



Vivre avec la fistule obstétricale : Une recherche qualitative du Bangladesh et de la République démocratique du Congo

QU'EST CE QUE LA FISTULE ?

La fistule obstétricale est une blessure d'accouchement, se produisant habituellement lorsqu'une femme est en travail trop longtemps, ou lorsque l'accouchement est obstrué, et qu'elle n'a pas accès à une césarienne. Elle subit des blessures internes qui la rendent incontinente, libérant de l'urine et parfois de la matière fécale à travers le vagin.

Fistula Care a comme tâche d'empêcher la survenance de la fistule, mais aussi traite et soigne les femmes atteintes de la fistule, et les aide à se réadapter et se réinsérer dans la société. Pour de plus amples informations sur la fistule et le projet Fistula Care, visitez le site web suivant : www.fistulacare.org.

www.fistulacare.org

Introduction

La fistule obstétricale est un état qui touche très fréquemment les femmes vivant dans des pays ayant des ressources limitées où, pour une variété de raisons, l'accès aux soins obstétriques d'urgence (SOU) est difficile. Au niveau de ces régions, les femmes vivant dans les zones rurales et celles qui sont dans des ménages avec de faibles ressources socioéconomiques, ont moins d'opportunités d'obtenir des SOU (particulièrement un accouchement par césarienne) et par conséquent, sont plus vulnérables à la fistule. Lorsqu'elle n'est pas réparée, la fistule vaginale cause l'incontinence, et pour certaines femmes, elle peut mener à l'impossibilité de faire des enfants. A cause des conséquences physiques, la fistule stigmatise les femmes, en les forçant souvent à s'isoler et à rester silencieuse sur leur état (Women's Dignity Project et EngenderHealth, 2006). A cause de la nature de l'état, il est difficile d'évaluer la prévalence de la fistule dans des pays spécifiques.

Peu d'études ont examiné les conséquences sociales pour les femmes souffrant de la fistule, ou comment la plus grande structure sociale dans laquelle ces femmes vivent affecte la manière dont elles sont traitées. Dans ce contexte, des recherches qualitatives ont été menées au Bangladesh et en République démocratique du Congo (RDC) pour examiner la vie des femmes souffrant de la fistule, y compris les conséquences physiques et sociales associées à l'état et les tentatives d'obtenir des soins. Le présent document décrit les expériences de ces femmes vivant dans deux contextes socioculturels très différents.

Le Bangladesh

Situé en Asie du Sud, le Bangladesh est un pays très peuplé avec plus de 140 millions d'habitants (BBS, 2011). Le pays connaît en ce moment une croissance économique rapide et des changements sur le plan social, particulièrement dans les zones urbaines. Cependant, environ deux-tiers de la population travaillent dans le secteur agricole, et la majorité des habitants sont très pauvres.

La plupart des habitants du Bangladesh sont des musulmans, avec une population hindoue représentant une minorité. Le système socioculturel impose une organisation hiérarchique des rapports hommes-femmes contribuant au statut inégal continu des femmes. Le niveau d'instruction

des femmes est toujours faible avec plus d'un tiers en âge de procréation n'ayant jamais été à l'école. Les normes culturelles favorisent les mariages arrangés des femmes à un jeune âge ; l'âge médian au mariage est de 15,3 ans (NIPORT, Mitra and Associates, & Macro International, 2009; Rozario, 2001).

Les femmes nouvellement mariées vont vivre généralement chez les parents de leur conjoint, où elles sont absorbées dans le cadre social qui consiste à entretenir la maison et sont jugées selon leur aptitude à remplir leurs rôles primaires – avoir des enfants et s'occuper des membres de la famille. Le mariage marque le point auquel il est socialement acceptable d'avoir des enfants, et une grande pression est mise sur les femmes nouvellement mariées pour qu'elles démontrent leur fécondité. L'âge médian au premier accouchement chez les femmes en âge de procréation est de 18 ans environ, avec les femmes ayant en moyenne 2,7 de naissances.

La pauvreté et l'oppression, souvent affligées par les membres de la famille, en plus du bas degré d'alphabétisation et des limitations de la mobilité de la femme, réduisent l'accès des femmes aux informations sur la santé maternelle, particulièrement dans les zones rurales. La vaste majorité des femmes bangladaises sont sans emploi ; celles qui travaillent sont, la plupart du temps, soit engagées dans les travaux agricoles qui produisent des revenus limités, soit sont payées en nature. Les femmes sont socialisées à obéir leurs maris, tandis que le divorce et la séparation sont socialement inacceptables et inhabituelles.

Dans un effort de réduction de la mortalité maternelle, le Gouvernement du Bangladesh a mis en œuvre en 1994 un programme pour la modernisation des structures sanitaires afin que toutes les femmes aient accès aux SOU, ce qui a conduit à une grande expansion des services d'EmOC. Des investissements considérables ont été également faits dans les infrastructures du pays; actuellement, les systèmes routiers sont de grande envergure et une variété de types de transport sont généralement disponibles 24 heures sur 24, même dans les zones rurales. Ces facteurs ont probablement contribué à une importante réduction du taux de mortalité maternelle qui a diminué de 600 décès maternels environ pour 100.000 naissances vivantes dans les années 1970, à 194 pour 100.000 naissances vivantes en 2010 (NIPORT, 2010). Malgré cela, seulement 27% des naissances sont assistées par un prestataire de santé qualifié (NIPORT, 2010).

Dans le secteur public, des services de réparation de la fistule sont offerts au niveau de 11 aux centres hospitaliers universitaires, dont les cas les plus compliqués sont renvoyés au centre national de la fistule situé au centre hospitalier universitaire de Dhaka dans la capitale. Depuis 2005, l'Agence américaine pour le développement international (USAID) soutient les services de la fistule au niveau de quatre hôpitaux privés à travers le projet Fistula Care. Ce projet se concentre sur la prévention et la réparation de la fistule, ainsi que sur les efforts de mettre les femmes ayant subi une opération de réparation de la fistule en rapport avec les activités de réhabilitation et de réinsertion.

La République démocratique du Congo

La RDC, un vaste pays situé en Afrique centrale, a une population composée de plus de 70 millions d'habitants. Potentiellement l'un des pays africains les plus riches, les indicateurs économiques placent la RDC en bas du continuum mondial de la pauvreté. Les habitants de la RDC sont en majorité des chrétiens, avec des taux d'alphabétisation des femmes estimés à 60% (Ministère du Plan & Macro International, 2008). Les femmes rapportent avoir eu leurs premiers rapports sexuels à l'âge médian de 16,8 ans, tandis que l'âge médian au premier mariage est de 18,6 ans. (En RDC, le terme « mariage » signifie souvent que le couple cohabite mais peut ne pas être officiellement marié dans une cérémonie religieuse ou civile).

