale n'est pas assurée dans toutes les structures de référence. Seuls quelques hôpitaux assurent cette prise en charge. Les responsables des structures de santé ont évoqué des difficultés comme la faible compétence des agents pour assurer une prise en charge adéquate, le manque de matériel technique et l'inaccessibilité financière aux soins chez certaines femmes. Ils ont proposé des solutions comme la création de centres de formation, de réinsertion des femmes abandonnées et l'appui à la prise en charge.

### 5.1 *Limites de notre étude*

Comme toute étude rétrospective, la disponibilité des données est souvent un grand problème du fait des difficultés d'archivage des supports de données. Ceci a été noté au cours de notre étude et a certainement entraîné une sous estimation de nos données. L'amélioration de la qualité de l'information sanitaire pour ce qui est des fistules est le premier axe pour la lutte contre les fistules car pour une bonne planification des actions, l'information est capitale.

En plus de cette faiblesse, le manque de certaines informations sur les femmes a rendu l'analyse de données souvent difficile pour certaines variables. Ceci devra entraîner une prudence dans l'interprétation des informations sur les caractéristiques de la population des femmes avec fistule. L'échantillon de l'enquête auprès des femmes avec fistule était petit et les informations produites ne s'auraient être généralisables à l'ensemble de la population des femmes souffrant de fistule au Burkina Faso.

### 5.2 *Importance des fistules au niveau des formations sanitaires*

Les chiffres de fistules en consultations externes et au niveau des interventions sont supérieurs à ceux donnés par les statistiques sanitaires du pays pour la même période. Ce fait est normal parce que l'annuaire statistique ne fournit les informations que pour les hôpitaux régionaux et universitaires. Au niveau des Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale, il n'existe aucune rubrique fistules. Les fistules sont englobées soit dans le terme affections de l'appareil urinaire soit dans le terme d'affections de l'appareil génitale.

Selon certains auteurs, dans les services de prise en charge, 1 à 2 cas de fistules pour 1000 accouchements sont attendus par mois. Seul les CHU approchent de ces chiffres.

Avec une incidence de 1 à 2 pour 1000 accouchements et avec 500 000 accouchements attendus par an, 500 à 1000 nouvelles fistules obstétricales devraient être observées chaque année au Burkina Faso. Pour 3 années, nous n'avons pu identifier que 347 cas. Ceci peut être expliqué par plusieurs raisons : premièrement, toutes les femmes ne consultent pas. Deuxièmement, nous avons noté des associations aidant les femmes à bénéficier d'une intervention hors du pays. En effet au niveau de certains districts notamment le district de Zabré existe une association aidant les femmes. Il s'agit de l'Association Religieuse Réadaptation à Base Communautaire des Aveugles et autres Handicapés de Zabré (RBCAH/Z). Cette association a intégré dans ses activités un volet prise en charge des fistules 2001. En partenariat avec l'hôpital de Tanguiéta au Bénin, les femmes sont recrutées dans les villages et transférées au Bénin pour être opérées. Les résultats des transferts ont été respectivement 5, 10 et 20 femmes transférées et opérées pour les années 2001,

2002 et 2003. Au niveau de l'hôpital de Tanguiéta, une mission suisse de la Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales assure des interventions par un urologue pendant 15 jours par an [18]. En troisième, au niveau de certaines structures, de nombreux registres étaient non disponibles soit parce que la personne responsable n'était pas présente (le plus souvent les registres de consultation des médecins, chirurgiens) soit les registres avaient disparus de la structure (A Dori, les registres de consultation chirurgie, maternité et du bloc pour l'année 2001 n'étaient plus disponibles). Dans certaines structures sanitaires visitées, les agents citaient des exemples de femmes vues avec des fistules mais aucun enregistrement n'était fait dans les registres. L'exemple a été le CMA de Gorom Gorom où l'enquêtrice a identifié 9 cas dont 4 opérés et non notifiés.

### ***5.3 Les caractéristiques des femmes fistuleuses***

Les femmes fistuleuses étaient jeunes. Ce même constat a été fait par plusieurs auteurs aussi bien au Burkina Faso[15], qu'ailleurs [19, 20]. Notre moyenne d'âge était proche des 28,1 ans de Ouattara au CHUSS de Bobo-Dioulasso[15]. Cependant, au Niger [20] et en Ethiopie [21] les femmes avec fistule, avec une moyenne d'âge de 19 ans et de 23 ans, étaient plus jeunes que celles de notre étude. Pour Hilton[6], les premières grossesses justes après les règles avant maturation complète du pelvis sont des facteurs accentuant le risque d'apparition des fistules obstétricales.

