



The  
University  
Of  
Sheffield.



---

**Master 2**

**Pilotage des Politiques et Actions en  
Santé Publique**

Promotion : **2012-2013**

---

**L'intégration des populations rurales burkinabé dans  
les programmes de réduction de l'incidence de la  
fistule obstétricale:  
Le travail effectué, la situation actuelle et les  
perspectives d'amélioration**

---

Aduragbemi BANKE-THOMAS  
Juin 2013

---

## Remerciements

---

C'est une tâche difficile que de remercier tous ceux qui ont contribué à faire en sorte que ce travail soit achevé. Il est encore plus difficile de remercier tout le monde dans l'espace limité disponible pour ce mémoire.

Tout d'abord, Je voudrais remercier Dieu Tout-Puissant pour l'occasion qui m'a été donnée de faire partie de la formation Erasmus Mundus Europubhealth et pour m'avoir aidé durant cette expérience. Ce fut une expérience enrichissante!

Deuxièmement, à tous les établissements partenaires du programme, en particulier mes écoles, l'Université de Sheffield, l'Institut d'Études Politiques de Rennes et l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. J'ai passé de merveilleux moments dans ces institutions, et je suis très reconnaissant à tout le personnel - enseignant et administratif - que j'ai rencontré en cours de route.

En particulier, je voudrais dire un grand merci à mon excellent superviseur, le Dr Judith Mueller. Je n'aurais pas pu le faire sans vous. Votre soutien indéfectible, votre patience et votre désir de perfection ont su tirer le meilleur de moi. Si je devais refaire cette recherche, je voudrais que vous soyez à nouveau mon superviseur!

Mon fantastique responsable de parcours, le Professeur François-Xavier Schweyer, je vous remercie de me prendre comme votre enfant pendant mon séjour à Rennes. Votre foi et votre encouragement constant ont été des facteurs de motivation qui m'ont aidé à continuer. Je ne pourrais jamais assez-vous remercier!

Mme Regine Maffei, je vous remercie beaucoup pour tout votre soutien administratif tandis que j'étais en France et au Burkina Faso. Je dois faire une mention spéciale pour Mme Melody Collins et M. Florent Jamault, vous deux étiez tout simplement incroyable. Merci.

Pour tous mes merveilleux collègues, je vous remercie tous pour votre soutien. Je suis chanceux d'avoir eu les meilleurs condisciples! Votre geste d'amour et votre solidarité pendant mes temps faibles restent retranchés dans mon cœur pour la vie. Je suis particulièrement reconnaissant à Lucie Michel (mon entraîneur chérie et ma sœur, de mère et de père français), Lucille Fumery, Daniela Chinnichi, Etienne Gagneur, Hassan, Souleymane et Anne Bertrand qui ont pris le temps de lire mon mémoire et ont apporté des corrections grammaticales. Je vous remercie!

Pour mon frère burkinabé, M Salam Kouraogo - Comment puis-je vous remercier? Merci pour tout votre soutien dans tout ce processus. Vous êtes en effet un homme extraordinaire et je suis impatient de collaborer avec vous à l'avenir. Pour toutes les autres personnes merveilleuses qui m'ont aidé pendant mon stage et ma recherche au Burkina Faso, le Dr Zou Lagoun (DRS Boucle du Mouhoun), le Dr Romiald Sawadogo, le Dr Aimé Serge Sanon (Chirurgien, CRH, Dédougou), le Dr Oumar Sanogo (DG CNRST), le Dr Aboubacar Siribié (MCD, CMA Boromo), je vous suis reconnaissant pour votre hospitalité et votre soutien. Antoine Paul, je ne sais toujours pas comment nous nous sommes tous deux retrouvés à Boromo, mais je suis content de t'y avoir rencontré. Merci aussi pour ton aide avec mon mémoire. Je tiens également à remercier les assistants de recherche qui m'ont aidé avec l'administration du questionnaire. Vous avez tous fait un excellent travail et je vous en suis très reconnaissant.

Ma mère chérie, Mme Fiyinfoluwa Ogunbanke, je vous suis très reconnaissant. J'ai toujours su que j'ai eu le privilège d'avoir la meilleure maman au monde, mais vous avez confirmé cela au cours des deux dernières années. Vous avez continué à m'encourager et à me soutenir. Merci pour toutes vos prières.

Mes belles sœurs, Oluwakemi et Iyanuoluwa, je vous apprécie pour votre amour, votre soutien et votre foi en moi au cours des deux dernières années.

Oluwasolafunmi, de simples paroles ne peuvent exprimer à quel je suis reconnaissant, de vous avoir comme partenaire. Vous avez été magnifique pendant ces deux dernières années et, en fait, nous avons fait cela ensemble. Pour tous les sacrifices que vous mettez dans mon expérience Europubhealth, merci! Vous êtes mon cadeau spécial.

---

## Dédicace

---

***« Pour les jeunes filles burkinabé, qui ont connu la maternité avant la féminité »***

---

# Structure organisationnelle de la recherche

---

## ***Chercheur principal***

**Dr Aduragbemi BANKE-THOMAS** MB; BS PRINCE2P MPH (*en vue*)

Etudiant, Master Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique  
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Rennes, FRANCE

## ***Chercheurs associés***

### ***Collaboration au Burkina Faso***

**M. Salam KOURAOGO** Maîtrise en Pédagogie du Changement Social et du  
Développement, Unité de Formation et de Recherche/Sciences Humaines, filière  
Développement et Education des Adultes (DEDA), Université de Ouagadougou  
Attaché de Santé en Chirurgie  
Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA) du district sanitaire de Boromo

## ***Encadrement scientifique et académique***

**Dr Judith MUELLER** MD MPH PhD

Professeur en épidémiologie

Département d'Epidémiologie et de Bio statistiques

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Rennes, FRANCE

## ***Tutelle institutionnelle***

**Dr Aboubacar SIRIBIE**

Médecin Chef du District Sanitaire de Boromo

**Dr Zou LAGOUN**

Directeur Régionale de la Santé

Direction régionale de la Santé, Boucle du Mouhoun, BURKINA FASO

---

# Sommaire

---

Remerciements .....	i
Dédicace .....	iii
Structure organisationnelle de la recherche.....	iv
Sommaire .....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures .....	ix
Liste des sigles utilisés.....	xi
<b>1 Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Définition .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 L'incidence et la prévalence de la fistule obstétricale .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3 Les facteurs prédisposant de fistule obstétricale .....</b>	<b>3</b>
<b>1.4 Les conséquences de la fistule .....</b>	<b>5</b>
1.4.1 Les conséquences biologiques .....	5
1.4.2 Les conséquences sociales .....	5
1.4.3 Les conséquences psychologique .....	5
1.4.4 Les conséquences économiques.....	5
<b>1.5 Aperçu de la fistule obstétricale .....</b>	<b>6</b>
<b>2 Contexte .....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Le Burkina Faso .....</b>	<b>7</b>
2.1.1 Vue d'ensemble géographique, politique et économique .....	7
2.1.2 L'état de la santé et les indicateurs clés de développement.....	10
2.1.3 Le système de la santé au Burkina Faso.....	11
<b>2.2 La région sanitaire de la Boucle du Mouhoun.....</b>	<b>11</b>
2.2.1 Vue d'ensemble géographique, socio-culturelle et économique.....	11
2.2.2 Boucle du Mouhoun - Le plateau technique sanitaire.....	13
<b>2.3 District Sanitaire du Boromo .....</b>	<b>13</b>
2.3.1 La population et l'état de santé des femmes.....	13
2.3.2 Situation géographique.....	14
2.3.3 Données sanitaires .....	14
<b>3 Situation de fistules obstétricales au Burkina Faso .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Caractéristiques cliniques des fistules au Burkina Faso .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 La prise en charge des fistules au Burkina Faso.....</b>	<b>15</b>
<b>3.3 La réinsertion des femmes opérées de fistules au Burkina Faso .....</b>	<b>19</b>
<b>4 Justification du projet de recherche .....</b>	<b>21</b>
<b>5 Position du chercheur.....</b>	<b>23</b>