Une fois dans une relation ou une fois mariées, les femmes font face à une énorme pression sociale de tomber enceinte et de faire un premier enfant, ce qui aidera à formaliser et à sécuriser l'union. En outre, cela démontre la fécondité de la femme et lui donne ainsi un certain pouvoir dans la relation et un certain statut dans la société. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que 24% des femmes commencent à avoir des enfants pendant leurs périodes d'adolescence. Les normes sociales, qui encouragent les femmes d'avoir beaucoup d'enfants, y compris l'accès réduit aux méthodes contraceptives, mènent à des taux de fécondité élevés avec les femmes ayant en moyenne plus de six accouchements durant leurs années de procréation (Ministère du Plan & Macro International, 2008). Les femmes s'engagent



Des patientes de la fistule attendent des soins dans un centre de santé en RDC.

souvent à des travaux hors du foyer, soit dans l'agriculture ou soit dans le petit commerce, leur permettant ainsi de générer des revenus qu'elles contrôlent. Les femmes sont en général libres de voyager à l'intérieur et aux environs du village, notamment dans les structures sanitaires pour se faire traiter ou se faire consulter.

Le gouvernement de la RDC a peu investi dans les structures sanitaires, ce qui constitue un système fragmenté géré par les organisations non gouvernementales (ONG), les groupes religieux, le secteur privé et le gouvernement. L'effet combiné du pauvre statut économique, des infrastructures sanitaires en sérieuse difficulté et des systèmes routiers limités, a conduit à des taux de mortalité élevés en RDC, particulièrement parmi les populations les plus marginalisées (Coghlan et al., 2008). Les estimations de la mortalité maternelles sont très

élevées, avec 549 décès maternels pour chaque 100.000 naissances vivantes (Ministère du Plan & Macro International, 2008). L'on rapporte que plus de deux-tiers des femmes accouchent dans des structures sanitaires, dont 74% des naissances assistées par des professionnels qualifiés.

Une attention particulière a été portée à la fistule traumatique causée par la violence sexo-spécifique dans la partie Est de la RDC ravagée par la guerre (Longombe, Claude, & Ruminjo, 2008), où des services de réparation de la fistule sont offerts dans plusieurs villes. Cependant, même dans la partie Est déchirée par la guerre, la cause la plus fréquente de la fistule est d'origine obstétricale rapportée chez 82% des femmes recevant le traitement de la fistule à l'hôpital de Panzi à Bukavu entre 2006 et 2007. Vu le mauvais état des infrastructures sanitaires, les longues

distances que les femmes doivent parcourir pour avoir accès aux SOU, et l'insécurité de la région, un tel phénomène n'est pas surprenant. Toutefois, sur tout le territoire de la RDC, l'accès aux SOU est limité et de longues distances sont parcourues pour recevoir des soins, mais récemment plus d'attention est porté sur les services de réparation de la fistule qui sont disponibles dans les régions du pays autres que dans la partie Est. Actuellement, un grand centre de traitement fonctionne dans la capitale de Kinshasa. Pour rendre accessible les services de réparations de la fistule dans les provinces du Kasai Orientale et du Katanga, Project AXxes, un projet sanitaire financé par l'USAID et géré par l'Interchurch Medical Assistance (IMA), a formé des équipes médicales mobiles pour fournir un traitement aux femmes souffrant de la fistule.

Méthodes de recherche *Sites de recherche*

La première étude a été menée à Matlab, au Bangladesh, entre novembre 2006 et juillet 2008. Situé à 45 km au Sud-est de la capitale de Dhaka, Matlab a une population généralement pauvre ayant comme sources de revenu primaires l'agriculture et le commerce (HDSS, 2007). Le centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques au Bangladesh (icddr,b) entretient un hôpital et quatre sous-centres à Matlab fournissant gratuitement des services de soins sanitaires infantiles et maternels, ainsi que des services sanitaires généraux pour une population composée de 110.000 habitants. Il existe

d'autres services sanitaires tels que les hôpitaux gouvernementaux et les structures privées offrant des services obstétricaux d'urgence, ainsi qu'une assemblée de prestataires de santé informels. Des services d'extension pour l'identification des femmes souffrant de la fistule et de renvoi de celles-ci vers des structures de réparation appropriées sont disponibles à Matlab.

La seconde étude a été mise en œuvre entre mars et juin 2010 dans trois régions de la RDC, y compris le Kinshasa à l'Ouest, Lodja à la Province de Kasai Orientale dans la région centrale et Kabongo à la Province de Katanga au Sud-Est du pays. A Kinshasa, l'étude a été menée à l'hôpital St. Joseph, où la réparation de la fistule se fait depuis 2003. La clinique à St. Joseph utilise les émissions télévisées et radiophoniques et les « ambassadeurs » (désignant les femmes ayant eu une réparation réussie de la fistule) pour informer les femmes au Kinshasa et dans les zones environnantes à propos de la fistule et des services de réparation. Les deux autres sites sont de grands centres du village; des équipes mobiles formées voyageaient vers ces zones pour mettre en place des services de réparation de la fistule temporaires pour les femmes vivant dans les zones rurales environnantes. Un mois avant le début d'offre de services, les messages radiophoniques ont été diffusés pour informer les femmes de la disponibilité de la réparation de la fistule.

Méthodes et l'étude de la population

Toutes les deux études ont utilisé les méthodes qualitatives de collecte de données qui ont permis

de rassembler des informations descriptives illustrant les histoires des femmes souffrant de la fistule et les conséquences sociales qu'elles ont endurées. Les méthodes qualitatives sont particulièrement appropriées quand il s'agit d'enquêter sur un sujet sensible tel que celui-ci, sujet qui ne pourrait pas être développé en détail à travers des méthodes structurées et quantitatives.

Au Bangladesh, la recherche était une partie intégrante d'une grande étude à base communautaire sur la morbidité maternelle. Des recherches qualitatives ont été conduites pour examiner les morbidités chroniques, y compris la fistule, associée à l'accouchement et leurs conséquences sur la vie des femmes. Afin d'identifier les femmes souffrant de la fistule, les agents de santé communautaire (CHW) ont administré un outil de dépistage au cours des visites de routine à domicile ; des cas probables ont été examinés par un médecin de sexe féminin. L'on a invité les femmes dont la fistule a été confirmée à participer dans l'étude, et des entrevues en profondeur impliquant des récits narratifs ont été recueillies de la part de celles-ci. L'on a offert à toutes les femmes une réparation de la fistule.