La parité médiane de 2 dans notre étude traduit une prédominance des primi et paucipares dans le groupe. Ce même constat a été fait par au Mali [19] et au CHUSS de Bobo-Dioulasso [15]. La durée du travail de l'accouchement précédant la fistule, le type d'accouchement et la notion d'évacuation, sont des éléments informateurs sur la présence d'une dystocie au cours de l'accouchement. Ces variables évaluées au cours de nombreuses études ([15, 19, 20] n'ont pu être monitorées dans notre étude rétrospective. Mais lors de l'interview des 12 femmes fistuleuses, trois quart disaient avoir eu un travail de plus de deux jours, 75% ont notifié un accouchement soit par manœuvre instrumentale, soit par une intervention chirurgicale et dans 75%, une évacuation a été notée. Cette information tend à confirmer l'existence d'une dystocie précédant le plus souvent, la survenue de la fistule.

La majorité de nos femmes avec fistule étaient mariées. Les divorcées représentaient 7,6% de l'échantillon. Cet état de divorce était-il une conséquence de leur état morbide ?

Les femmes souffrant de fistule étaient pour la plus part des femmes à la maison ou au champ. Sans aucune activité économique, ces femmes sont à la charge de leur famille pour leur prise en charge. C'est peut être ce qui complique l'accès aux soins quant ces femmes sont abandonnées soit par leur mari et soit leur famille.

### ***5.4 Les caractéristiques des fistules vues au niveau des hôpitaux***

Neuf fistules sur dix étaient urogénitales. Nos résultats étaient proches de ceux de Qi Li Ya et col. au Mali[19] qui avaient noté 82,3% de fistules urogénitales et de Murray et al en Ethiopie [21] qui avaient noté 80 % de fistules urogénitales.

Le siège de la fistule était la cloison vésico-vaginale dans 66,3% et est proche des 70,6% trouvé au Mali pour Qi Li Ya et al[19]. La différence entre nos deux études était au niveau de la région trigonale et rétro trigonale. Si dans notre étude la région trigonale était atteinte dans 44,6 % des cas, au Mali[19] elle était atteinte dans 58,8% des cas. Aussi, l'atteinte de l'urètre était plus fréquente (33,7%) dans notre étude que celle du Mali (11,8%)[19]. Enfin, la désinsertion de

L'urètre était plus fréquente dans notre série (25,3%) qu'au Mali (8,9%)[19]. Au niveau du CHN SS, Ouattara avait pour la désinsertion de l'urètre trouvé 13,5%[15].

La différence observée entre notre étude et les autres pourraient s'expliquer par le fait que dans notre étude pour cette variable, les données manquantes étaient très importantes. Ainsi, la fréquence de l'atteinte de l'urètre pourrait avoir été surestimée.

Les fistules de moins de 4 cm représentaient 74,7%. Ce chiffre s'approche des 71,2% notés au Mali[19] et des 74,8% notés au Niger[20].

L'état des berges était la souplesse dans 40,9%, alors qu'au Mali, il était de 55,8% [19].

Au niveau des antécédents chirurgicaux, les deuxièmes et plus de 2 interventions avaient une fréquence de 25%. Au Mali Qi Li Ya et al [19] ont trouvé une fréquence de plus de 45%. Au Niger, 71,% des femmes étaient avec plus d'une intervention [20]. La différence d'avec le Niger, c'est que l'étude s'est cantonnée dans le village des fistuleuses et probablement, les femmes avec échec d'intervention devraient être plus apte à se faire hospitaliser dans ce service.

Au niveau de notre série, si intervention il y a eu, la voie basse a été la plus utilisée (58,7%). La même tendance a été notée par Ouattara au CHUSS [15] et au Mali[19] avec respectivement des chiffres proches de 61,4% et 61,8%.

Au niveau de la technique d'intervention, la fistuloraphie suivie de la fistuloraphie avec fistuloplastie étaient les plus utilisées aussi bien dans notre série qu'au Mali [19] et au Niger [20].