<b>6</b>	<b>Hypothèses et objectifs de la recherche .....</b>	<b>24</b>
6.1	L'hypothèse de recherche .....	24
6.2	Les objectifs.....	24
<b>7</b>	<b>Méthodologie.....</b>	<b>25</b>
7.1	Revue de la littérature .....	25
7.2	Revue de documents politiques .....	25
7.3	Enquête sur la prévalence des connaissances.....	27
7.3.1	Le démarche éthique .....	30
<b>8</b>	<b>Résultat.....</b>	<b>32</b>
8.1	<b>Approches à la prévention de la fistule obstétricale – Résultats de la revue de littérature.....</b>	<b>32</b>
8.1.1	Stratégies basées sur la population .....	33
8.1.2	Stratégies basées sur le système de la santé .....	34
8.2	<b>Revue de documents politiques .....</b>	<b>34</b>
8.2.1	Les travaux de l'UNFPA .....	35
8.2.2	Les travaux des ONG .....	36
8.2.3	Politiques gouvernementales de santé visant à la réduction des fistules au Burkina Faso.....	37
8.3	<b>L'enquête sur les connaissances relatives à la FO chez les jeunes femmes ...</b>	<b>49</b>
<b>9</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>55</b>
9.1	Discussion de la revue de la littérature.....	55
9.2	Discussion de la revue de documents politiques.....	57
9.3	Discussion de l'enquête .....	60
<b>10</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>65</b>
<b>11</b>	<b>Recommandations .....</b>	<b>68</b>
11.1	<b>Feuille de route proposée .....</b>	<b>68</b>
11.1.1	Recommandations basées sur la population .....	68
11.1.2	Recommandations basées sur le système des soins .....	70
11.2	<b>Rôles spécifiques pour les acteurs.....</b>	<b>71</b>
11.2.1	Rôle des organisations internationales.....	71
11.2.2	Rôle de gouvernement.....	71
11.2.3	Rôle des organisations non gouvernementales.....	72
11.2.4	Rôle des institutions de recherche.....	72
11.2.5	Rôle des bailleurs de fonds .....	73
11.2.6	Rôle des médias .....	73
11.2.7	Rôle des hommes .....	73
11.2.8	Rôle des leaders communautaires.....	73
11.2.9	Rôle des chefs religieux.....	73
	<b>Glossaire .....</b>	<b>75</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>77</b>

Liste des annexes .....	I
ANNEXE A- La fiche d'information .....	II
ANNEXE B - Formulaire de consentement du participant.....	IV
ANNEXE C- Questionnaire.....	V
ANNEXE D - Procédure Opérationnelle Standardisée .....	VI
ANNEXE E - Autorisation d'éthique (Sheffield) .....	IX
ANNEXE F - Autorisation d'éthique (CERS, Burkina Faso).....	X
ANNEXE G - Autorisation d'éthique (CNRST, Burkina Faso).....	XII
ANNEXE H - Une liste des documents de politiques examinées dans cette étude.....	XIII
ANNEXE I – Liste des enquêteurs .....	XV
ANNEXE J – Photo album .....	XVI
ANNEXE K – La ceinture de la fistule obstétricale .....	XIX
ANNEXE L – Réflexions .....	XX
Note d'observation .....	XXI
Résumé .....	XXIII



## Liste des tableaux

Tableau 1: Les indicateurs clés de développement .....	10
Tableau 2 : Les établissements qui opèrent les fistules obstétricales .....	17
Tableau 3: Rapport synthèse de la PEC des fistules dans le district de Boromo .....	18
Tableau 4: Les conséquences de la difficulté des patients fistuleuses dans la société ....	19
Tableau 10: Les questions ont testé le niveau de connaissance .....	30
Tableau 5: Les stratégies de la prévention de la fistule obstétricale.....	33
Tableau 6: Les besoins en matière de planification familiale .....	40
Tableau 7: La pratique de l'excision .....	47
Tableau 8: Caractéristiques des participants inclus dans l'enquête.....	49
Tableau 9: Sensibilisation et connaissances relatives à la fistule obstétricale parmi les participants à Boromo rural et urbain, 2013 .....	51
Tableau 11: La stratification de la connaissance de la fistule obstétricale au sein des groupes, après ajustement pour le niveau d'alphabétisation .....	53
Tableau 12: Test de modification de l'effet .....	54
Tableau 13: Test de modification de l'effet avec Breslow-Day de l'homogénéité .....	54

## Liste des figures

Figure 1:Fistule vésico-vaginale .....	1
Figure 2: Fistule recto-vaginale .....	2
Figure 3: Aperçu de la fistule obstétricale .....	6
Figure 4: Carte administrative du Burkina Faso .....	7
Figure 5: Les taux de fréquentation scolaire par âge et par sexe .....	8
Figure 6: Les taux spécifiques de fécondité par groupes d'âges .....	9
Figure 7: La carte administrative de la Boucle du Mouhoun .....	12
Figure 8: La carte du district sanitaire de Boromo.....	14
Figure 9: Carte du Burkina montrant établissements qui opèrent la fistule .....	16
Figure 10: Age de la première grossesse .....	50
Figure 11: Source de la sensibilisation des adolescentes .....	51
Figure 12: Source de la sensibilisation des adolescentes, par groupe .....	52

---

## Liste des sigles utilisés

---

AMCTM	Association d'Aide Médico-Chirurgicale Trans-Monde
ARFOD	Association pour la Recherche la formation et le Développement
CDE	Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant
CEDAW	Convention sur L'élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'égard des Femmes
CERS	Comité national d'Ethique pour la recherche en santé
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CNLPE	Comité national de lutte contre la pratique de l'excision
CNRST	Centre national de la recherche scientifique et technologique
CPN	Consultations Périnatales
CSPS	Centre de Santé et Promotion Sociale
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DGISS	Direction Générale de l'Information et des Statistiques Sanitaires
DIU	Dispositif intra-utérin
DSF	Direction de la Santé de la Famille
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSBF	Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso
EFE-Burkina	Espoir des femmes et enfants, Burkina
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPS	Effet de Plan de Sondage
FCFA	Francs Communauté Financière Africaine
FCI	Family Care International
FO	Fistule obstétricale
FRV	Fistule recto vaginale
FVV	Fistule vésico vaginale
IEC	Information – Education - Communication
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie

MASSN	Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MMR	Maternité à Moindre Risque
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
OR	Odds ratio
PEC	Prise en charge
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
SCHARR	School of Health and Related Research
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
TBA	Taux brut d'admission
TBS	Taux brut de scolarisation
UNFPA/FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WHEC	Women's Health & Education Centre

# 1 Introduction

## 1.1 Définition

La Fistule obstétricale (FO) se définit comme une communication acquise (trou) entre la vessie et le vagin [Fistule vésico vaginale (FVV)] et parfois entre le vagin et le rectum [Fistule recto vaginale (FRV)], survenue après un accouchement prolongé ou bloqué, se manifestant par une perte permanente des urines ou des matières fécales à travers le vagin (Bangser 2006; Cook et al. 2004). La notion de travail prolongé est essentielle. Il est établi au-delà de 24 heures de travail et peut durer plusieurs jours. On peut identifier plusieurs causes de la fistule. Ainsi la fistule peut être due à une nécrose ischémique des parois des organes pelviens (vessie, vagin, rectum), suite à leur compression prolongée par la présentation bloquée dans le pelvis. La fistule peut également faire suite à la déchirure des tissus mous, pendant un accouchement précipité ou des manœuvres obstétricales. Enfin, de façon moins fréquente, l'Interruption Volontaire de Grossesse peut entraîner aussi la fistule obstétricale. La fistule apparaît quelques jours après l'accouchement par chute d'escarres au 4<sup>e</sup> ou au 5<sup>e</sup> jour ((Tebeu, Luc de Bernis, et al. 2009; Melah et al. 2007).

