

**Un travail d'information/éducation et d'interrogatoire des femmes fréquentant les services de maternité permettrait d'identifier un grand nombre de femmes vivant avec une fistule obstétricale : une expérience de Maroua, Cameroun.**

<sup>1,2</sup> Tebeu Pierre Marie, <sup>3</sup> Rochat Charles Henry, <sup>4</sup> Mevoula Onana Dave et <sup>3</sup>GFMER.

<sup>1</sup>Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Provincial de Maroua, Cameroun

<sup>2</sup>Ligue d'Initiative et de Recherche Active pour la Santé et l'Education de la Femme (LIRASEF)

<sup>3</sup>Geneva Foundation for Medical Education and Research (GFMER)

<sup>4</sup>Délégation Provinciale de la Santé Publique pour l'Extrême Nord, Maroua, Cameroun.

**Titre courant :** Fistules obstétricales au Cameroun

**Correspondance**

**Tebeu Pierre Marie, MD.**  
**Service de Gynécologie Obstétrique**  
**Hôpital Provincial de Maroua,**  
**Cameroun**  
**Tel: ++237 767 55 33**  
Email: [pmtebeu@yahoo.fr](mailto:pmtebeu@yahoo.fr)  
Website: [http://www.gfmer.ch/Activites\\_internationales\\_Fr/Tebeu.htm](http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/Tebeu.htm)

**Remerciements:**

Le Dr Tebeu, promoteur du programme de prise en charge des fistules obstétricales à l'hôpital Provincial de Maroua bénéficie de la collaboration et du soutien de la GFMER (Geneva Foundation for Medical Education and Research), qui est un Centre de collaboration de l'OMS. Le programme fistule de la GFMER est coordonné par le Dr Charles Henry Rochat. L'équipe de travail remercie infiniment tout le personnel de la Maternité de l'Hôpital Provincial de Maroua et la direction de l'Hôpital pour son adhésion à ce Projet. Les auteurs remercient particulièrement le Dr Luc de Bernis (Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland), pour la précieuse revue critique de ce document.

## **Abstract**

**Introduction :** Dans une récente étude, nous avons identifié ce que les femmes habitant dans la région de Maroua, Cameroun, connaissent et ce qu'elles pensent sur la question de la fistule obstétricale. Au cours de cette étude, nous avons élaboré un sous protocole dans le but d'identifier les femmes vivant avec une fistule obstétricale afin d'en élaborer une stratégie de prise en charge.

**Population et méthode :** Il s'agit d'une étude monocentrique, transversale, descriptive et comparative. 96 femmes ont été interrogées entre Mai 2005 et juillet 2005 dans le service de Maternité de l'Hôpital provincial de Maroua par des enquêteurs, agents de santé, préalablement formés, à l'aide d'un questionnaire comprenant des réponses fermées et ouvertes sur les fistules obstétricales. Les réponses du groupe de femmes ayant une connaissance préalable sur la fistule obstétricale et celles des femmes déclarant n'avoir aucune connaissance sur cette question ont été analysées. Les logiciels Excel et SPSS ont été utilisés. Le chi<sup>2</sup> d'hétérogénéité, a été utilisé pour évaluer la distribution de la population dans les deux populations de l'étude selon les informations recueillies. Une différence est considérée comme significative si  $p < 0,05$ .

**Résultats :** Les femmes ayant une connaissance préalable sur la fistule obstétricale représentent la moitié des femmes interrogées. Vingt femmes parmi les 48 qui avaient déjà entendu parler de fistule obstétricale et 2 parmi les 48 qui n'ont été informées des fistules que par nous déclarent connaître une personne qui présente cette affection. Huit femmes sur les vingt-deux qui déclarent connaître au moins une porteuse de fistule disposent d'une possibilité de la contacter.

**Conclusion et interprétation :** L'intégration d'une enquête hospitalière pourrait permettre de dépister un bon nombre de femmes porteuses de fistules obstétricales. Un programme multidisciplinaire de prise en charge de cette affection semble indispensable dans la Province de l'Extrême nord du Cameroun.