Au niveau des résultats de l'intervention chirurgicale, les études observationnelles en Afrique donnent des taux de guérison variant entre 75-95% chez les femmes lors de la première intervention [22, 23]. Malgré cette proportion de réussite, des signes d'incontinence urinaire suivant les interventions pour fistules ont été reconnus et surviennent chez environ 10 à 12% des femmes [24]. Dans notre série, la guérison de type I et II sont respectivement de 59,4% et 10,4%. Ce chiffre est inférieur de ceux obtenus au Mali par QiLiYa et al [19] respectivement 85,3 et 14,7%. Nos chiffres sont proches de ceux de Ouattara obtenus au CHUSS [15] respectivement 47,4% et 14%. Notre taux d'échec de 26% est proche des 24,6% obtenus au CHU SS[15].

Au niveau des complications opératoires 4 décès, 2 infections ont été noté dans notre série. Dans la série de Ouattara au CHUSS[15], un décès avait été identifié.

### ***5.5 La capacité de prise en charge des hôpitaux***

Les hôpitaux au niveau national, à part les 2 CHU et quelques CHR ne peuvent assurer le traitement chirurgical de la fistule du fait d'un manque de personnel qualifié. Certaines structures bénéficient d'une possibilité ponctuelle fournie par les missions chirurgicales belges (Houndé) et allemande (Léo et Dori). Une formation du personnel s'avère un axe important dans le management des fistules au Burkina Faso. Le besoin a été exprimé par les acteurs de terrain et des propositions concrètes comme la création d'un centre de formation et de recyclage exprimée par l'unité d'urologie du CHUSS. Ce centre devrait être crée et bénéficier de l'appui des autorités car, il existe déjà des spécialistes qui veulent aider à la formation des autres afin de les rendre qualifiés. La réparation des fistules pourrait être intégrée dans la formation de la chirurgie essentielle ou une formation spéciale avec un certificat pourrait être créé.

En plus d'un personnel qualifié, le besoin de matériel adapté est crucial. Les boîtes pour fistules au niveau de certaines structures de référence manquent ou même si elles existent sont très

usagés. Ainsi le volet fourniture du matériel performant est le deuxième axe capitale pour réussir la lutte contre les fistules

Les missions chirurgicales devraient être encouragées et surtout négocier la formation du personnel local et l'appui aux structures en terme d'équipement.

### ***5.6 Impact de la fistule sur la vie des femmes***

Bien que nous n'ayons pas pu interviewer de nombreuses femmes, les informations fournies par les quelques femmes vues, montrent qu'avoir une fistule expose les femmes à des difficultés sociales. Le rejet de la communauté, la rupture des contacts avec les membres de la famille, la prise d'une autre femme par le conjoint et la prise d'antidépresseur notés au Niger [20, 25] ont été rapportées par quelques femmes de notre échantillon. L'organisation d'une prise en charge psycho sociale est un des axes majeurs de la réussite du management des fistules. Cette prise en charge psycho sociale devrait permettre aux femmes fistuleuses de réussir leur réinsertion sociale.

## **6 Enoncé des recommandations**

### ***6.1 Axe de prévention de la survenue des fistules***

Il est important de prévenir la survenue des fistules chez des femmes au cours de la période d'accouchement. Cette prévention passe par plusieurs actions à appliquer en même temps. Il s'agit :

- Education des communautés (femmes et hommes) sur le risque de survenue des fistules
- Promotion mariage et grossesse à des âges matures de la femme
- Reconnaissance des complications liées à la grossesse chez une femme jeune
- Accès à la contraception pour limiter les grossesses chez les jeunes filles
- Le renforcement de la capacité des agents pour améliorer la détection précoce et référence des cas de travail bloqué
- Moyens d'évacuation performant
- Prise en charge adéquate des urgences liées au travail bloqué par la mise en place de centre de référence fonctionnel et de qualité

### ***6.2 Axe d'amélioration de la prise en charge des femmes avec fistules***

L'amélioration de la prise en charge des femmes avec fistules requiert des structures équipées avec un personnel compétent et dont les soins sont de qualité et à un coût abordable. Ceci nécessite une formation d'un personnel, un équipement des structures et un accès aux soins facilité pour ces femmes. La formation du personnel pourrait se faire à travers la création d'un centre spécialisé dans un des services de chirurgie de l'un des deux centres hospitaliers universitaires qui assurent aussi bien la formation des chirurgiens, des médecins en chirurgie d'urgence et des attachés de santé infirmiers en chirurgie et en anesthésie. Une discussion avec les formateurs pourraient permettre la création d'un certificat à la prise en charge des fistules.