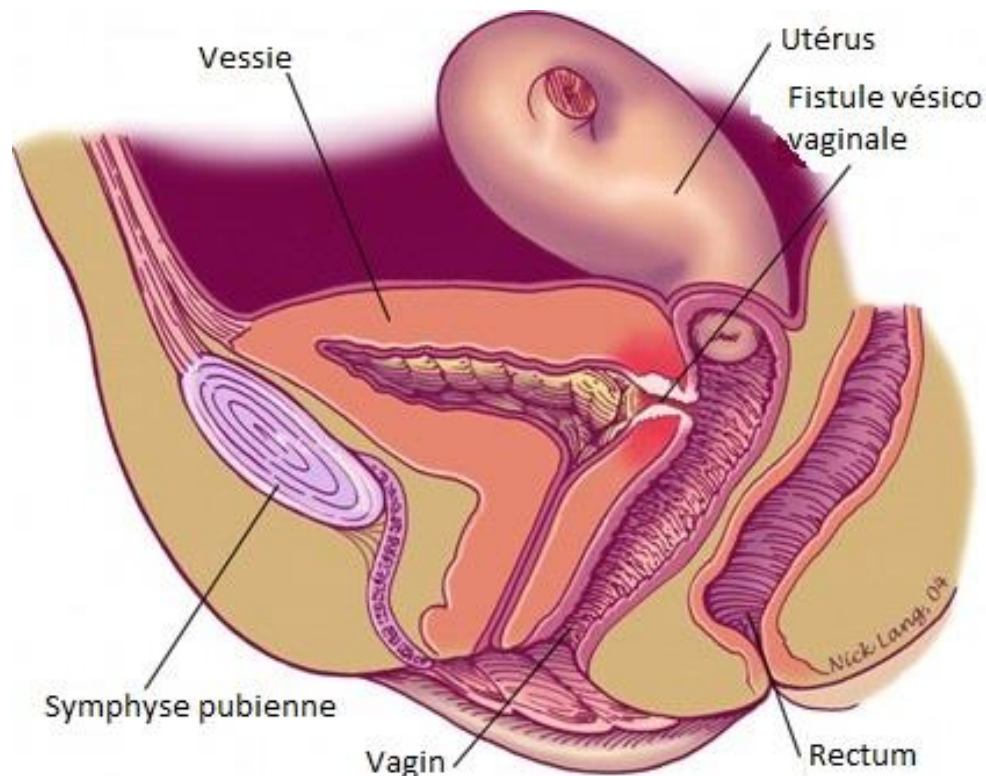
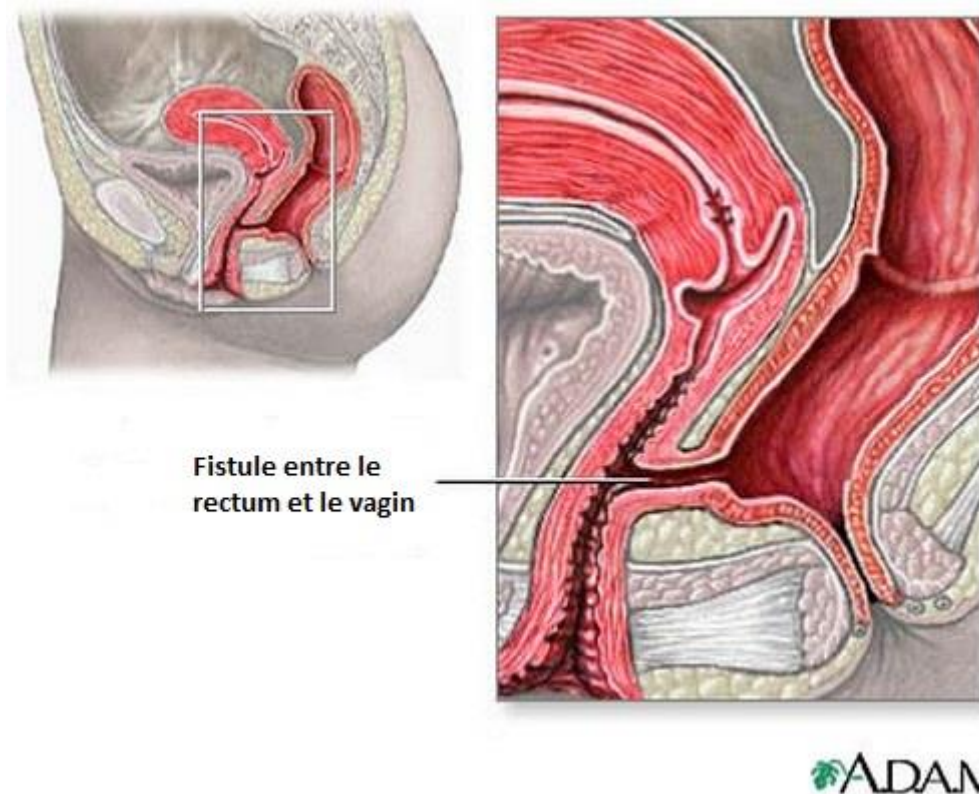


Figure 1:Fistule vésico-vaginale

Source: Ghana News Agency



Fistule entre le  
rectum et le vagin

Figure 2: Fistule recto-vaginale

Source : Adam Inc.

## 1.2 L'incidence et la prévalence de la fistule obstétricale

Les fistules obstétricales [FO] sont plus fréquentes en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud, où l'accès et l'utilisation des soins obstétricaux sont limités. La majorité des fistules obstétricales sont confinées dans la «ceinture de la fistule» dans la moitié nord de l'Afrique subsaharienne ; de la Mauritanie à l'Erythrée et dans les pays en développement de l'Asie Moyen-Orient (Tebeu et al. 2012).

Déterminer la prévalence et l'incidence, cependant, est extrêmement difficile car la fistule affecte généralement les plus marginalisés - pauvres, les jeunes, les femmes sont souvent analphabètes et les filles vivant dans les zones rurales - et nécessite habituellement dépistage clinique pour le diagnostic (WHEC 2013). On estime que plus de 2 millions de jeunes femmes vivent avec une fistule obstétricale non-traitée en Asie et en Afrique sub-saharienne (Kalembo & Zgambo 2012). Les données disponibles en provenance des pays africains estiment une incidence entre 1 et 3 pour 1000 accouchements en Afrique de l'Ouest (Kalembo & Zgambo 2012). Les taux les plus élevés de la fistule s'observent dans les zones rurales de l'Afrique sub-

saharienne et dans certaines parties de l'Asie (Every mother counts 2011). Entre 5 et 10 cas rapportés sur 1000 accouchements dans certaines zones rurales de l'Afrique (Vangeenderhuysen et al. 2001). Mais, il est méthodologiquement difficile d'estimer les taux d'incidence ou la prévalence de la fistule obstétricale dans les pays en voie de développement (Stanton et al. 2007). Une étude a montré qu'il n'y a pas d'estimations du nombre de fistules, basées sur la population, tout à fait fiables. Néanmoins, pour estimer l'incidence et la prévalence de la fistule obstétricale, les auteurs ont proposé une adaptation de la «méthode de fratrie» afin d'estimer directement la mortalité maternelle (Stanton et al. 2007).