**Mots clés :** Identification, fistule obstétricale, Maroua, Cameroun.

## **Introduction**

La fistule obstétricale est de nos jours une cause majeure d'invalidité et d'exclusion sociale dans les pays en voie de développement (Ljaiya 2004, Wall 2004, Sefrioui 2001). L'estimation globale du nombre de fistules obstétricales est de 2 millions de cas dans le Monde (Cook 2004) avec une incidence d'environ 100.000 nouveaux cas chaque année. Malheureusement l'absence de prise en charge reste un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement (Sefrioui 2001). Nous avons récemment initié et conduit une étude visant à identifier ce que les femmes savent et ce qu'elles pensent des fistules obstétricales comme préalable au développement d'un programme de prise en charge thérapeutique dans notre institution (Tebeu et al. 2005a). Au cours de cette étude, nous avons élaboré un sous protocole dans le but d'identifier les personnes qui vivent avec une fistule obstétricale dans la région de l'Extrême Nord du Cameroun.

## **Objectif**

Le but de cette étude est d'interroger les femmes fréquentant le service de maternité de l'hôpital provincial de Maroua sur leur connaissance éventuelle d'une personne vivant avec une fistule obstétricale.

## **Population et méthode**

### ***Type et cadre d'étude***

Il s'agit d'une étude monocentrique, transversale, descriptive et comparative. Les femmes ont été interrogées entre Mai 2005 et juillet 2005 à l'Hôpital Provincial de Maroua, Cameroun. Maroua, capitale de la province de l'Extrême nord du Cameroun, environ 1.5 millions d'habitants, est, avec ses 271 000 habitants, l'une des cinq plus importantes villes du pays.

### ***Enquêteurs***

Nous avons réactualisé les connaissances du personnel du service sur la définition, la survenue, les manifestations cliniques et la prise en charge des fistules obstétricales en vue de son implication comme enquêteur. Neuf personnes du service ont procédé à au moins l'un interrogatoire d'une femme.

### ***Participants***

L'enquête était proposée aux femmes âgées de 15 ans et plus qui se présentaient dans notre service pour question de santé, d'accouchement ou tout simplement comme visiteuses. Un personnel médical

lui explique le but de l'étude, la définition de la notion de fistule obstétricale, au besoin en langue locale. Un consentement verbal a été demandé systématiquement.

Des femmes qui ont accepté de participer à l'étude ont été interrogées par un personnel médical suivant un questionnaire pré-établi comprenant une question fermée (Connaissez-vous des femmes avec ce problème ?...Non  , Oui ) et une question ouverte (Si oui donnez leurs coordonnées : une relation, un téléphone .....) intéressant particulièrement cette étude. Quatre vingt seize femmes ont clairement répondu à l'interrogatoire.

### ***Dépouillement***

Nous avons procédé à un dépouillement préalable des questions fermées (réponse par oui ou non). Nous avons ensuite procédé au dépouillement des questions ouvertes en prenant la peine de noter la réponse selon le langage de chaque femme. Nous avons ensuite affecté un code aux réponses aux questions ouvertes.

### ***Analyse statistique***

Nous avons procédé à la documentation des données sur le logiciel Excel. Le document Excel a été ensuite enregistré sur une feuille de calcul SPSS pour analyse. Nous avons interrogé au total 99 femmes, mais nous avons exclu de l'analyse les femmes qui n'ont pas dit clairement si elles avaient ou non préalablement entendu parler des fistules obstétricales (n=3). En fin de compte les dossiers de 96 femmes ont été analysés. Les informations de 48 femmes qui reconnaissaient avoir des informations préalables sur les fistules obstétricales étaient comparées avec ceux de 48 femmes qui n'avaient aucune information préalable sur le sujet. Le chi2 d'hétérogénéité, a été utilisé pour évaluer la distribution de la population dans les deux populations de l'étude selon les informations recueillies. Une différence est considérée comme significative si  $p < 0,05$ .

