

Article original

Evaluation de la qualité de vie des femmes souffrant d'une fistule obstétricale à Kinshasa

Evaluation of the quality of life of women with obstetric fistula in Kinshasa

Jonathan ENGUTA MWENZI, Ruth BUKABAU BABUYA, Francine MANYONGA SABOWA

Université de KINSHASA, République Démocratique du CONGO

Auteur correspondant: psyjonathanenguta@gmail.com soumis le 07/01/2023 ; accepté le 26/02/2023 ; publié en ligne le 27/06/2022

Citation: ENGUTA MWENZI J, et al. Evaluation de la qualité de vie des femmes souffrant d'une fistule obstétricale à Kinshasa (2023) J Fac Med Or 7 (1) : 865-870.

DOI : <https://doi.org/10.51782/jfmo.v7i1.188>

MOTS CLÉS

Fistule obstétricale, femmes, qualité de vie, Afrique

Résumé

Introduction-La fistule obstétricale est un problème majeur de santé maternelle qui affecte considérablement les femmes sous l'angle tant physique que mental. L'objectif de ce travail était d'évaluer la qualité de vie des femmes souffrant de la fistule obstétricale et d'identifier les facteurs sociodémographiques.

Matériels et méthodes -Nous avons recouru à la méthode d'enquête appuyée par l'échelle de la qualité de vie de McGill que nous avons administrée à un échantillon de 56 femmes souffrant d'une fistule obstétricale prises en charge à la Fistula Clinic de Kinshasa.

Résultats -L'échantillon d'étude est constitué de 20 femmes âgées de moins de 30 ans, 15 âgées de 30-39 ans et 21 âgées de 40-49 ans. On retrouve également 6 femmes analphabètes, 20 diplômées d'Etat, 16 graduées (bac+3) et 14 licenciées (bac+5). Sous l'angle de l'état-civil, on a 30 mariées, 16 divorcées et 10 célibataires. Enfin, il y a 7 femmes qui n'ont pas connu de césarienne, 40 ont eu une césarienne et 9 ont eu deux césariennes. Les variables âge et état-civil ont influencé chacune une dimension de la qualité de vie ($p < 0,05$). Les résultats de l'étude indiquent que les femmes atteintes de la fistule obstétricale font preuve d'un état de mal-être général prononcé (Moyenne = 1,00 ; Ecart-type= 0,00) et d'un sentiment de mal-être psychologique (Moyenne= 2,40 ; Ecart-type = 1,15). Elles éprouvent un fort sentiment de bien-être physique (Moyenne = 2,68 ; Ecart-type =0,77), existentiel (Moyenne = 2,80 ; Ecart-type =1,06) et social (Moyenne = 3,10 ; Ecart-type =0,92).

Conclusion -la fistule obstétricale affecte négativement le bien-être général et psychologique des femmes prises en charge à la Fistula Clinic de Kinshasa.

KEY WORDS

Obstetric fistula, quality of life, women, Africa

Abstract

Background-Obstetric fistula is a major maternal health problem that significantly affects women both physically and mentally. The objective of the study was to assess the quality of life of women with obstetric fistula and to identify the socio-demographic factors.

Methods - We used a survey method supported by the McGill Quality of Life Scale, which we administered to a sample of 56 women with obstetric fistula managed at the Fistula Clinic in Kinshasa.

Results -In terms of socio-demographic variables, the study sample consisted of 20 women under the age of 30, 15 aged 30-39 and 21 aged 40-49. There are also 6 illiterate women, 20 state graduates, 16 graduates (baccalaureate +3) and 14 bachelor graduates (baccalaureate+5). In terms of marital status, there are 30 married women, 16 divorced women and 10 single women. Finally, there are 7 women who have not had a caesarean section, 40 who have had a caesarean section and 9 who have had two caesareans. The variables age and marital status each influenced one dimension of quality of life ($p < 0.05$). Women with obstetric fistula show a high level of general unhappiness (Mean = 1.00; SD = 0.00) and a feeling of psychological unhappiness (Mean = 2.40; SD = 1.15). They have a strong sense of physical (Mean = 2.68; SD =0.77), existential (Mean = 2.80; SD =1.06) and social well-being (Mean = 3.10; SD =0.92).