### **1.3 Les facteurs prédisposant de fistule obstétricale**

Comparativement aux européens, les femmes africaines sont davantage prédisposées à une dystocie en raison de l'architecture relativement étroite de leurs bassinets. (Kolawole et al. 1978). En réalité, dans certaines régions d'Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud, où la fistule obstétricale est la plus courante, les femmes se marient et deviennent enceintes à l'adolescence. A ces âges, leurs bassins ne sont pas suffisamment développés pour permettre la procréation dans des conditions satisfaisantes (UNFPA and EngenderHealth 2003). Aussi, on remarque une aggravation de ces problèmes développementaux lorsque les femmes ont souffert de sous-alimentation tout au long de leur enfance et de leur adolescence. (Konje & Lapidó 2000). Tous ces facteurs de risque ont été succinctement résumés dans une étude sur des patientes atteintes de fistules obstétricales dans la région de l'Extrême-Nord du Cameroun. L'étude a conclu que le risque de développement d'une fistule était plus accru chez les jeunes filles au niveau d'éducation faible, mariées à un jeune âge et ayant un accès limité aux services de santé maternelle de qualité (Tebeu et al. 2009). Toutefois, une étude conduite à Kumasi au Ghana a conclu que la fistule obstétricale est commune aux deux âges extrêmes de fécondité et aux deux extrêmes de parité [primigeste et multigeste] (Danso et al. 1996). Une autre étude, en Zambie, a montré que sur 259 femmes avec fistules obstétricales, 50% d'entre elles n'avaient pas terminé le cycle d'éducation primaire et que l'âge médian du mariage était de 18 ans et que le début du développement de la fistule était de 22 ans. Dans cette étude, le délai de réception des soins obstétricaux d'urgence (SOU) a été atteint par 67.5% de femmes qui ont accouché à la maison, du fait de difficultés de transports. Il n'est atteint que par 49.4% de celles qui ont accouché en hôpital (Holme et al. 2007). En effet, il est commun de dire que la fistule obstétricale est dérivée de la combinaison de «travail obstrué et transport obstrué» (L. Wall &

S. Arrowsmith 2005). C'est l'un des trois stades de retard qui résultent de la mortalité maternelle articulés par Thaddeus et Maine. Les deux autres étant des retards dans la décision de se faire soigner et un retard dans la réception des soins adéquats une fois que la femme arrive dans un établissement de santé (Thaddeus & Maine 1994).

Souvent, on suppose que le travail d'accouchement se déroulera sans encombre. C'est pourquoi, le personnel soignant laisse les mères accoucher seules. D'autres femmes dans certaines communautés d'Afrique ont peur de se faire soigner; les soins étant réputés pour ne pas être fiables et certaines communautés expriment même la peur de l'*étrange* environnement hospitalier. L'accès financier aux soins est également un problème. Certaines femmes ne consultent du fait des frais exorbitants. Comme indiqué précédemment, la recherche de soins peut s'avérer difficile du fait de la faible qualité des infrastructures de communication (mauvais état des routes, insuffisance des transports en commun). De fait, cela compromet l'accès aux établissements de santé (L. Wall & S. Arrowsmith 2005).

Enfin, pour celles qui arrivent à rejoindre une structure de soins, les problématiques de personnels apparaissent. La plupart du temps, le personnel qualifié n'est pas disponible ou manque de matériel adéquat, et de qualité, pour les soins obstétricaux d'urgence (L. Wall & S. Arrowsmith 2005). Pour ces femmes, des facteurs physiques responsables des fistules obstétricales incluent le travail prolongé au cours de l'accouchement, les accidents survenant au cours de la césarienne, de l'accouchement au forceps, la craniotomie et la symphysiotomie (UNFPA 2009c). Les pratiques traditionnelles néfastes peuvent favoriser l'apparition de fistule chez les femmes. Parmi ces pratiques, on relève la circoncision qui consiste à couper une partie des organes génitaux. En Afrique, on distingue trois formes majeures de cette mutilation génitale féminine : circoncision féminine, « Gishiri cut », et hymenectomie (Mandara 2004; Hassan & Ekele 2009). Les résultats d'une évaluation des besoins réalisée par Engender Health dans les pays de l'Afrique sub-saharienne ont révélé que la pauvreté, le manque de soins qualifiés à la naissance, le manque de soins obstétricaux d'urgence, le manque de transport, les connaissances limitées et la pénurie de prestataires qualifiés pour la réparation de la fistule, la mauvaise intégration des services et la marginalisation des femmes atteintes d'une fistule sont quelques-uns des facteurs qui contribuent au taux élevé de prévalence de la fistule obstétricale dans la région (Cook et al. 2004).



## **1.4 Les conséquences de la fistule**

Les femmes concernées vivent des conséquences sociales, psychologiques, biologiques et économiques de la fistule obstétricale.

### **1.4.1 Les conséquences biologiques**

Les conséquences de la fistule peuvent être les suivantes : l'écoulement permanent des urines et/ou des selles par le vagin, l'endommagement du col de l'utérus ou des os du bassin, des maladies neurologiques comme une lésion du nerf peroneal (la chute du pied), les infections urogénitales, la dermatite ammoniac, des lacérations génitales, les infections rénales et aménorrhée. De plus, dans la plupart des cas, la femme perd son enfant (L L Wall et al. 2001; Hilton 2003).

### **1.4.2 Les conséquences sociales**

Elles sont constamment humiliées et rejetées de l'entourage familial ainsi qu'isolées des événements sociaux de la communauté, ce qui entraîne aussi des difficultés économiques pour les femmes et leurs familles. D'incontinence urinaire et / ou les selles, ces femmes deviennent ostracisées et rejetées par leur communauté (Semere & Nour 2008).

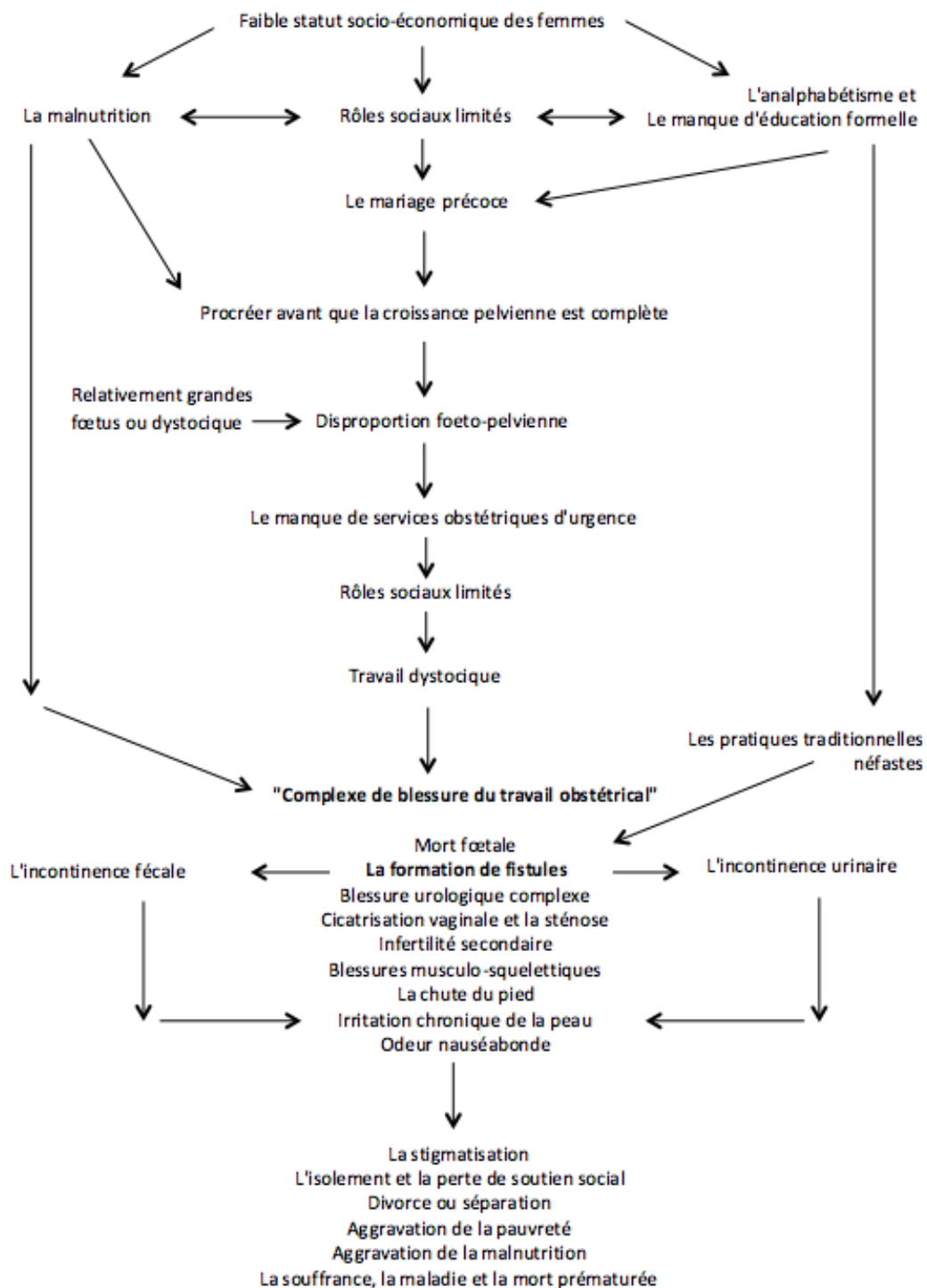
### **1.4.3 Les conséquences psychologique**