### **Résultats**

Nous avons interrogé quatre vingt dix-neuf femmes. Quatre vingt seize femmes ont clairement répondu à l'interrogatoire. Les 96 femmes interrogées ont une moyenne d'âge de 31 ans. Elles sont mariées dans 99% et sont analphabètes dans 30%. (Tableau 1).

Une femme interrogée sur cinq a déjà connu une personne porteuse de fistule obstétricale, soit 20 femmes parmi les 48 ayant une connaissance préalable et 2 parmi les 48 femmes qui n'ont entendu parler des fistules obstétricales que de nous (Tableau 2). Huit personnes sur les vingt-deux qui

déclarent connaître une femme vivant avec une fistule disposent d'une possibilité de la contacter (Tableau 3).

## **Discussion**

Cette étude montre que parmi les 96 femmes interrogées, le taux d'analphabétisme est de 30%.

L'analphabétisme est un facteur de risque de développer une fistule obstétricale dans la mesure où l'on peut considérer l'alphabetisme comme un facteur qui puisse permettre de faire appel au système de santé en cas de dystocie mécanique. L'association entre le risque de développer une fistule obstétricale et l'analphabétisme et la pauvreté a déjà été identifiée par certains auteurs (Wall 2004, Ljaiya 2004).

La fistule obstétricale est une complication rare de l'accouchement. Il s'agit de la présence d'une solution de continuité entre le tractus urinaire et le vagin (fistule vésico-vaginale). Elle peut aussi désigner la communication entre le tractus rectal et le vagin (fistule recto-vaginale). Toutes les deux sont connues comme souvent associées à l'absence d'une bonne prise en charge obstétricale lors de la survenue d'une dystocie mécanique.

Une femme interrogée sur cinq a déjà connu une personne porteuse de fistule obstétricale, avec 20 femmes parmi les 48 qui avaient déjà entendu parler des fistules et 2 parmi les 48 qui n'ont été informées des fistules que par nous. Même les femmes sans connaissance préalable sur les fistules obstétricales, une fois informées, arrivent à identifier dans leurs connaissances des personnes porteuses de cette affection. Mieux encore, huit personnes sur les vingt-deux qui déclarent connaître une porteuse de fistule disposent d'une possibilité de la contacter. La fistule apparaît donc comme une affection fortement prévalente dans cette région du Cameroun. Avec une incidence, en général estimée entre 0.33 et 2 cas pour 1000 accouchements, la fistule obstétricale est de nos jours une cause majeure d'invalidité et d'exclusion sociale dans les pays en voie de développement (Ljaiya 2004, Wall 2004, Sefrioui 2001). Sa forte incidence à l'Extrême Nord du Cameroun ne nous surprendrait pas car dans cette région, les adolescentes de moins de 17 ans représentent 8 % des accouchements (Tebeu et al. 2005b). De plus, même s'il n'est malheureusement pas possible de connaître le nombre de femmes ayant accès à un personnel qualifié lors de l'accouchement dans cette région, il serait idéaliste de croire à l'état actuel que tout accouchement dans cette région, même en milieu hospitalier soit sous la supervision d'un personnel formé. Il a été prouvé que même si le personnel formé est de permanence, il est habituellement dépassé par la charge de travail. Les

accoucheurs ne cessent de décrier cette inadéquation qui selon eux justifie d'ailleurs le fait que l'intervalle de 2 heures de réévaluations des femmes en travail et du remplissage du partogramme soient difficilement respectable (Tebeu et al. 2005c).

## **Conclusion**

Un travail d'information/éducation des femmes fréquentant les services de maternité, couplé à un interrogatoire, permettrait d'identifier un grand nombre de femmes vivant avec une fistule obstétricale. Cette activité devrait aller de pair avec le développement d'un programme multidisciplinaire de prise en charge des fistules obstétricales. Un programme multidisciplinaire de prise en charge de cette affection semble indispensable dans la Province de l'Extrême nord du Cameroun.