En RDC, plusieurs méthodes ont été utilisées :

- *Des entrevues avec les informateurs clés* ont été menées avec des leaders formels et informels impliqués dans la santé maternelle, y compris les responsables politiques, les médecins, les sages-femmes qualifiées, les accoucheuses traditionnelles (TBA), et les leaders communautaires. Le but était d'acquérir des perspectives

différentes sur les services de santé maternelle et comprendre ce que les répondantes savaient de la fistule et de son traitement.

- *Des entrevues ouvertes et en profondeur* ont été faites à l'endroit des femmes souffrant de la fistule obstétricale et iatrogène, et qui ont eu accès aux services de traitements offerts à la clinique de Kinshasa ou par les équipes mobiles à Lodja et Kabongo.

- *Des discussions de groupe* ont été conduites avec quatre types de répondantes, y compris des groupes de femmes souffrant de la fistule et ayant participé aux entrevues en profondeur, des femmes qui ont accompagné celles souffrant de la fistule vers les centres de réparation, les femmes au niveau de la communauté locale, ainsi qu'un groupe d'hommes à chaque site. Ces renseignements étaient utilisés pour valider les données de l'interview en profondeur et étudier les approches préventives et liées au traitement.

Dans tous les deux pays, le but des entrevues narratives en profondeur était d'examiner ce qui s'est passé dans la vie de ces femmes depuis le début de la fistule, notamment les conséquences sociale, psychologique et physique de l'état. Les sujets examinés comprenaient les explications causales, les conséquences physiques, la recherche de traitement, les réactions de la famille et des membres de la communauté et les stratégies d'adaptation.

Procédures de collecte des données

Les données pour toutes les deux études ont été recueillies par des

chercheurs ayant effectué une formation en matière d'anthropologie et ayant une expérience dans le domaine de la recherche qualitative. Avant le démarrage de l'étude, les chercheurs ont participé aux formations en salle de classe et sur le terrain sur l'administration des instruments de l'étude. Beaucoup d'efforts ont été fait afin que les entrevues se fassent dans un emplacement privé ; au cas où l'intimité ne pourrait pas être assurée, les chercheurs devront changer de lieu ou reprogrammer l'entrevue à une date ultérieure. Le consentement éclairé verbal a été administré à toutes les répondantes avant leur participation à l'étude. Les normes éthiques internationales ont été suivies afin d'assurer la confidentialité des informations recueillies, ainsi que l'anonymat des répondantes.

Résultats

Bangladesh

Informations de base

Quatre femmes dépistées au niveau de la communauté ont été identifiées comme souffrant de la fistule. Ces femmes étaient en moyenne âgées de 48 ans et avaient vécu avec l'état pendant au moins 15 ans. Toutes ces femmes étaient des femmes au foyer et trois d'entre elles n'avaient pas reçu une éducation formelle ; deux étaient des musulmans, et deux d'entre elles étaient d'origine hindoue. Deux d'entre elles mesuraient bien en dessous de 1,52 m. Toutes les quatre étaient mariées et étaient en moyenne âgées de 32 ans au moment de l'apparition de la fistule. Toutes les femmes avaient un mort-né lorsque la fistule est apparue ; trois d'entre elles avaient vécu l'expérience d'un mort-

né, la quatrième avait eu une mort périnatale. Trois femmes avaient un enfant vivant, et l'autre femme était sans enfant.

Explications causales

Toutes les répondantes ayant eu un travail prolongé et des graves complications pendant l'accouchement ont attribué leurs états aux procédures utilisées pendant l'accouchement. Deux femmes ayant accouché dans une structure médicale ont cru que les instruments chirurgicaux utilisés pour la césarienne avaient créé un trou au niveau de la vessie. Les deux autres femmes ayant accouché à domicile ont réclamé que les TBA ont créé un trou dans le « paquet » qui retient l'urine (qui, selon elles, avaient de longs ongles et ont introduit leurs mains de manière répétées dans le canal génital) ou par un médecin du village que l'on a fait venir pour aider lorsque la TBA ne pouvait pas faire sortir le bébé, et qui, par la suite, a utilisé un instrument pour forcer l'accouchement.

Stratégie d'adaptation à l'état de santé

Pendant la journée, les femmes mettent un pagne fait de *saris*, l'habillement traditionnel que les femmes bangladaises portent, qui s'empaigne d'urines très vite et par la suite, devra être changé et lavé plusieurs fois dans la journée. Les femmes essaient de laver leurs pagnes en privé pour éviter d'attirer l'attention sur leur état. Il était difficile de trouver un lieu caché pour faire sécher leurs pagnes, particulièrement durant la saison des pluies. Les femmes expliquaient

qu'elles étaient toujours préoccupées à cacher leur état. Par conséquent, elles sont obligées de penser à tout leur mouvement ; par exemple, quand elles doivent s'asseoir, elles sont obligées de vérifier si elles avaient assez de protection pour éviter de mouiller le lit ou la chaise. Elles ont également réduit leur consommation de liquide et de nourritures ayant une teneur en eau élevée pour diminuer le flux d'urine, et utilisent des poudres et du parfum pour essayer de couvrir l'odeur d'urine. Les deux répondantes musulmanes ont diminué leurs prières quotidiennes parce qu'elles étaient incapables de suivre les principes religieuses concernant la propreté. Une femme a expliqué ce qui suit :

Si je fais mes prières une ou deux fois par jour, alors je ne fais pas les autres fois. Je me sens fatiguée de faire toutes les choses nécessaires avant la prière. Quiconque se sentirait frustré du fait de changer ses habits et ses couches et de les laver avant chaque prière. D'autres femmes ne font juste que leurs ablutions et prières.

Les conséquences physiques

Les femmes se sont plaintes d'une série de conséquences physiques qui sont associées à la fistule, notamment les éruptions, les furoncles et les ulcères qui se sont développées autour de la vulve et les cuisses, provoquant des démangeaisons et des brûlures graves et conduisant aux infections vaginales. Leur peau devient particulièrement sensible pendant la période chaude et la saison des pluies à cause des frottements du pagne protecteur, et le seul

soulagement était de changer le pagne fréquemment, ou lorsqu'il est insupportable, il est préférable de ne pas le mettre. Le fait d'enlever la couche limite ainsi leur mouvement et interaction, puisqu'elles ne pourront pas sortir de la maison ou passer du temps avec les visiteurs. Il existe d'autres plaintes courantes comme l'interruption du sommeil causée par l'humidité du couvre-lit, l'anxiété, le manque de confiance et la faiblesse, et les femmes qui leur disent que l'écoulement de l'urine assèche leurs parties intimes. Les femmes ont aussi indiqué qu'elles ont toujours émané une odeur désagréable.