Sur le plan psychologique, on constate un risque élevé de dépression et de suicide (L Lewis Wall 2012).

### **1.4.4 Les conséquences économiques**

Sur le plan économique, l'étude de Samanyouga en 2009 a révélé des répercussions négatives de la maladie sur la rentabilité. En effet, la totalité des femmes interrogées ont vu leur économie se réduire considérablement du fait des dépenses occasionnées par la maladie. Ces dépenses allaient de cent mille (100,000 FCFA) à plus de neuf cent mille (900,000 FCFA) pour celles qui ont tenté un traitement traditionnel ou moderne. Les ressources utilisées pour les dépenses provenaient de leurs propres économies, de celles de leurs parents et dans une moindre mesure de celles de leurs maris. Il y a donc épuisement des économies des femmes et la perte de l'emploi. Ce qui les empêcherait de renouveler les dépenses. En effet, 100% des femmes qui avaient pour activité le petit commerce ont toutes abandonné. Economiquement donc, elles sont devenues improductives (Samanyouga 2009, Kouraogo 2013).

## 1.5 Aperçu de la fistule obstétricale <sup>1</sup>



**Figure 3: Aperçu de la fistule obstétricale**

Par la générosité de Worldwide Fistula Fund

<sup>1</sup>Traduit en français pour les fins de la présente étude



atteignait 15, 730,977 habitants, en 2010. La population vit à près de 78% en milieu rural alors que le taux d'urbanisation est de 22%. Avec une population de près de deux millions d'habitants, la région du Centre, qui abrite la capitale administrative (Ouagadougou), est la plus peuplée; elle représente 12% de la population totale du pays. Elle est suivie des régions des Hauts Bassins (11%) et de la Boucle du Mouhoun (10%) (INSD & ICF International 2012). Les femmes représentent environ 51.8% d'une population relativement jeune. En effet, la tranche d'âge de 0 à 14 ans représentant 47.92%. Quant aux femmes en âge de procréer (15-49 ans), elles constituaient 24% de la population totale. (INSD 2007; INSD & ICF International 2012).

Le principal indicateur du niveau d'accès de la population au système éducatif est le niveau de fréquentation scolaire des personnes en âge d'aller à l'école. Au cours de l'EDSBF-MICS IV, des questions relatives à la fréquentation scolaire ont été posées pour toutes les personnes âgées de 5 à 24 ans. Le graphique ci-dessous présente les taux de fréquentation scolaire par âge et par sexe. Il montre que le taux de scolarisation des filles et des garçons augmente globalement jusqu'à l'âge de 11 ans. Bien que les taux de fréquentation scolaire des garçons soient toujours plus élevés que ceux des filles, c'est surtout à partir de 17 ans que les écarts se creusent de manière importante. En effet, à cet âge, seulement 22% des jeunes filles fréquentent encore l'école contre 33% des garçons (INSD & ICF International 2012).

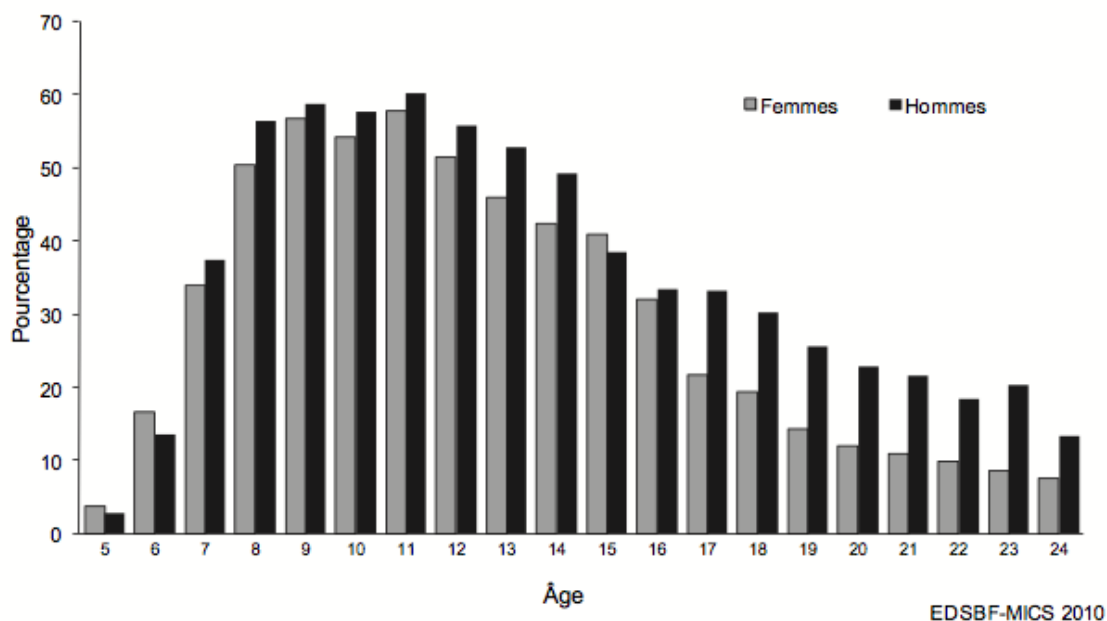


Figure 5: Les taux de fréquentation scolaire par âge et par sexe

Le graphique ci-dessous, illustre que les taux spécifiques de fécondité par groupes d'âges suivent le schéma classique qu'on observe, en général, dans les pays à forte fécondité : une fécondité précoce relativement élevée (130‰ à 15-19 ans), qui augmente très rapidement pour atteindre son maximum à 25-29 ans (269‰) et qui, par la suite, décroît régulièrement pour atteindre 23 ‰ à 45-49 ans. La fécondité des femmes Burkinabées demeure encore élevée puisque chaque femme donne naissance, en moyenne, à 6 enfants en fin de vie féconde. Cependant depuis 1993, le nombre moyen d'enfants diminue : en effet, de 6.9 en 1993, il est passé à 6.2 en 2003 puis à 6.0 en 2011 (INSD & ICF International 2012).