Ce centre tout en permettant la formation et le recyclage pourrait jouer le centre de référence pour la prise en charge des cas compliqués.

Après une formations des agents, l'équipement des structures en matériel devra être le deuxième volet de cet axe. L'équipement devrait être réalisée aussi bien au niveau du Centre de référence que des structures de prise en charge.

Le troisième volet de l'amélioration de la prise en charge des femmes est la facilitation de l'accessibilité des soins. Les ONG travaillant dans le domaine devrait être associée afin de

capitaliser leur compétence dans l'identification des femmes souffrant de cette affection et à l'orientation vers les structures compétentes. Une réflexion devrait être conduite pour voir la meilleure forme d'accessibilité financière aux soins (gratuité des soins, kits abordables, tiers payants, etc....).

Le dernier volet de cette prise en charge des femmes avec fistule est l'accueil et la réinsertion des femmes abandonnées par leur famille. Des expériences de centre de récupération et d'insertion de femmes avec fistules existe. L'adaptation d'une telle structure au contexte local et son installation à côté du centre de référence est à envisager.

### **6.3 Amélioration des statistiques sur les femmes avec fistules**

Une des faiblesses au cours de notre étude a été la faible qualité des statistiques au niveau des structures de référence. Il apparaît alors important de réfléchir avec la Direction des études et de la Planification et les hôpitaux sur l'amélioration des statistiques.

## **7 Possibilités d'application des recommandations**

Le contexte d'application des recommandations est particulier et recèle de nombreuses opportunités à saisir. Ce contexte est dominé au niveau nationale par la promotion d'une stratégie de maternité à moindre, d'un cadre conceptuel de partage des coûts, l'existence d'ONG impliquées dans la prise en charge des femmes avec fistules, l'existence d'un petit groupe de personnel de santé compétent et dévoué pour la cause, l'existence d'un système de formation en chirurgie. Au niveau internationale, existe également une opportunité qui est la campagne mondiale organisé par UNFPA depuis 2002 pour l'éradication des fistules en partenariat avec les agences multilatérales, ONG, spécialistes en sciences sociales et professionnelles de la santé.

Toutes ces opportunités devraient être prises en compte afin de prévenir et améliorer la prise en charge des fistules chez les femmes après l'accouchement.

## **8 Références**

1. Monseur, J., *Remplacement du vagin par un greffon sigmoïdien pour la cure des grandes nécroses urogénitales post partum africaines*. J urol., 1980. **86**(156-166).
2. Bouffioux, C.H. and J. de Leval, *Expérience comparée des fistules vésico-vaginales en Belgique et en Guinée Conakry*. Acta. Urol. Belg., 1987. **55**(4): p. 597-607.
3. Camey, M., *Les fistules obstétricales*. 1998, Paris: Progrès en Urologie.
4. Danso, K., et al., *The epidemiology of genitourinary fistulae in Kumasi, Ghana, 1977-1992*. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 1996. **7**: p. 117-120.
5. Tahzib, F., *Epidemiological determinants of vesicovaginal fistulas*. Br J Obstet Gynaecol, 1983. **90**: p. 387-391.
6. Hilton, P., *Vesico-vaginal fistulas in developing countries*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2003. **82**: p. 285-295.
7. Ministère de la Santé, *Annuaire Statistique /Santé. Année 1997*. 1998, Ministère de la Santé: Ouagadougou.
8. Ministère de la Santé, *Annuaire Statistique/santé. Année 1998*. 1999, Ministère de la Santé: Ouagadougou.
9. Ministère de la Santé, *Annuaire Statistique/Santé. Année 1999*. 2000, Ministère de la Santé: Ouagadougou.
10. Ministère de la Santé, *Annuaire statistique/Santé. Année 2000*. 2001, Ministère de la Santé: Ouagadougou.
11. Ministère de la Santé, *Annuaire Statistique/Santé. Année 2001*. 2002, Ministère de la Santé: Ouagadougou.
12. Ministère de la Santé, *Annuaire Statistique/Santé. Année 2002*. 2003, Ministère de la Santé: Ouagadougou.
13. Kambou, T., et al., *Fistule jéjuno-utéro-vaginale après accouchement par forceps*. Lyon Chirurgie, 1997. **9315**: p. 290-292.