Tentatives pour obtenir un traitement

Les femmes ont essayé à mainte reprise d'obtenir des soins en recherchant des soins initiaux entre plusieurs jours jusqu'à trois mois après le début de l'incontinence. Deux femmes ont d'abord cherché des soins auprès des vendeurs de médicament qui leur donner des prescriptions, et dans un cas, une sonde a été placée ; une femme a consulté un médecin formé et la quatrième avait été transférée à l'hôpital par un CHW. La recherche ultérieure de soins se faisait pour la plupart auprès des boutiquiers vendeurs de médicaments ou dans les grands hôpitaux.

Pendant que trois femmes essayaient de subir une opération, elles étaient mal informées sur les endroits où les services de qualité de réparation de la fistule étaient disponibles, et en fin de compte, elles étaient obligées de dépenser de grosses sommes d'argent dans des tentatives vaines enfin d'obtenir un traitement, avec une femme ayant subi trois opérations chirurgicales

infructueuses en trois ans. La dernière femme a seulement cherché des soins chez les boutiquiers vendeurs de médicaments et a employé des remèdes traditionnels tels que l'application d'eau chaude, l'utilisation d'une pommade et de l'essence sur les excroissances autour de la paroi vaginale pour atténuer la sensation de brûlure.

En fin de compte, toutes les quatre femmes ont eu recours à des remèdes traditionnels, en obtenant aussi des remèdes chez les boutiquiers vendeurs de médicaments pour atténuer les conséquences physiques telles que la faiblesse ou les douleurs et brûlures autour du vagin. Une femme a régulièrement pris des antibiotiques sur une période de 10 à 12 ans pour traiter les douleurs et les infections. A cause de la honte associée à cet état, les femmes envoyaient souvent les membres de la famille pour consulter les prestataires de soins de santé informels ; cependant, les membres de la famille manquaient fréquemment de fournir des renseignements sur l'état de la femme, y compris le fait qu'elle souffrait d'incontinence.

Toutes les femmes souffrant de la fistule ont refusé le traitement chirurgical offert par l'étude. Les trois femmes qui avaient déjà subi des opérations chirurgicales infructueuses étaient convaincues que leur état ne pouvait pas être soigné.

Conséquences sociales

Deux femmes étaient divorcées après l'apparition de l'état de la fistule, avec un mari qui disait qu'il était dégoûté par l'état de sa femme et de son incapacité à avoir des enfants. Le divorce dans cette société est

extrêmement honteux ; ainsi, les femmes inexpérimentées rejetées par leur mari retournent souvent à leurs maisons natales. Cependant, une de ces femmes avaient été rejetées par leur membre de sa famille et avait dû vivre seule. Les deux autres étaient restées mariées, et en dépit d'une gêne extrême, elles faisaient tout ce qui était nécessaire pour assurer les travaux domestiques et pour garantir que leur mari ne puisse déceler des failles majeures dans leur rôle de femme. Ces femmes-là ont continué à avoir des rapports sexuels, mais se sentaient gênées quand elles urinaient pendant les rapports. Trois femmes ont reçu une assistance psychologique et financière de la part des membres de leur famille natale.

En dehors de la maison, les femmes étaient victimes de harcèlement et de surnoms tels que « une personne qui urine toute la journée », « une personne qui porte une couche », ou les gens crachaient quand ils sentaient leur odeur. Elles étaient souvent étiquetées comme « mauvaises » et l'on disait que Dieu voulait les punir. Leur état a aussi affecté l'image de la famille, potentiellement ruiné les événements de la vie tels que l'éligibilité au mariage de la fratrie.

Une stratégie d'adaptation pour éviter l'humiliation consistait à limiter les interactions sociales, avec deux femmes qui sortent rarement de chez elles. En particulier, elles évitaient les événements qui exigeaient de longues marches en dehors de la maison familiale à cause du fait qu'elles seraient incapables de gérer le flux d'urine. Que ça soit avec leur famille ou des personnes non apparentées, elles gardaient toujours une distance

pour éviter la détection d'urine sur leurs habits ou d'une mauvaise odeur. L'appréhension constante d'exposer leur état et d'être humiliée empêchait les femmes à jouir des plaisirs élémentaires, tels que la causerie avec les autres femmes. La plupart des femmes continuaient de recevoir des visites dans leurs maisons à l'exception de celles qui ont été rejetée par les membres de la famille.

RDC

Information de base

Trente-trois femmes qui ont eu la fistule ont été interrogées en RDC ; dans tous les trois sites, l'âge médian au développement de l'état était en dessous de 20 ans. Les femmes venant des trois sites ont vécu avec la fistule

fistule. Un grand nombre de femmes parcouraient de longues distances – parfois plus de centaines de kilomètres pour recevoir des services de réparation de la fistule.

Explications causales

Beaucoup de répondantes interrogées connaissaient les termes locaux de la fistule ou reconnaissaient cet état. La plupart des femmes croyaient que la fistule était causée par des pratiques d'accouchement dangereuses utilisées à la fois par le personnel qualifié et les TBA. Les femmes qui accouchaient dans les structures sanitaires ont affirmé que les prestataires de santé ont été à l'origine de leurs problèmes en utilisant des instruments pointus qui ont créé un trou, en exerçant

Elles étaient souvent étiquetées comme « mauvaises » et l'on disait que Dieu voulait les punir.

pendant 8 à 12 ans avant qu'elle ne soit réparée. Les niveaux d'éducation ont été différents, avec 44% des femmes en provenance de Kinshasa, 71% de Lodja, et 30% de Kabongo qui n'ont pas reçu une éducation formelle. Un grand nombre de femmes, particulièrement dans le site de Kinshasa, avaient une taille de 1,52 mètre. Tandis que 25 des 33 femmes ont accouché au niveau des structures de santé, la majorité avait été assistée par des TBA pendant leurs premiers moments de travail. Plusieurs répondantes interrogées étaient devenues enceintes et ont développé la fistule pendant l'école secondaire. Vingt des 33 femmes ont développé la fistule lors de leur première grossesse, et 11 des 33 avaient déjà eu au moins un mort-né avant de développer la

une pression sur le ventre ou en introduisant leurs mains nues dans le canal génital à plusieurs reprises, avec d'autres qui ont indiqué que les agents de santé allaient jusqu'à n'importe quelle longueur pour accoucher le bébé. Une femme expliquait :

Dans le centre de santé de mon village, j'avais l'impression que l'infirmière utilisait un objet pointu, mais avant de l'utiliser, les infirmières m'ont frappée... Il y'avait deux infirmières qui m'ont frappé, elles ont poussé mon ventre pour appliquer une pression afin que l'enfant sorte. Quand la sage-femme qualifiée est arrivée, c'était trop tard. Elle a demandé celle qui a fait un trou dans la vessie et les infirmières ont

dit qu'elles l'ont fait. Tout était mauvais, rien n'avait marché.