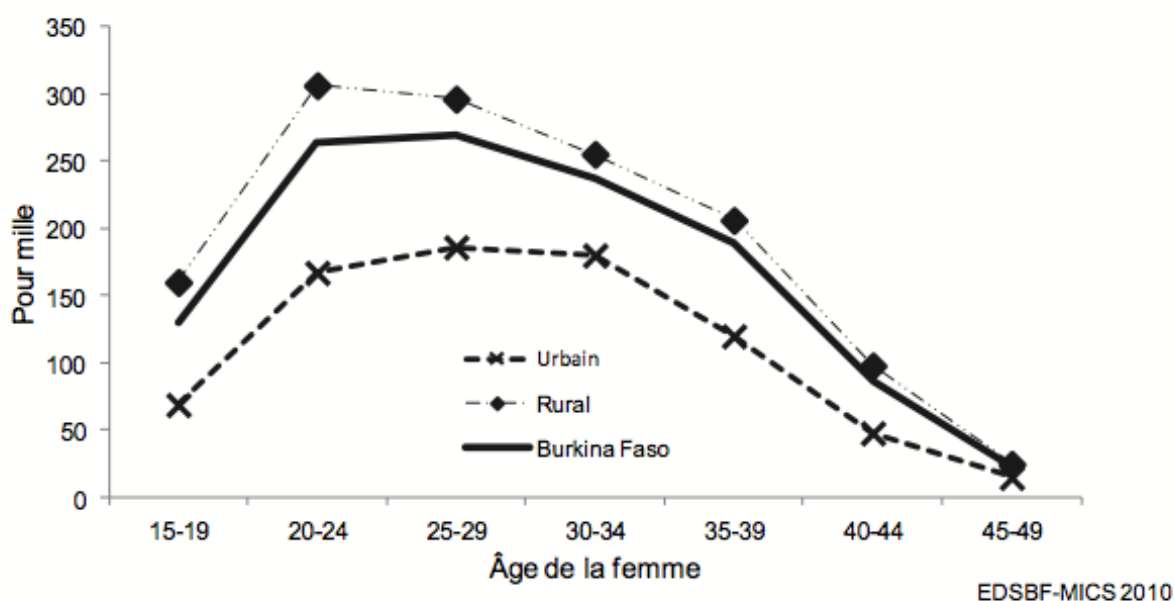


Figure 6: Les taux spécifiques de fécondité par groupes d'âges

La population du Burkina est caractérisée par une soixantaine de groupes ethnolinguistiques. Les Mossi représentent 48.5 % de la population. Les principales langues parlées sont le Mooré, le Dioula et le Fulfuldé. La langue officielle est le Français. Les principales religions sont l'islam (52 %), le christianisme (24.3 %) et l'animisme (23.3 %) (INSD 2007).

L'économie du Burkina est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage. Les produits primaires constituent les premiers produits d'exportation avec près de 90 % de biens d'origine agricole. Le Burkina Faso est un pays pauvre ; 45.3% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, estimé à 72,690 FCFA par adulte et par an. Les femmes sont les plus touchées par cette pauvreté (INSD 2007).

## 2.1.2 L'état de la santé et les indicateurs clés de développement

Indicateurs	Données	Années	Sources
Population totale	15, 730,977	2010	(INSD & ICF International 2012)
Taux d'accroissement annuel	3.1%	2010	(INSD & ICF International 2012)
Taux annuel moyen de croissance du Produit intérieur brut [PIB] (%), 1990 – 2010	2.4%	2010	(UNICEF 2012)
Seuil de pauvreté	43.9%	2010	(INSD 2010a)
Taux d'urbanisation	22 %	1996	(INSD & ICF International 2012)
Espérance de vie à la naissance	55 ans	2010	(UNICEF 2012)
Taux de mortalité infantile	93/1000	2010	(UNICEF 2012)
Taux de mortalité des moins de 5 ans	176/1000	2010	(UNICEF 2012)
Taux de mortalité maternelle, 2008, ajusté	560/100000	2008	(UNICEF 2012)
Taux de mortalité maternelle, 2008, risque de décès maternel sur la vie entière : 1 sur	28	2008	(UNICEF 2012)
Mariage d'enfants 2000-2010, marié à l'âge de 18 ans	48%	2010	(UNICEF 2012)
Indice synthétique de fécondité	6 enfants	2010	(INSD & ICF International 2012)
Age médian du mariage	18 ans	2010	(INSD & ICF International 2012)
Intervalle inter-génésique – médian	34.8 mois	2006	(INSD 2007)
Taux brut de scolarisation	44% (national)	2002	Rapport de mise en œuvre du CSLP, Septembre 2002
Mutilations génitales féminines/excision 1997-2010, prévalence, femmes	73%	2010	(UNICEF 2012)
Taux d'analphabétisme des adultes		2010	(UNICEF 2012)
Hommes	62%		
Femmes	77%		
Indice de développement humain, ajusté aux inégalités	0.226	2012	(PNUD 2013)

**Tableau 1: Les indicateurs clés de développement**

### **2.1.3 Le système de la santé au Burkina Faso**

Sur le plan sanitaire, le Gouvernement a adopté en 2000 une nouvelle politique sanitaire [PSN] (Ministère de la Santé – Burkina Faso 2000) et en 2001 un plan national de développement sanitaire [PNDS] (Ministère de la Santé – Burkina Faso 2001). Ces deux documents de référence reposent sur une vision à la fois multisectorielle et pluridisciplinaire avec la participation de l'ensemble des intervenants des différents niveaux du système de santé : les partenaires au développement sanitaire, les communautés, le secteur privé et la société civile (organisations non gouvernementales, associations, mouvements des droits de l'homme, syndicats, etc.). Le Burkina Faso a également opté pour un système de santé de district dans un processus de décentralisation (Ministère de la Santé – Burkina Faso 2000).

## **2.2 La région sanitaire de la Boucle du Mouhoun**

### **2.2.1 Vue d'ensemble géographique, socio-culturelle et économique**

Ce projet de recherche porte sur la région sanitaire de la Boucle du Mouhoun au Burkina Faso. Cette région est une des 13 régions administratives du Burkina Faso. Située au Nord-Ouest du pays, elle rassemble près de 1, 494,043 habitants soit 11.23% de la population totale du pays avec une densité de 43.31 habitants au km<sup>2</sup>, selon les données de l'étude sur les profils régionaux (INSD 2007). La population de la région en 2009 était 1, 543,113. La capitale de la région est Dédougou. Elle est composée de 6 provinces administratives: Balé, Banwa, Kossi, Mouhoun, Nayala et Sourou. Sur le plan ethnolinguistique, la région se caractérise par une grande diversité. Les ethnies les plus couramment rencontrées sont : les Bwa, les Bobo, les Marka, les Samo, les Mossi et les Peulh. Le Sud et l'Ouest de la région sont réputés pour la production de coton qui génère des revenus substantiels pour les ménages. La pêche et le commerce sont également pratiqués à un moindre degré (INSD 2010b). Le tissu industriel de la Boucle du Mouhoun est faible. Les unités industrielles sont représentées par trois usines d'égrainage de coton à Dédougou, à Solenzo, et à Bondoukuy, une mine d'or à Mana, une unité d'ouvrage en matériaux et matériels à Dédougou et trois unités de transformation de produits agro-alimentaires. L'exploitation artisanale aurifère se fait aussi à Tounou et à Bana (DRS Boucle du Mouhoun 2012).