Conclusion -obstetric fistula negatively affects the general and psychological well-being of women treated at the Fistula Clinic in Kinshasa.

1. Introduction

La fistule obstétricale fait partie des complications post-natales graves auxquelles les femmes sont confrontées à travers le monde. Les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estiment que plus de 2 millions de jeunes femmes à travers le monde vivent avec une fistule non traitée et que 50.000 à 100.000 femmes sont touchées chaque année. La grande majorité des cas est recensée en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est [1]. En République Démocratique du Congo (RDC), près de 5000 femmes déclarent avoir déjà présenté des symptômes de la fistule [2]. Ces symptômes affectent considérablement la santé physique des femmes. D'ailleurs, l'écoulement provoqué par la fistule fait que les femmes sont constamment mouillées et qu'elles souffrent souvent d'ulcération génitale, d'infections et d'une mauvaise odeur [3]. Cette situation n'est pas sans conséquence sur la vie psychosociale des femmes. Plusieurs études [4,5] révèlent que la fistule obstétricale donne lieu à une exclusion sociale des femmes à la suite des odeurs constantes liées à l'écoulement continu des urines et à une vie de réclusion. Pour certains auteurs [5,6,7], la fistule entraîne la dévalorisation de soi, le sentiment de gêne,

d'évitement et de rejet. Pour les femmes qui vivent encore avec les partenaires, elles s'efforcent d'avoir des relations sexuelles juste pour plaire à leurs conjoints, tout en se montrant réservées et prudentes [5,6,7]. Dans certains cas, le suicide apparaît comme la solution la plus rapide pour celles qui ne font pas preuve d'une forte capacité de résilience [8].

Ce tableau psychologique pathologique, lié à la perte totale de statut et de dignité, apparaît comme un facteur aggravant le vécu social de la maladie, en soumettant les femmes affectées à une souffrance physique et morale. Face à cette situation, il devient important d'évaluer la qualité de vie des femmes présentant les symptômes de la fistule afin d'identifier les dimensions psychologiques sur lesquelles il faut agir pour renforcer la résilience de ces dernières. En RDC, les études évaluant directement la qualité de vie des femmes souffrant de la fistule obstétricale sont très rares. La plupart d'études réalisées, dans ce contexte, ont déduit la qualité de vie à partir de l'évaluation de certains autres états psychologiques, tels que l'estime de soi, la perception de la société, le soutien ... [6,9]. Cet article se propose de combler ce manque d'information en évaluant à partir d'un instrument approprié la qualité de vie des femmes souffrant d'une fistule obstétricale à Kinshasa. En plus, il évalue l'effet des

variables sociodémographiques sur la qualité de vie de ces femmes. En effet, les études ont démontré que certaines variables (telles que l'âge, le niveau d'études, l'état-civil et le nombre d'accouchements avec césarienne) influent sur la santé mentale des femmes après l'accouchement [10,11].

Ainsi, il nous a paru important d'identifier lesquelles de ces variables expliquent de manière particulière la qualité de vie de ces femmes. Précisément, l'objectif de cette étude était d'évaluer les différentes dimensions du bien-être des femmes atteintes de la fistule obstétricale à Kinshasa et d'identifier la dimension la plus affectée par cette maladie. En plus, cette étude a aussi pour objectif d'identifier les variables sociodémographiques qui influent significativement sur la qualité de vie des femmes atteintes de la fistule obstétricale.

2. Matériels et méthodes

Cette étude est de nature descriptive avec un devis expérimental ex-post facto où le traitement (X) est la fistule obstétricale et la mesure (O) est l'évaluation de la qualité de vie des femmes souffrant de cette affection.