Parmi les huit femmes qui ont accouché à la maison, la plupart croyait que les TBA avaient fait des trous avec leurs doigts et leurs longs ongles au moment d'introduire leurs mains nues dans le canal de la naissance. Les TBA ont aussi exercé une pression sur le ventre pour forcer l'accouchement, et parfois, l'on recrutait de jeunes hommes pour les aider. Une femme qui accouchait à la maison a dit :

L'accoucheuse a introduit ses mains le premier et le deuxième jour, mais comme le bébé n'était pas sorti, les troisième et quatrième jours, la belle-mère a demandé à deux jeunes hommes très forts de s'asseoir sur mon ventre et pousser le bébé afin qu'il sorte. Comme cela n'avait pas marché, quelqu'un est venu avec un produit médicinal. Après avoir bu le liquide qui était dans la tasse, l'enfant est sorti mort.

Certaines femmes en ont attribué la cause à la sorcellerie ou à un ennemi avec qui elles étaient en conflit, tel que la belle-mère ou un membre de la belle famille qui avait jeté un mauvais sort.

Stratégies d'adaptation

Les femmes mettaient un morceau de tissu de protection ou des couches de tissu pour absorber la fuite d'urine. Le tissu devait être changé plusieurs fois par jour pour éviter de mouiller leurs habits et d'émettre une mauvaise odeur et de prévenir l'irritation au niveau du haut des cuisses et dans la paroi vaginale. Certains ont comparé la

fuite d'urine à un poison qui brûle et détruit les habits. Gérer les tissus était une préoccupation permanente qui impliquait le lavage des tissus avec de l'eau et du savon et d'assurer qu'ils étaient correctement séchés, tout ceci demandait énormément de temps. Beaucoup de femmes couvraient le tissu avec un sac en plastique pour s'assurer qu'il n'y ait pas de fuite d'urine à travers les habits. Une autre stratégie était de placer une sciure dans le sac pour absorber l'urine. En dépit de ces efforts, les femmes étaient souvent incapables de gérer leur flux d'urine et elles mouillaient leurs habits de manière persistante. Elles insistaient sur le fait qu'elles avaient honte quand les autres voyaient des traces d'urine sur leurs habits, ce qui les obligeait à se cacher.

Beaucoup de femmes utilisaient des poudres parfumées ou du parfum pour couvrir l'odeur désagréable. Elles essayaient de s'isoler et souvent refusaient de participer aux réunions publiques. Beaucoup de répondantes interrogées ont indiqué que l'odeur était irrespirables et impossible à contrôler particulièrement dans les villages où l'eau n'était pas fréquemment disponible. Une femme a indiqué :

Avec cet état, dégager une mauvaise odeur est inévitable, tu deviens comme un bouc qui émet une mauvaise odeur partout où il passe. Aucun parfum n'est capable de couvrir ces odeurs. Je dégage beaucoup d'odeur. L'urine a une odeur capable de dominer n'importe quel parfum. En plus, quand, l'urine est mélangée à un parfum, elle dégage une odeur insupportable.

Les conséquences physiques

Les conséquences physiques graves généralement mentionnées étaient les plaies et éruptions cutanées que les femmes développaient au niveau de la partie supérieure des cuisses et du vagin résultant de la fuite d'urine et du frottement constant du tissu humide avec la peau. Les femmes qui utilisaient les sachets en plastique pour empêcher la fuite d'urine ont expliqué que la chaleur et le manque d'air que les sachets créaient aggravaient les éruptions cutanées et les plaies. Ces conditions causaient une gêne extrême qui obligeait les femmes à changer leur façon de marcher et les empêchaient de faire de longues distances et de s'engager dans des travaux durs. Parfois, les plaies devenaient si douloureuses qu'elles ne pouvaient pas marcher et étaient obligées d'enlever le tissu pour exposer à l'air libre la partie affectée. Certaines femmes ont expliqué qu'elles jetaient leurs sous-vêtements et mettaient des jupes flottantes, ce qui permettait à l'urine de couler librement afin qu'elles puissent travailler relativement à l'aise dans les champs. Une femme a raconté :

J'ai de terribles plaies sur mes cuisses, ce qui m'a poussé à enlever mes sous-vêtements et à porter une longue jupe sous mon pagne (étouffe locale). Les plaies me gênent terriblement ; j'ai l'impression que je suis tout le temps en prison. Pour permettre à la partie qui est entre mes cuisses de s'aérer, je suis obligée d'enlever les habits qui peuvent serrer mes cuisses. J'ai constaté que les sous-vêtements et autres habits qui ont un contact direct avec la peau augmentent l'odeur.

Les femmes ont aussi mentionné que les plaies devenaient infectées parfois à cause du fait d'être mouillée en permanence et du frottement constant, et elles étaient susceptibles d'avoir des infections vaginales. Parmi les conséquences moins fréquemment mentionnées il y avait la perte de désir sexuel, la douleur pendant l'acte sexuel, la perte de poids, la fatigue, la fin du cycle menstruel et les kystes ou tumeurs autour des articulations.

Tentatives pour obtenir un traitement

La plupart de répondantes interrogées ont indiqué qu'elles ignoraient initialement que le traitement était possible. Cependant, la plupart des femmes étaient à la recherche de soins au moins une fois et la majorité se rendait chez les prestataires qualifiés dans les hôpitaux. Parmi les 33 femmes interrogées, 14 avaient subi des opérations avant de recevoir finalement une réparation de fistule, avec plusieurs femmes qui ont été opérées plus d'une fois sans succès. Dans plusieurs cas, les femmes ont par la suite sollicité les praticiens traditionnels et les guérisseurs religieux pour des soins. Globalement, les épisodes de recherche de soins étaient rares, en grande partie parce que les femmes étaient découragées après un traitement non réussi, en tirant la conclusion qu'elles étaient condamnées à vivre (et à mourir) avec cet état. Cependant, les femmes ont continué à utiliser des remèdes traditionnels tels que l'application de poudre, d'huile de palme et d'eau chaude pour traiter les plaies et atténuer la douleur qu'elles provoquaient.