## La carte administrative de la Boucle du Mouhoun

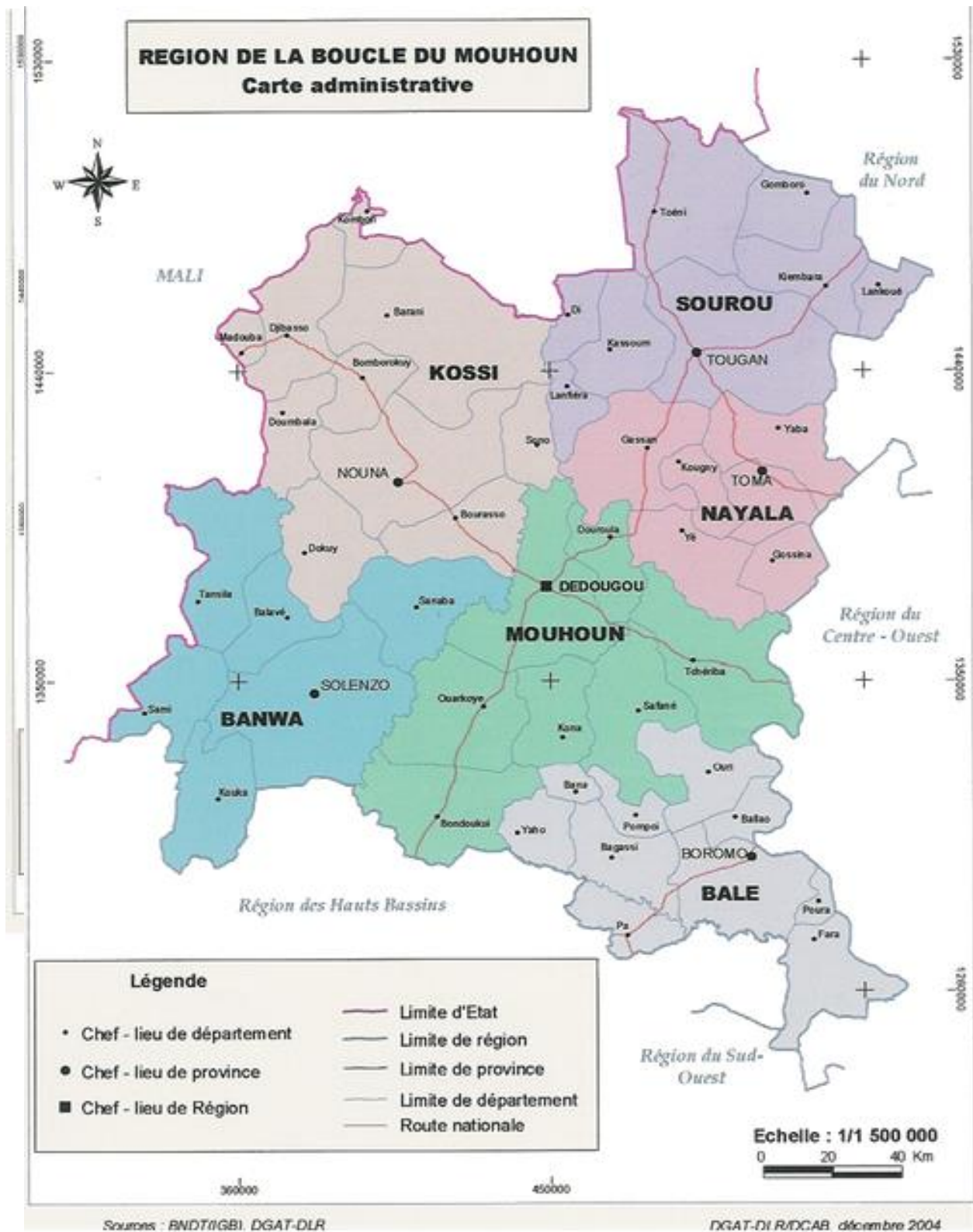


Figure 7: La carte administrative de la Boucle du Mouhoun

(DRS Boucle du Mouhoun 2012)



Le taux brut d'admission (TBA) au niveau de la région en 2009/2010 est de 85.2% comparativement au taux national qui est de 87.6%. Quant au taux brut de scolarisation (TBS), il est de 72.6% par rapport à la moyenne nationale qui est de 74.8%. Ce TBS présente une disparité selon le sexe. En effet il varie de 70.1% pour les filles contre 74.9% pour les garçons. Cette disparité pourrait s'expliquer en partie par les pesanteurs socioculturelles qui privilégient les garçons en matière de scolarisation par rapport aux filles. Le taux d'alphabétisation est de 26.2 % pour la Boucle du Mouhoun tandis qu'il est de 28% au niveau national, ce qui constitue une contrainte majeure à la mise en œuvre des activités de sensibilisation pour le changement de comportement (DRS Boucle du Mouhoun 2012).

### **2.2.2 Boucle du Mouhoun - Le plateau technique sanitaire**

En 2009, pour toute la région, il y avait un Centre Hospitalier Régional, cinq Centres Médicaux avec antenne chirurgicale, 161 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), 13 dispensaires, 2 formations sanitaires privées, 3 formations sanitaires confessionnelles, 27 médecins, 272 infirmiers diplômés d'Etat, 256 infirmiers brevetés, 69 sages-femmes et maïeuticiens d'Etat, 204 agents itinérants de santé (Michel 2010; Ministère de la Santé – Burkina Faso 2010).

### **2.3 District Sanitaire du Boromo**

L'étude mettra particulièrement l'accent sur le district sanitaire de Boromo.

#### **2.3.1 La population et l'état de santé des femmes**

Le district de Boromo comprend 10 départements érigés en neuf communes [Bagassi, Bana, Fara, Oury, Pa, Pompoi, Poura, Siby et Yaho] et une commune urbaine [Boromo] (Lougue & Zan 2009). La population de la district sanitaire du Boromo était de 213,423 habitants (INSD 2007). Cette population réactualisée est estimée à 243,059 habitants en 2011 (INSD & ICF International 2012). Le district sanitaire de Boromo a un indice de fécondité de 6.8 enfants par femme et un espace inter génésique de 2 ans et 8 mois. La densité moyenne est de 53 habitants au km<sup>2</sup> avec un taux de natalité est de 43.7 pour 1000 (District Sanitaire de Boromo 2010). Avec 53,023 femmes en âge de reproduction, il y a 12,153 grossesses attendues et 11,181 accouchements attendus. La mortalité maternelle est de 484 pour 100,000 naissances vivantes (DRS Boucle du Mouhoun 2012; INSD & ICF International 2012).

### 2.3.2 Situation géographique

Le district sanitaire de Boromo couvre une superficie de 4,583 km<sup>2</sup> soit 13.4% de la superficie de la région de la Boucle du Mouhoun. Il est limité au nord par le district sanitaire de Dédougou, l'est par les districts sanitaires de Réo et de Léo, au sud et à l'Ouest par le district sanitaire de Houndé et au sud par le district sanitaire de Dano. La route principale d'Ouagadougou à Bobo Dioulasso passe à travers Boromo et tous les bus desservent ici. La gare et l'infrastructure de service ci-joint sont donc assez développées, mais simples (District Sanitaire de Boromo 2010).