14. Zango, B., et al., *Les fistules urogénitales : à propos de 50 cas au CHNSS de Bobo-Dioulasso*. Science et Technique, Science de santé (CNRST), 2001. **24**: p. 63-70.
15. Ouattara, T.A., *Etude des fistules urogénitales au CHNSS de Bobo-Dioulasso : aspects épidémiologiques, anatomocliniques et thérapeutiques. (A propos de 57 cas opérés en deux ans)*. in UFR/SDS. 2003, Université de Ouagadougou: Ouagadougou.
16. Dakuyo, P.J.E., *Prévention des fistules obstétricales dans la région sanitaire de Bobo-Dioulasso : état des lieux dans le district sanitaire de Dandé*. 2002, Ecole nationale de santé publique. Direction régionale de Bobo-Dioulasso.: Bobo-Dioulasso.
17. Wassatu-B, E., *Les fistules vésico-vaginales colligées en 5 ans (1987-1991) au CHNYO : aspects épidémiologiques et thérapeutiques.*, in *Faculté des Sciences de la Santé*. 1992, Université de Ouagadougou: Ouagadougou.
18. Rochat, C.-H., *Les fistules obstétricales: détresse des femmes, campagne de prévention et de traitement à l'hôpital Saint-Jean de Dieu à Tanguiéta. Bénin*. 2004.
19. QI LI YA, Z. Ouattara, and K. Ouattara, *Traitement des fistules vésico-vaginales à l'hôpital de Kati. A propos de 34 cas*. Médecine d'Afrique Noire, 2000. **47**.
20. Harouna, Y.D., et al., *La fistule vesico-vaginale de cause obstetricale: enquête auprès de 52 femmes admises au village des fistuleuses*. Médecine d'Afrique Noire, 2001. **48**.
21. Murray, C., et al., *Urinary and faecal incontinence following delayed primary repair of obstetric genital fistula*. BJOG, 2002. **109**: p. 828-832.
22. Woo, H.H., D.J. Rosario, and C.R. Chappler, *The treatment of vesico-vaginal fistulae*. Eur urol, 1996. **29**: p. 1-9.
23. Hilton, P., *Unrodynamic findings in patients with urogénital fistulae*. Br J Urol, 1998. **81**: p. 539-542.
24. Hilton, P., *Debate: postoperative urinary fistulae should be managed by gynaecologists in specialist centers*. Br J Urol, 1997. **80**(Suppl 1): p. 35-42.
25. Sanda, G., I. Nafiou, and A. Moukaila, *La fistule urogénitale au Niger : aspects épidémiologiques et conséquences*. African Journal of Urology, 2001. **7**: p. 103-108.

## **Annexes**

## Fiche Formation sanitaire

Nom du site: \_\_\_\_\_ Type: CMA I\_I CHR I\_I CHN I\_I

Nom de l'enquêteur \_\_\_\_\_ Date I\_I II\_I II\_I I\_I

Bilan des activités (à partir des registres de consultations et du bloc)

	2001	2002	2003
Nombre total de consultants en chirurgie			
Nombre total d'intervention en chirurgie			
Nombre total de fistules en consultation			
Nombre total de fistules en intervention			

### Personnels (Nombre)

	2001	2002	2003
<b>Chirurgiens</b>			
<b>Gynécologues</b>			
<b>Anesthésistes</b>			
<b>Médecins Chirurgie d'urgence</b>			
<b>Aides opérateurs</b>			
<b>Aides anesthésistes</b>			
<b>Sages femmes</b>			

### Equipements actuels

	Neufs fonctionnels	Usages fonctionnels	Non Fonctionnels	Non disponibles
Boîte pour fistule				
Matériels de cystoscopie				
Hystéromètre				
Table d'examen gynécologique				
Table d'examen gynécologique				
Lampe d'examen				
Jeu de valves vaginales				
Spéculums				
Sondes cannelées				
Echographe				

Bilan des activités selon les rapports transmis à la DEP

	2002	2002	2003
<b>Nombre total de consultants en chirurgie</b>			
<b>Nombre total d'intervention en chirurgie</b>			
<b>Nombre total de fistules consultation</b>			
<b>Nombre total de fistules en intervention</b>			