La population de l'étude est constituée de toutes les femmes avec fistule obstétricale prises en charge à l'unité fistula-clinic de l'hôpital saint Joseph (à Kinshasa) de janvier 2019 à juillet 2022 dont l'effectif total s'élève à 97 sujets. De cette population, un échantillon non-probabiliste (ou de commodité) de 56 sujets a été extrait.

Trois critères d'inclusion ont guidé le choix de ces femmes : (1) être interné à l'hôpital Saint Joseph pour une prise en charge de la fistule obstétricale au moins pendant 5 mois ; (2) consentir librement à participer à l'étude ; (3) avoir un problème compliqué de la fistule ou avoir subi au moins deux opérations sans succès.

Notre échantillon varie en fonction des facteurs sociodémographiques suivants : (1) âge, (2) niveau d'études, (3) état-civil et (4) nombre d'accouchement par césarienne.

En ce qui concerne l'âge, on a 20 femmes âgées de moins de 30 ans, 15 âgées de 30-39 ans et 21 âgées de 40-49 ans. S'agissant du niveau d'études, on a 6 femmes analphabètes, 20 diplômées d'Etat, 16 graduées (bac+3) et 14 licenciées (bac+5). Au niveau de l'état-civil, on a 30 mariées, 16 divorcées et 10 célibataires. Enfin, en ce qui concerne le nombre d'accouchement par césarienne, 7 femmes n'ont pas connu de césarienne, 40 ont eu une césarienne et 9 ont eu deux césariennes. L'échelle de la qualité de vie de McGill est l'instrument utilisé pour récolter les données. Elle est une adaptation du Questionnaire McGill sur la qualité de vie (MQOL : McGill Quality of Live) dont la version originale a été élaborée dans les années 1995-1997 par Cohen et ses

collègues [12,13,14]. Cette échelle, évaluant la qualité de vie subjective d'une personne atteinte d'une maladie potentiellement mortelle, est constituée de 15 items regroupés en sous-échelles : bien-être général, bien-être physique, bien-être psychologique, bien-être existentiel et bien-être social.

L'étude métrologique de l'échelle, réalisée en se servant du coefficient alpha de Cronbach, a démontré une bonne consistance interne de l'échelle (bien-être physique .70 ; bien-être psychologique .71 ; bien-être existentiel .73 ; bien-être social .70 et échelle dans son ensemble .76).

Pour traiter et interpréter les données de l'étude, nous avons recouru à plusieurs techniques statistiques descriptives et inférentielles. Sous l'angle descriptif, nous avons recouru à la moyenne, à la médiane, au mode, à l'écart-type et à la variance. Au niveau inférentiel, l'alpha de Cronbach, le test de Kolmogorov Smirnov et l'analyse de la variance ont été utilisés pour éprouver certaines hypothèses de l'étude.

3. Résultats

Les résultats de l'étude sont présentés en tenant compte de trois axes : (1) la présentation globale des résultats, (2) l'étude de la normalité des distributions des résultats et (3) l'effet des variables sur les résultats de l'étude.

3.1. Résultats globaux de l'étude

Les résultats présentés dans le tableau 1 se rapportent aux différentes dimensions de la qualité de vie évaluées par l'échelle de McGill auprès des femmes souffrant de la fistule obstétricale. Sur les 296 patients initialement inclus, 274 ont complété le suivi à 5 ans (7.4% de perdus de vue).

Tableau 1 : présentation globale des résultats (N=56)

Notes	Bien être général	Bien être physique	Bien être psychologique	Bien être existentiel	Bien être social
Indice statistique					
Moyenne (M)	1,00	2,68	2,40	2,80	3,10
Médiane (Mdn)	1,00	2,67	2,25	3,25	3,33
Mode	1,00	2,67	1,00	3,50	4,00
Ecart-type	0,00	0,77	1,15	1,06	0,92
Variance	0,00	0,60	1,32	1,12	0,84

Du tableau 1, il ressort que les moyennes de nos sujets aux différents thèmes de l'échelle (bien-être général, physique, psychologique, existentiel et social) sont respectivement de 1,00 ; 2,68 ; 2,40 ; 2,80 et 3,10. En situant ces moyennes sur l'étalement de l'échelle, trois constats peuvent être faits. Le premier constat se rapporte à la moyenne du bien-être général qui se situe dans l'intervalle de 1-1,4 correspondant à un état de mal-être très prononcé.