Plusieurs femmes n'ont pas cherché des soins professionnels

jusqu'à ce qu'elles aient entendu parler des services offerts par le Projet AXxes de l'équipe mobile ou de l'hôpital St. Joseph, en indiquant qu'elles n'étaient pas au courant des services disponibles, avaient des appréhensions sur la qualité des soins, croyaient que leur état était incurable à cause de leurs expériences malheureuses passées, ou n'avaient pas assez d'argent pour les coûts du traitement (y compris les coûts du voyage et de la nourriture pour la femme et la personne accompagnante). Parmi les autres obstacles à la recherche de soins, il y avait la distance vers les structures sanitaires, leur état de santé (qui les empêchaient de faire de longues distances), et le manque d'accompagnante. Avant de recevoir des soins, les femmes ont confirmé qu'elles avaient vécu d'énormes soucis avec certaines qui pensaient qu'elles allaient mourir à cause de leur état et d'autres qui envisageaient de mettre fin à leur vie pour abrégé leurs souffrances.

Conséquences sociales

Cinq des 33 femmes interrogées dont la plupart était des étudiantes, avaient été impliquées dans les relations occasionnelles qui ont pris fin quand le partenaire de la fille a su qu'elle était enceinte. Parmi les 28 femmes restantes, 16 étaient séparées ou divorcées après l'apparition de cet état. Certaines de ces femmes avaient été abandonnées par leurs partenaires après l'apparition de l'état. Quelques-unes d'entre elles avaient été abandonnées par leurs partenaires qui disaient qu'ils ne pouvaient pas tolérer d'être avec une femme qui avait des fuites d'urine et avait une odeur nausé-

bonde, indiquant qu'elle avait perdu toute attraction sexuelle et toute valeur. Comme l'a expliqué une femme :

Avec mon premier mari, nous avons arrêté d'avoir des rapports sexuels parce qu'il a indiqué qu'il avait des nausées à cause de l'urine qui sortait de mon vagin. J'ai eu des doutes sur la relation. Je ne pouvais plus lui demander d'avoir des rapports sexuels, et lui aussi n'en voulait plus.

D'autres femmes ont quitté leurs partenaires de leur propre gré indiquant qu'elles n'étaient plus aptes à être dans une relation, qu'elles pensaient que les relations sexuelles pourraient aggraver leur état, ou simplement qu'elles ne sont plus intéressées. Une femme a indiqué :

Comme le premier homme m'a maltraitée, je ne suis plus intéressée aux hommes. De plus, ma situation ne me permet pas d'être avec un homme. Je suis embarrassée de dormir avec un homme et avec mes urines [problèmes].

Beaucoup de femmes retournaient à leur maison natale où elles sont généralement bien traitées et protégées. Plusieurs des femmes restaient avec leurs anciens partenaires qui, selon elles, les traitaient avec respect. Chose intéressante, quatre femmes qui avaient été rejetées par leurs premiers partenaires ont, par la suite établi de nouvelles relations avec d'autres hommes qui ont accepté leur état. Toutes les femmes qui sont restées dans les relations étaient obligées d'avoir des relations sexuelles, dont beaucoup d'entre elles indiquant qu'elles étaient obligées de beaucoup subir pour satisfaire leurs maris.

La plupart des femmes ont limité leur déplacement au village et leurs environs immédiats, indiquant qu'il était difficile et douloureux de voyager et qu'elles le font uniquement lorsque c'était nécessaire, tel que rechercher un traitement, visiter un marché pour vendre ou acheter des marchandises, ou participer à des cérémonies spéciales, telles que le mariage et les funérailles de la famille, où elles se sentaient obligées de présenter leurs respects. En général, la plupart des répondantes interrogées ont arrêté de participer aux cérémonies.

Tandis que les résidentes rurales continuaient généralement à s'engager dans l'agriculture, elles étaient forcées de réduire leurs activités économiques, devenant ainsi plus dépendantes des membres de la famille. Les femmes faisant un petit commerce envoyaient soit les membres de la famille ou soit se rendaient uniquement au marché pendant de courtes durées. La plupart des femmes continuaient de recevoir des visites d'amies, et elles pouvaient également leur rendre visite chez elles, mais seulement pendant de courtes durées, à cause de la fuite d'urine et de l'odeur. Certaines femmes ont ajouté que certaines anciennes amies les insultaient ou les évitaient.

Lorsqu'elles se déplaçaient dans la communauté, la plupart des femmes était vulgairement ridiculisée, particulièrement par leurs rivales qui les dénigraient avec des propos tels que : « quelqu'un a tout le temps des fuites d'urine », « au lieu de contrôler l'urine, l'urine vous contrôle », et « vous portez des couches, mais nous ne voyons aucun enfant ». La moquerie est souvent concentrée sur le fait qu'elles n'avaient pas d'enfants,

ce qui signifie que leur position dans la société était réduite, ou qu'elles avaient été abandonnées par leur partenaire et qu'elles vivaient dans leur famille, symbolisant également une perte de l'honneur.

Les femmes ont décrit la honte qu'elles ont ressentie à cause de leur incontinence et de l'odeur de l'urine. Elles étaient forcées de s'isoler en restant chez elles dans le but de cacher leur état et d'éviter le risque d'inciter l'humiliation. D'autres ont suggéré que la stigmatisation associée à cet état a favorisé un rejet éhonté, résultant à une vie d'isolation. Que cette isolation soit imposée par soi-même ou non, ou infligée par les autres, pratiquement tout le monde indiquait que leur vie et statut en tant que femme étaient détruits. Les propos suivants illustrent les thèmes fréquents de rejet vécu :

Ma vie est ruinée ; je suis devenue comme une femme folle qui doit vivre seule tout en étant isolée du monde. Je vis loin de mes parents, de mon village et de mon mari afin d'échapper au bruit (insultes et questions) des autres personnes et essayer de me faire soigner.

Comparaison des résultats— Est-ce que le contexte socioculturel importe ?