**Enquêtes Fistules au Burkina Faso**  
**FICHE D'ENQUETE N° II**

(à remplir par l'enquêteur pour tout cas de fistule identifié dans les registres)

**SECTION 1: IDENTIFICATION**

Q101 Numéro du dossier I \_ I \_ I \_ I \_ I

N°	Questions	Codage des réponses	Passez à
Q102	Formation Sanitaire	_____	
Q103	Type Formation Sanitaire	CMA 1 CHR 2 CHU 3	
Q104	Date de l'enquête	I _ I _ I _ I _ I	
Q105	Nom de l'enquêteur	_____	

**SECTION 2 : INFORMATION GENERALE**

N°	Questions	Codage des réponses	Passez à
Q201	Source de collecte des données	Registre Consultation 1 Registre Bloc Opératoire 2 Dossiers Cliniques 3 Registre d'hospitalisation 4 Autres 5	
Q202	Age de la femme	AGE (en années) I _ I _ I 99 : donnée non disponible	
Q203	Gestité de la femme (Nombre de fois que la femme a été enceinte)	I _ I _ I 99 : donnée non disponible	
Q204	Parité de la femme (Nombre de fois que la femme a accouché)	I _ I _ I 99 : donnée non disponible	
Q204	Nombre d'enfants nés vivants	I _ I _ I 99 : donnée non disponible	
Q205	Nombre d'enfants morts nés	I _ I _ I 99 : donnée non disponible	
Q206	Nombre d'enfants nés vivants et décédés	I _ I _ I 99 : donnée non disponible	
N°	Questions	Codage des réponses	Passez à
Q207	Statut matrimonial de la femme	Célibat 1 Concubinage 2 Mariage Monogame 3 Mariage Polygame 4 Veuvage 5 Divorce 6 Non disponible 9	
Q208	Occupation professionnelle de la femme	Travailleur salarié 1 Commerce 2	

		Secteur Informel 3 Cultivateur ou Ménagère 4 Elève ou étudiant 5 Chômage 6 Autre 7 Non disponible 9	
Q208 a	Préciser Autre profession _____	_____	
Q209	Groupe ethnique de la femme _____	I _ I _ I 99 : donnée non disponible	
Q210	Village ou ville d'habitation? _____	I _ I _ I 99 : donnée non disponible	
Q211	Département _____	I _ I _ I 99 : donnée non disponible	
Q212	District Sanitaire _____	I _ I _ I 99 : donnée non disponible	
Q213	Province _____	I _ I _ I 99 : donnée non disponible	

### SECTION 3 : DONNEES CLINIQUES

N°	Questions	Codage des réponses	Passer à
Q301	Durée d'évolution maladie	I _ I _ I 99 : donnée non disponible	
Q301a	Unité durée d'évolution de la maladie	Mois 1 Années 2	
Q302	Type de fistule	Urogénitale 1 Rectovaginale 2 Urorectovaginale 3 Non précisé 9	
Q303	Siège de la fistule	Cloison vésico-vaginale trigonale 1 Cloison vésico-vaginale rétrotrigonale 2 Fistules vésico-cervico-urétrale désinsertion partielle / totale de l'urètre 3 Fistules vésico-cervico-urétrale destruction de l'urètre 4 Non disponible 9	
Q304	Taille de la fistule	I _ I _ I cm 99 : donnée non disponible	
N°	Questions	Codage des réponses	Passer à
Q305	Diagnostic fait par	Examen Clinique 1 Test bleu de méthylène 2 Cystoscopie 3 Sonde cannelée 4 Urographie rétrograde 5 Echographie 6 Autres 7 Non précisée 9	
Q306	Type de fuite urinaire	Permanente 1 Positionnelle 2 Lors des poussées 3 Autres 4 Non précisée 9	
Q307	Etat des berges	Souple 1 Scléreux 2 Non précisé 3	