Le deuxième constat se rapporte à la moyenne du bien-être psychologique qui se situe dans l'intervalle de 1,5-2,4 correspondant à un réel état de mal-être. Le troisième constat se rapporte aux moyennes de bien-être physique, existentiel et social qui se situent dans l'intervalle de 2,5-3,4 correspondant à un réel état de bien-être.

À côté des moyennes, il nous a paru important de déterminer les effectifs des sujets en fonction de leur niveau de bien-être. L'étalement de l'échelle indique que lorsque la moyenne du sujet est supérieure ou égale à 2,5, on peut conclure à un réel état de bien-être. À l'inverse, on se retrouve dans une situation de mal-être.

Au niveau général, tous les sujets éprouvent un réel sentiment de mal-être. Au niveau physique, 35 sujets (63%) font preuve d'un bien-être contre 21 sujets (37%) qui éprouvent un mal-être. Sous l'angle psychologique, 26 sujets (46%) font preuve d'un bien-être contre 30 sujets (54%) qui ressentent un mal-être. Au niveau existentiel, 38 sujets (68%) font preuve d'un bien-être contre 18 sujets (32%) qui éprouvent un mal-être. Enfin, sous l'angle social, 34 sujets (61%) éprouvent un sentiment de bien-être contre 22 sujets (39%) qui font preuve d'un mal-être.

3.2. Etude de la normalité des distributions

Les résultats de l'étude indiquent que les distributions de l'étude sont normales (bien-être physique : $p > 0,05$, Kolmogorov-Smirnov = 0,57 ; bien-être psychologique : $p > 0,05$, Kolmogorov-Smirnov = 0,67 ; bien-être existentiel : $p > 0,05$, Kolmogorov-Smirnov = 0,90 ; bien-être social : $p > 0,05$, Kolmogorov-Smirnov = 0,89).

Les distributions étant normales, nous recourons à l'analyse de la variance pour cerner l'effet des variables sociodémographiques sur les résultats de l'étude.

3.3. Effet des variables sociodémographiques sur les résultats de l'étude

L'effet des variables sociodémographiques (Tableau 2) est évalué dans toutes les dimensions de la qualité de vie à l'exception du bien-être général où tous les sujets semblent avoir une position unique (fort mal-être général). Cet effet est évalué en recourant au test F de Snédecor (analyse de

la variance).

Tableau 2 : Effet des variables sociodémographiques sur les résultats de l'étude (p,0,05)

Variables	Bien être physique		Bien être psychologique		Bien être existentiel		Bien être social	
	F	S	F	S	F	S	F	S
Age	1,51	0,25	1,80	0,20	4,42	0,03	1,28	0,29
Niveau d'étude	1,49	0,26	1,20	0,32	1,17	0,33	3,34	0,08
Etat-civil	0,03	0,96	7,28	0,006	2,68	0,09	3,33	0,09
Nombre d'accouchement/césarienne	2,01	0,16	0,77	0,47	0,65	0,53	0,69	0,51

F : F de Snédecor, S : Signification

Du tableau 2, il ressort que seules deux variables (âge et état-civil) sur les quatre ont influencé chacune, une seule dimension du bien-être. L'âge a influencé le bien-être existentiel ($p < 0,05$, F de Snédecor : 4,42). L'état-civil a influencé le bien-être psychologique ($p < 0,05$, F de Snédecor : 7,28).

Discussion

Les résultats indiquent que les sujets de l'étude font preuve d'un état de mal-être général prononcé. Elles font preuve d'un état de mal-être psychologique. Sous l'angle général, elles affirment toutes qu'en tenant compte de tous les aspects de leur vie, leur qualité de vie n'est pas bonne depuis la survenue de la fistule obstétricale. Ces résultats nous semblent très logiques et pourraient ainsi remettre en question l'efficacité de la prise en charge intégrale à l'hôpital saint Joseph dont l'objectif est d'assurer le bien-être des femmes ayant des fistules obstétricales. Les points de vue de nos sujets peuvent se justifier par plusieurs cas d'échec des interventions destinées à réparer la vessie.