Les résultats de l'étude ont mis en évidence aussi bien les points communs que les différences entre les deux pays. Les explications sur les causes de la fistule, la façon dont les femmes font face à cet état, et les conséquences physiques associées, étaient extrêmement similaires. Dans tous les deux pays, la plupart des femmes ont vécu en milieu rural où les services de SOU sont

moins disponibles ou acceptables, et où les niveaux d'instruction sont généralement bas. Beaucoup de femmes étaient de courte taille et avaient déjà accouché un mort-né. Dans toutes les deux études, les femmes avaient vécu avec l'état pendant une longue période et ne savaient pas où obtenir des services de réparation de qualité, avec beaucoup de femmes ayant autrefois subi une opération non réussie.

Les conséquences sociales étaient également similaires, soulignant l'énorme souffrance que les femmes

Les conséquences sociales soulignant l'énorme souffrance que les femmes atteintes de la fistule endurent, et suggérant que les problèmes physiques et psychologiques manifestées par cet état l'emportent sur les différents contextes sociaux.

atteintes de la fistule endurent, et suggérant que les problèmes physiques et psychologiques manifestées par cet état l'emportent sur les différents contextes sociaux. Curieusement, pour les femmes en provenance de la RDC, et ayant comparativement plus de liberté et d'indépendance économique, les limitations sévères sur leur vie sociale et économique normalement active résultant de la fistule auraient pu créer des changements plus dramatiques et plus profonds dans leur style de vie. Cela pourrait, en partie, être expliqué par le fait que les répondantes interrogées en RDC étaient beaucoup plus jeunes à l'apparition de cet état. Tandis que dans toutes les deux sociétés, la valeur de la femme est étroitement liée à leur rôle de mère qui consiste à prendre soin de ses enfants, trois parmi les quatre femmes bangladaises avaient déjà eu un enfant lorsque l'état se

développait, par comparaison à la majorité des répondantes congolaises qui étaient sans enfants.

En dépit du fait que la fistule a causé de grands changements dans leur vie, les femmes congolaises étaient plus libres de se déplacer et semblaient plus aptes à maintenir les relations sociales que leurs homologues bangladaises. Elles s'arrangeaient également afin qu'elles puissent continuer avec des entreprises lucratives. De façon frappante, plusieurs femmes congolaises établissaient de nouvelles

relations avec les hommes qui étaient prêts à accepter leur état. Comparées aux femmes bangladaises adultes, elles ont généralement des restrictions sur leur mobilité et sont également beaucoup moins susceptibles à participer aux activités génératrices de revenus. Par conséquent, il se peut que les changements de mode de vie des femmes bangladaises atteintes de fistules soient moins évidents.

Il existe d'autres différences notoires. Premièrement, la plupart des répondantes congolaises connaissait un terme local pour la fistule ou en était consciente, suggérant ainsi que l'état est répandu là où elles vivaient. L'on a rapporté que la mortalité maternelle était très élevée en RDC, et le nombre de femmes survivant des complications obstétricales et par conséquent vivent avec les morbidités maternelles telles que la fistule devrait même être plus

élevée (Ronsmans et al., 2006). Une prévalence élevée de la mortalité et de la morbidité maternelle est probablement liée au manque d'infrastructures sanitaires et à l'accès difficile des femmes aux SOU. En outre, les services de réparation de la fistule ont été limités la plupart du temps au Kinshasa et dans la partie Est du pays déchirée par la guerre. Par conséquent, jusqu'à une date récente, les femmes souffrant de la fistule et vivant dans d'autres zones ont eu un accès limité aux services de réparation de qualité. De plus, les femmes d'origine bangladaise étaient plus âgées et avaient une parité plus élevée au moment du développement de la fistule que les femmes en provenance de la RDC. Le fait que ces femmes soient dans leur trentaine et qu'elles aient toutes eu des accouchements antérieurs contredit la perception courante que la fistule n'atteint que les jeunes femmes. Ces résultats coïncident avec les données récemment publiées mettant en évidence le fait que les femmes souffrant de la fistule proviennent d'un large éventail d'âges et de parité. (Zheng & Anderson, 2009).

Il se peut que la différence la plus remarquable se rapporte à la volonté des femmes d'accepter les procédures

de manière gratuite. Les variations dans les stratégies d'échantillonnage et la taille de l'échantillon, ainsi que le fait que les femmes bangladesaises soient largement plus âgées, sont susceptibles d'avoir également influencé ces différences.

Implications de l'étude

Les résultats font la lumière sur une gamme de conséquences sociales manifestées par cet état, mettant en évidence une profonde stigmatisation que les femmes souffrant de fistule font face. Paradoxalement, beaucoup de ces ramifications sociales créent d'autres obstacles liés à l'obtention d'un traitement de qualité. Les résultats marquent l'importance d'identifier les femmes le plus rapidement possible après l'apparition de la fistule. A cet égard, les mécanismes devraient être établis au niveau de la communauté pour dépister les cas suspects peu après l'accouchement, afin que le problème puisse être identifié très vite et que les renvois vers les structures offrant des services de réparation de qualité puissent être effectués sans trop tarder. Les informations doivent être facilement accessibles et diffusées par rapport à la nature du traitement de la fistule et du lieu où des soins de

là, les résultats de l'étude mettent en évidence le besoin d'établir des systèmes de soutien visant à réduire ou à rendre plus tolérable l'impact négatif social des changements de vie en rapport avec les interactions sociales, les pratiques religieuses et les moyens de subsistance.

Les résultats de toutes les deux études mettent en évidence le besoin de développer des stratégies plus efficaces pour éduquer la population sur la fistule, y compris la nature et la cause de cet état dont les femmes sont en risques, ainsi que les mesures préventives à prendre en mettant l'accent sur la prévention en long terme. Les femmes, les familles et les communautés ont besoin de savoir que les femmes ne devront pas être en travail pendant plus de 12 heures sans assistance qualifiée et que des dispositions devront être prises avant l'accouchement pour rechercher, au besoin, des soins médicaux. Les femmes à haut risque aux complications de la grossesse devront être identifiées aux cours des visites prénatales et devront être encouragées à se préparer en conséquence dans un centre de santé où des soins d'urgence sont disponibles. Particulièrement en RDC, l'accessibilité des structures offrant des SOU de haute qualité devra être accrue afin que les femmes vivant dans des zones lointaines puissent accéder plus facilement aux soins d'urgence. Les structures sanitaires offrant des soins de santé maternelle doivent avoir des protocoles et procédures standards en place qui devront être suivis de manière rigoureuse en fournissant un traitement aux femmes ayant un travail prolongé ou un arrêt de progression du travail.