Q308	Lésions associées	Rectum 1 Uretere 2 Brides 3 Non précisé 4	
Q309	Antécédents Chirurgicaux sur la fistule	Fistule de première main 1 2 <sup>ème</sup> intervention 2 3 <sup>ème</sup> intervention 3 Plus de 3 interventions 4 Pas d'antécédent 5 Non précisée 9	
Q310	Actuellement a été opéré	Oui 1 Non 2 Non précisée 3	A Q315
Q311	Voie d'abord Chirurgicale	Basse 1 Haute 2 Mixte 3 Non précisée 9	
Q312	Technique d'intervention	Fistulographie 1 Fistuloraphie et fistuloplastie 2 Réimplantation urétéro-vésicale 3 Dérivation urinaire 4 Non précisé 9	
Q313	Résultat de l'intervention Type 1 : miction spontanée établie + pas d'incontinence urinaire Type 2 : miction spontanée établie + insuffisance sphinctérienne Type 3 : Dérivation urinaire	Guérison Type 1 1 Guérison Type 2 2 Guérison type 3 3 Echec 4 Non précisée 9	
Q314	Existence de complications post opératoires	Décès 1 Infections 2 Autres 3 Non précisée 9	
Q 315	Durée de séjour à l'hôpital	I_I_I_I <b>99 : donnée non disponible</b>	
Q315a	Unité durée de séjour	Jours 1 Mois 2 Années 3	

### Questionnaire III : Interview des femmes avec fistules vues dans les services

- 1) Age I\_\_I\_\_I ans
- 2) Situation matrimoniale
  - a. Célibataire
  - b. Marié monogame
  - c. Mariée polygamie
  - d. Divorcée
  - e. veuve
- 3) Niveau de scolarisation
  - a. Non alphabétisé
  - b. Alphabétisé en langue nationale
  - c. Primaire
  - d. Secondaire
  - e. Supérieure
- 4) Depuis quand souffrez-vous de cette maladie I\_\_I\_\_ I\_\_I mois
- 5) Durée du séjour à l'hôpital I\_\_I\_\_I mois
- 6) Avez-vous été déjà traitée traditionnellement
  - a. Oui
  - b. Non
- 7) Avez-vous subi une intervention chirurgicale pour cette maladie
  - a. Oui
  - b. Non
- 8) Avant que la maladie n'apparaisse avez-vous eu un travail d'accouchement qui a été difficile
  - a. Oui
  - b. Non
- 9) Durée du travail avant la fistule
  - a. < 24 H
  - b. 2 jours
  - c. 3 jours
  - d. > 3 jours
- 10) Lieu de l'accouchement
  - a. Domicile
  - b. Structure sanitaire
  - c. Centre de santé de référence
- 11) Issue de l'accouchement
  - a. spontané
  - b. extraction chirurgicale
  - c. extraction instrumentale ou manuelle

- 12) Femme a été évacuée pour l'accouchement?
- a. Oui
  - b. Non
- 13) Traitement anti-dépressif
- a. Oui
  - b. Non
- 14) Vie sexuelle actuelle
- a. Activités sexuelles après apparition de la fistule
  - b. Pas d'activités sexuelles depuis l'apparition de la fistule
- 15) Avez eu une autre grossesse après l'apparition de la maladie
- a. Oui
  - b. Non
- 16) Séparation du conjoint après apparition de la maladie
- a. Oui
  - b. Non
- 17) Conjoint a-t-il pris une autre femme
- a. Oui
  - b. Non
  - c. Ne sait pas
- 18) Sensation d'être rejetée
- a. Oui
  - b. Non
  - c. Ne sait pas
- 19) Contact avec leur famille
- a. Oui
  - b. Non
- 20) Croit à une possibilité de guérison
- a. Oui
  - b. Non
  - c. Ne sait pas
- 21) Qui vous aide pour votre prise en charge
- a. Conjoint
  - b. Famille du conjoint
  - c. Famille de la femme
  - d. Personne
  - e. Autres

## Questionnaire IV : Interview du responsable du service de Chirurgie

- 1) Difficultés liées à la prise en charge des fistules
  
- 2) Capacité des femmes à assurer leur prise en charge
  
- 3) Quel support disposez-vous pour faire le diagnostic d'une fistule urogénitale
  - Cystoscopie
  - Urographie intraveineuse
  - Urographie rétrograde
  - Echographie
  - Fistulographie
  - Test au bleu de méthylène
  
- 4) Quels matériels existent chez vous pour la prise en charge de la fistule ?
  
- 5) Besoins pour améliorer cette prise en charge
  - Matériels
  - Formation
  - Personnel
  - Médicaments
  - Consommables
  - Autres
  
- 6) Quelles propositions pouvez-vous faire pour améliorer cette prise en charge au niveau de votre structure