Ce sentiment général de mal-être peut être dû à la stigmatisation, à l'étiquetage et aux moqueries dont sont victimes ces femmes. D'ailleurs, il a été démontré que les femmes qui présentent une fistule ont le sentiment d'être une source de déshonneur pour leur famille et de mériter de vivre comme des parias [5]. La honte que ces femmes éprouvent peut les conduire à développer un manque d'estime de soi et d'autres problèmes psychologiques.

Ces résultats réconfortent ceux de plusieurs études [15, 16, 17, 18, 19] où il a été constaté que la fistule obstétricale engendre une souffrance physique, morale, psychologique et sociale chez les femmes fistuleuses. Le mal-être psychologique dont ces femmes souffrent peut-être dû à un faible

accompagnement psychologique car les études ont démontré que l'accompagnement psychologique affecte de manière particulière la perception du bien-être psychologique.

Outre l'accompagnement psychologique, le soutien social y est pour beaucoup. D'ailleurs, les entretiens cliniques ont révélé que toutes les femmes fistuleuses sous-étude sont abandonnées par leur entourage et ne reçoivent ni leurs appels ni leurs visites. Ainsi, il est normal qu'elles puissent avoir des inquiétudes et être stressées psychologiquement. Dans ce contexte, elles ne peuvent que présenter des tableaux psychologiques marqués par plusieurs troubles psychologiques. Sous l'angle physique, existentiel et social, les résultats de l'étude attestent un réel sentiment de bien-être. Au niveau physique, ces résultats peuvent être dus à l'efficacité de la prise en charge médicale. En effet, depuis leur internement, plusieurs des sujets de notre étude ont déjà vu d'autres femmes guérir de la fistule et quitter l'hôpital.

Ces femmes guéries constituent même des expériences vicariantes pouvant justifier la résilience de ces sujets et la perception positive de leur bien-être. Cette situation témoignant de l'efficacité de la prise en charge médicale ne peut qu'impacter positivement sur leur perception de leur bien-être physique. D'ailleurs, même les femmes dont les opérations ont échoué à deux fois affirment tout de même ressentir une légère amélioration physique, bien que non significative, par rapport à leur situation de départ.

Sous l'angle existentiel, les résultats nous étonnent et remettent en question la plupart d'études antérieures [20,21,22,23,24,25] où il a été constaté que les femmes fistuleuses perdent l'espoir à la vie et pensent que leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Les femmes de l'étude ont de l'espoir et nourrissent même des ambitions pour leur vie future. Si le fait de voir certaines femmes guérir a eu un impact positif, il ne faut pas sous-estimer la force de leur croyance en Dieu comme élément facilitant leur bien-être existentiel. Toutes ces femmes croient en Dieu et dans leur temps libre, elles s'adonnent à la lecture et reçoivent même des serviteurs de Dieu qui leur apportent un réconfort moral et spirituel.

Elles croient toutes que les médecins ne font que soigner et que c'est Dieu qui guérit. Ainsi, si Dieu décide de les guérir personne ne peut s'y opposer. Dans ce contexte, leur foi en Dieu comme Jéhovah Rapha (Dieu qui guérit) amoindrit le retentissement du choc lié à leur situation. En effet, ces femmes croient que Dieu a le pouvoir de changer leur destin et elles peuvent expérimenter la main de Dieu. D'ailleurs, c'est à la suite de la foi en la puissance de Dieu que certaines d'entre-elles qui tentaient se suicider ont résolu de ne plus le faire et d'attendre le temps idéal fixé par Dieu pour leur guérison.