Particulièrement en RDC, l'accessibilité des structures offrant des SOU de haute qualité devra être accrue afin que les femmes vivant dans des zones lointaines puissent accéder plus facilement aux soins d'urgence.

de réparation. Tandis que toutes les femmes de la RDC ont choisi de subir une réparation de la fistule, les répondantes bangladesaises ont toutes refusées la réparation de la fistule, même si ces services ont été offerts

qualité peuvent être obtenus.

Il est également important d'examiner des stratégies pour ces femmes qui refusent d'être traitées ou celles dont la fistule ne peut pas être réparée. Pour ces femmes-

LE BANGLADESH et la RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

LE BANGLADESH

La République de Bangladesh est l'un des pays les plus surpeuplés du monde avec plus de 142 millions d'habitants (BBS, 2011). La croissance démographique a ralenti dans les dernières décennies à cause de la disponibilité des services de planification familiale. Malgré l'étendue de la pauvreté, le taux de la mortalité maternelle au Bangladesh a baissé de 40% dans les 10 dernières années, de 322 pour 100,000 à 194 pour 100,000 (Streatfield et al., 2011).

LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO (RDC)

La RDC, malgré sa richesse en ressources naturelles et minérales, est un des pays les plus pauvres du monde. Les services sociaux et sanitaires adéquats sont rares et sont aussi de moindres qualités dans beaucoup d'endroit. Une femme, durant sa vie, a une chance sur 13 de mourir pour des raisons de santé maternelles (PRB, 2012). Seules 5% des femmes mariées utilisent les contraceptions modernes et cette utilisation est plus basse dans les zones rurales qu'urbaines (INS & UNFPA, 2011). Parmi les un-cinquième de la population les plus pauvres, seule 60% sont assistées pas des personnels qualifiés durant l'accouchement (PRB, 2012). Vingt-huit pourcent de femmes âgées entre 15-19 ans font des enfants ou sont enceintes (INS & FNUAP, 2011).

Fistula Care à EngenderHealth
440 Ninth Avenue, 13th Floor
New York, NY 10001
Tél: 212-561-8000

www.fistulacare.org



EngenderHealth
for a better life

Note

1. Beaucoup de recherché ont indiqué que la taille courte peut être un facteur de risqué prédisposant de la fistule (Muleta, 2004; Wall et al., 2004; Meyer et al., 2007; Holme et al., 2007).

Références

- Bangladesh Bureau of Statistics (BBS). 2011. *Population & Housing Census 2011: Preliminary results*. Dhaka: Statistics Division, Ministry of Planning.
- Coghlan, B., et al. 2009. Update on mortality in the Democratic Republic of Congo: Results from a third nationwide survey. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 3(2):88–96.
- Health and Demographic Surveillance System. 2007. 2005 Socio-economic Census. Scientific Report No. 96. Vol. 38. Dhaka: International Centre for Health and Population Research.
- Holme, A., et al. 2007. Obstetric fistulae: A study of women managed at the Monze Mission Hospital, Zambia. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 114(8):110–117.
- Institut National de la Statistique (INS) et FNUAP. 2011. *Enquête par grappes à indicateurs multiples en République Démocratique du Congo, 2010. Rapport de synthèse*. Kinshasa: INS. Accessed at: www.childinfo.org/files/MICS-RDC_2010_Summary_Report_EN.pdf.
- Longombe, A. O., et al. 2008. Fistula and traumatic genital injury from sexual violence in a conflict setting in Eastern Congo: Case studies. *Reproductive Health Matters* 16(31):132–141.
- Meyer, L., et al. 2007. Commonalities among women who experienced vesicovaginal fistulae as a result of obstetric trauma in Niger: Results from a survey given at the National Hospital Fistula Center, Niamey, Niger. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 197(1):90.e1–4.
- Ministère du Plan et Macro International. 2008. *Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007*. Calverton, MD, USA.
- Muleta, M. 2004. Socio-demographic profile and obstetric experience of fistula patients managed at the Addis Ababa Fistula Hospital. *Ethiopian Medical Journal* 42(1):9–16.
- National Institute of Population Research and Training (NIPORT). 2010. *Bangladesh maternal mortality and health care survey 2010: Preliminary results*. Dhaka.
- NIPORT, Mitra and Associates, et Macro International. 2009. *Bangladesh Demographic and Health Survey 2007*. Dhaka, Bangladesh, and Calverton, MD, USA.
- Population Reference Bureau (PRB). 2012. *Population and economic development: 2012 data sheet*. Washington, DC. Accessed at: www.prb.org/pdf12/population-economic-development-2012.pdf.
- Ronsmans, C., et al. 2006. Maternal mortality: Who, when, where, and why. *Lancet* 368(9542): 1189–1200.
- Rozario, S. 2001. *Purity and communal boundaries: Women and social change in a Bangladesh village*. Dhaka: The University Press Limited.
- Streatfield, P. K., et al. 2011. *Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey 2010: Summary of key findings and implications*. Dhaka: NIPORT. Accessed at: www.cpc.unc.edu/measurement/about/program-areas/family-planning/maternal-deaths-down-in-bangladesh/view.
- Wall, L. L., et al. 2004. The obstetric vesicovaginal fistula: Characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 190(4):111–119.
- Women's Dignity Project et EngenderHealth. 2006. *Risk and resilience: Obstetric fistula in Tanzania*. Tanzania.
- Zheng, A. X., et Anderson W. J. 2009. Obstetric fistula in low-income countries. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 104(2):85–89.

Remerciements

La recherche qui a été menée au Bangladesh a été financée par l'Agence américaine pour le développement international (USAID) à travers la subvention numéro 00480. L'étude conduite en République démocratique du Congo faisait partie du Projet AXes, qui a été également financé par l'USAID à travers l'Accord de coopération N° 623-A-00-06-00058-00. Le présent document a été rédigé par Lauren Blum. L'auteur remercie les assistants de recherche impliqués dans la collecte des données, ainsi que les participantes à l'étude qui ont précieusement contribué aux études. Siga Coulibaly Hanne a traduit le document en français puis Francis Mukusa et Ndeye Altiné Diop l'ont édité. Le présent document a été révisé par Karen Beattie, Pam Harper et Evelyn Landry, publié par Michael Klitsch et mis au format par Nicole Hirschman.

La présente publication a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple américain à travers l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), aux termes de l'accord de coopération GHS-A-00-07-00021-00. Les informations fournies dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions et positions de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.

© 2012 EngenderHealth

Crédits photos: page 1, C. Ngongo/EngenderHealth; page 3, Anicet Yemweni.