## Références

- 1- Ijaiya MA, Aboyeji PA. Obstetric urogenital fistula: the Ilorin experience, Nigeria. West Afr J Med. 2004 Jan-Mar;23(1):7-9.
- 2- Wall LL, Karshima JA, Kirschner C, Arrowsmith SD. The obstetric vesico-vaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria. Am J Obstet Gynecol. 2004;190(4):1011-9.
- 3- Sefrioui O, Aboufalah A, Taarji HB, Matar N, el Mansouri A. Current profile of obstetrical vesicovaginal fistulas at the maternity unit of the University of Casablanca. Ann Urol (Paris). 2001 Sep;35(5):276-9.
- 4- Cook RJ, Dickens BM, Syed S. Obstetric fistula: the challenge to human rights. Int J Gynaecol Obstet. 2004 Oct;87(1):72-7.
- 5- Tebeu PM, Rochat C-H, Mevoula Onana D et GFMER. La femme porteuse de fistule obstétricale préférerait se cacher à défaut de se suicider. 2005a.  
[http://www.gfmer.ch/Activites\\_internationales\\_Fr/PDF/Fistule\\_Maroua\\_2005.pdf](http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/PDF/Fistule_Maroua_2005.pdf)
- 6- Tebeu PM, Tantchou J, Obama Abena MT, Mevoula Onana D, Leke RJI et LIRASEF.  
Accouchement des adolescents à l'Extrême Nord du Cameroun : des proportions inadmissibles !2005b.  
[http://www.gfmer.ch/Activites\\_internationales\\_Fr/PDF/Accouchement\\_adolescentes.pdf](http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/PDF/Accouchement_adolescentes.pdf)
- 7- Tebeu PM, Toindouba J, Zégui P, Moussa A, Bray Zoua D, Mevoula Onana D.  
« *Recommandations de Pratique clinique(RPC)* » de l'OMS, à propos du partogramme: Staff clinique matinal comme instrument d'implantation, une expérience du service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Provincial Maroua. 2005c.  
[http://www.gfmer.ch/Activites\\_internationales\\_Fr/PDF/Partogramme\\_HPM.pdf](http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/PDF/Partogramme_HPM.pdf)

**Tableau 1. Caractéristiques démographiques et reproductives des femmes interrogées.**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Femme interrogées</b>	
	<b>Total N=96 N (%)</b>	
<b>Age moyen</b> (variance)	31,3 (15-50)	
<b>Statut marital</b>		
Au moins une fois mariée	85 (88,5)	
Célibataire	10 (10,4)	
Inconnu	1 (1,0)	
<b>Niveau d'étude</b>		
Aucun	29 (30,2)	
Au moins alphabétisée	57 (59,4)	
Inconnu	10 (10,4)	
<b>Classe socioprofessionnelle</b>		
Ménagère	6 (6,3)	
Salariée	44 (45,8)	
Autre	46 (47,9)	
<b>Age au premier accouchement (années)</b>		
=<16	29 (30,2)	
17-20	31 (32,3)	
>=21	13 (13,5)	
Autre	23 (24,0)	
<b>Parité</b>		
0-1	33 (34,4)	
2-5	31 (32,3)	
>=6	21 (21,9)	
Inconnu	11 (11,5)	

N nombre d'observations ; % Pourcentage

**Tableau 2 Connaissances éventuelles d'une femme porteuse de fistule obstétricale**

<b>Connaissance d'une porteuse de fistule</b>	<b>Connaissance préalable sur les fistules</b>			<b>P</b>
	<b>Non N=48 N (%)</b>	<b>Oui N=48 N (%)</b>	<b>Total N=96 N (%)</b>	
Oui	2 (4,2)	20 (41,7)	22 (22,9)	0,000
Non	38 (79,2)	24 (50,0)	62 (64,6)	
Inconnu	8 (16,7)	4 (8,3)	12 (12,5)	

N nombre d'observations ; % Pourcentage

**Tableau 3 Contact des femmes connues porteuses de fistule**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Oui N=22 N (%)</b>
Contact disponible	8 (36,36)
Parties au village	3 (13,64)
Partie à Yaoundé	1 (4,55)
Décédées	2 (9,09)
Sans détail	8 (36,36)
Total	22 (100)

N nombre d'observations ; % Pourcentage