Ces résultats vont de pair avec les points de vue de plusieurs femmes guéries de la fistule que nous avons rencontrées et qui ont affirmé que c'est Dieu qui les a aidés à sortir de cette maladie. Ce soutien de la foi comme facteur de résilience est aussi noté par certains auteurs [19] qui affirment que c'est souvent par le biais d'une foi non sectaire en Dieu que la personne résiliente découvre la possibilité d'être acceptée et soutenue inconditionnellement.

Au niveau social, le bien-être des sujets est très prononcé. Ce bien-être social est plus dû au soutien social qu'elles bénéficient à l'unité de prise en charge où elles ont pu trouver des tuteurs de résilience (personnels de soins desanté) qui leur offrent un soutien social indispensable pour leur adaptabilité sociale. Contrairement à leurs milieux respectifs où elles ne pouvaient communiquer avec leur entourage à cause des moqueries dont elles étaient victimes, elles ont pu trouver à l'unité de prise en charge un personnel disposé à les écouter et qui les aide à pouvoir normaliser la situation. La communication entre femmes fistuleuses est aussi pour beaucoup dans cet état de bien-être social. Le fait pour elles de communiquer entre elles a amené certaines d'entre elles à normaliser leur situation et à ne plus croire à tous les stéréotypes qui leur étaient collés.

L'effet positif de l'âge sur le bien-être existentiel est dû au fait que la littérature scientifique a démontré que plus on avance en âge, plus on se sent bien [26,27]. L'effet de l'état-civil sur le bien-être psychologique peut se justifier par le fait que les maris de ces femmes apportent un soutien social important sous forme de réconfort moral qui s'avère très indispensable pour l'adaptation sociale de ces dernières. Ainsi, les femmes divorcées et célibataires se trouvent privées de soutien et font l'objet de plusieurs problèmes d'adaptation sociale.

Conclusion

Les résultats de notre étude exigent un renforcement de l'accompagnement psychologique des femmes souffrant de la fistule obstétricale à Kinshasa pour réduire dans la mesure du possible les répercussions négatives de leurs rejet et isolement sociaux sur leur bien-être général et psychologique. La meilleure prise en charge de ces femmes devrait être intégrale car là, où la prise en charge médicale ne peut avoir d'effets, la prise en charge psychologique peut s'avérer nécessaire et contribuer à une perception positive de la qualité de vie. Une telle prise en charge contribuerait davantage à l'amélioration de la santé de ces femmes considérée sous l'angle d'un parfait état d'équilibre physique, psychologique, social, moral et mental.

Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

Références

- [1] Bulanda Nsambi J, Mukuku O, Foma Yunga J. et al. Fistules obstétricales dans la province du Haut-Katanga, République Démocratique du Congo : à propos de 242 cas. *The Pan African Medical Journal*, 29(34), 2018, pp. 51-67.
- [2]. Ministère du Plan et Macro International. Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007. Maryland : Ministère du Plan et Macro International, 2008.
- [3] UNFPA. La fistule obstétricale. Rapport d'évaluation des besoins : leçons tirées de 9 pays Africains. New York : Edition UNFPA, 2003.
- [4] Moudouni S. Les fistules Vésico-Vaginales Obstétricales. A propos de 114 cas M.M. *Progrès en Urologie*, 11, 2001, pp. 103-108.
- [5] Mbacké MM, Ndiaye P, Diongue M et al. Facteurs sociodémographiques et prise en charge des fistules obstétricales au Sud - Est du Sénégal. *Revue Santé Publique*, 24, 2012, pp. 47-54.
- [6] Bukabau Babuya, R. Retentissement psychosocial de la fistule vésico-vaginale obstétricale sur la personnalité de la femme et prise en charge psychothérapeutique à Kinshasa, Thèse de doctorat en psychologie, Université de Kinshasa, 2019.
- [7] Kouye P, Kabas G, Gbane M et al. Etude socio anthropologique sur les fistules obstétricales en Côte d'ivoire, Abidjan : Edicom, 2006.
- [8] Wall LL. Preventing obstetric fistulas in low resource countries : insights from a haddon matrix. *Obstetrical&gynecologicalsurvey*, 2012, 4, pp. 111-121.
- [9] Lumbungu Mbungu, D. Soutien psychosocial et qualité de vie des femmes souffrant de la fistule obstétricale : Cas de Fistula Clinic de Kinshasa, en République démocratique du Congo. Université Catholique de Louvain, 2022.
- [10] Belghith C, Najar S, Haouel, R. et al. Impact psychologique des femmes enceintes atteintes du COVID-19 : à propos de 2 cas cliniques. *Pan African Medical Journal*, 2021, 39(271), 1-7.
- [11] Riquin E, Faure K, Matthieu L. et al. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *La revue du praticien*, 2015, 65 (5), 701-708.
- [12] Cohen SR. Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: A multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliative Medicine*, 1997, 11(1), pp. 3-20.
- [13] Cohen SR, Hassan SA, Lapointe BJ, Mount BM. Quality of life in HIV disease as measured by the McGill Quality of Life Questionnaire. *AIDS*, 1996, 10(12), pp. 1421-1427.
- [14] Enguta Mwenzi J, Ngonzo Kitumba R, Gumanda Kafeni E, Ngbowali Dadengi N. Quality of life of women with breast cancer in Kinshasa and its explanatory factors. *Algerian Journal of Health Sciences*, 4 (2), 2022, pp. 255-261.
- [15] Samanyouga L. Analyse des répercussions des fistules obstétricales sur la vie économique et psycho-familiale des victimes : cas des victimes prise en charge par l'association BPW de la commune de Ouagadougou. Mémoire de master en psychologie, Université d'Ouagadougou, 2009.
- [16] Soumano A. Qualité de vie et intégration sociale des femmes souffrant d'une fistule obstétricale après la prise en charge chirurgicale. Thèse de doctorat en médecine, Centre Hospitalier Universitaire Point G du Mali, 2009.
- [17] Fritel X. Impact des Pratiques Obstétricales sur l'Incontinence Urinaire de la Femme de l'Accouchement à la Ménopause. Thèse de doctorat en épidémiologie publiée, Université Paris VI, Paris, 2009.
- [18] Rakotondramanana J. Accompagnement psychosocial des femmes victimes de la fistule obstétricale. Mémoire de licence en sociologie non publié, Université d'Antananarivo, 2018.
- [19] USAID. Manuel des soins obstétricaux d'urgences et de prévention de la fistule obstétricale, Genève : Edition de l'USAID, 2008.
- [20] Muleta, M. Socio-demographic profile and obstetric experience of fistula patients managed at the Addis Ababa Fistula Hospital. *Ethiopian Medical Journal*, 42(1), 2004, pp. 9-16.
- [21] Benski, A.C. Evaluation et efficacité d'une stratégie multidisciplinaire intégrée pour la prise en charge de la fistule obstétricale : le modèle Tanguieta au Bénin. Thèse de doctorat en médecine, Université de Genève, 2021.
- [22] Vangeenderhuysen, C., Prual, A. & Joud, D. Obstetric fistulae: incidence estimates for sub-Saharan Africa. *Int J of Gynecol Obstet.*, 73, 2001, pp. 65-66.
- [23] Tayler-Smith K, Zachariah R, Manzi M et al. Obstetric Fistula in Burundi: a comprehensive approach to managing women with this neglected disease. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 2013, pp. 164-174.
- [24] Nathan L.M, Roachat, C.H, Grigorescu B, Banks, E. Obstetric fistulae in West Africa: patient perspectives. *Am J Obstet. Gynecol.* 200, 2009, pp. 40-42.
- [25] Maheu-Giroux M, Filippi M, Maulet N et al. Risk factors for vaginal fistula symptoms in Sub-Saharan Africa: a pooled analysis of national household survey data. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 2016, pp. 82-90.
- [26] Vanistendae S, Lecomte J. Le bonheur est toujours possible : construire la résilience, Paris : Bayard, 2000.
- [27] Diener, E. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 1999, pp. 276-302.