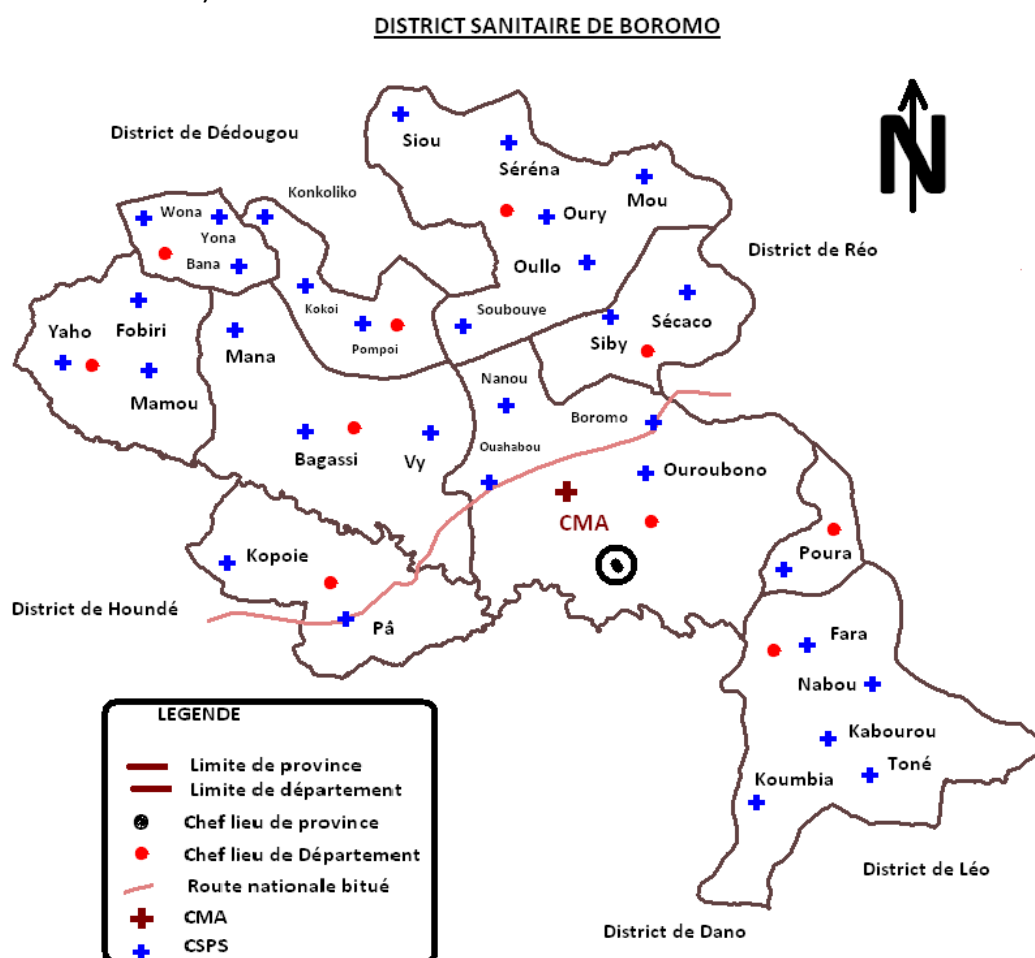


Figure 8: La carte du district sanitaire de Boromo (District Sanitaire de Boromo 2010)

### 2.3.3 Données sanitaires

Boromo est desservie par un hôpital de district - centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) situé dans la ville de Boromo et par 32 centres de santé et promotion sociale (CSPS) de l'EFPC dans les grands villages (Coulibaly et al. 2007; Kouraogo 2013). L'accessibilité globale du district est de 62.92% à moins de 5 km et de 88.79% à moins de 10 km. Quant au rayon moyen d'action, il est de 6.64 km (District Sanitaire de Boromo 2010).

### **3 Situation de fistules obstétricales au Burkina Faso**

#### **3.1 Caractéristiques cliniques des fistules au Burkina Faso**

Au Burkina Faso, dans une enquête de la direction de la santé de la famille, la majeure partie des fistules reçues dans les formations sanitaires étaient urogénitales (89.1%), suivies de recto vaginales (6.7%) et d'uro-recto-vaginales (4.2%). Les lésions associées concernent le rectum (43.5%), l'uretère (17.4%) et les brides (39.1%) (UNFPA & DSF 2004).

Dans 92.4% des cas, la fuite est permanente. La durée de la maladie était de moins d'un an dans 48.5% des cas et de cinq ans ou plus dans 21% des cas. L'âge médian des femmes souffrant de fistules était de 25 ans. 96.3% de ces femmes étaient des femmes au foyer, sans revenus propres (UNFPA & DSF 2004).

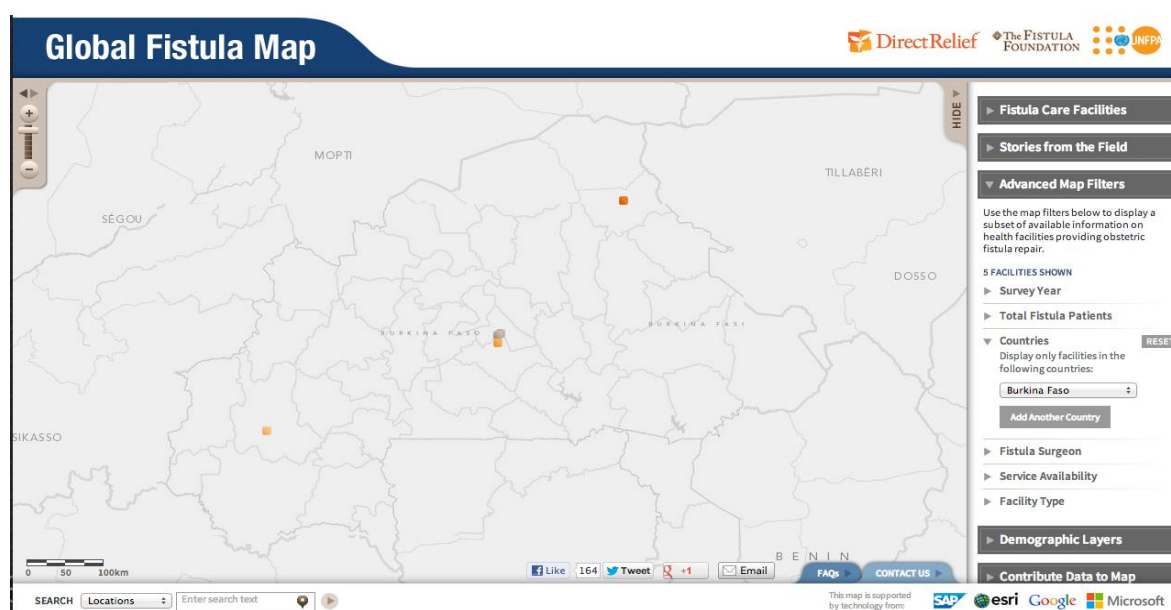
#### **3.2 La prise en charge des fistules au Burkina Faso**

Une étude sur l'analyse de la prise en charge (PEC) des fistules au niveau des services de référence du Burkina Faso note que dans l'ensemble des formations sanitaires de référence (CHU, CHR et CMA), des cas de fistules sont reçus. Les CHU ont contribué pour 41.2%, les CHR pour 26.5% et les CMA pour 58.8% (UNFPA & DSF 2004). Quatre types de structures de soins assurent cette prise en charge (UNFPA & DSF 2004).

1. Les Centres Hospitaliers Universitaires de Bobo-Dioulasso et de Ouagadougou ainsi que les Centres Hospitaliers Régionaux de Fada et de Banfora disposent d'un personnel et d'un plateau technique suffisant pour fournir la prise en charge complète.
2. Le CHR de Dori et les centres médicaux avec antenne chirurgicale de Léo et de Houndé reçoivent des missions chirurgicales d'Allemands qui les appuient pour la réalisation des interventions. A ce niveau les femmes sont rassemblées périodiquement.
3. La troisième forme de prise en charge est assurée par un chirurgien belge résidant au Burkina Faso et concerne les CMA aux alentours de la ville d'Ouagadougou (Ziniaré, Zorgho, Manga, Pô, Boulsa, Barsalogo, Kongoussi).

4. Enfin, le quatrième type de prise en charge est assurée par des ONG qui réalisent directement les interventions (cas de Djibo) ou qui recrutent les femmes et les transfèrent à Tanguiéta (Bénin) pour le traitement (cas de l'association Réadaptation à Base Communautaire des Aveugles et autres Handicapés de Zabré). ACTMC effectué une réparation de la fistule en 2004 (AMCTM 2004). Plus récemment, en 2012, EFE Burkina a réparé environ 20 cas de fistules à CMA Boromo en deux missions chirurgicales (EFE-Burkina 2012).

La carte fistule mondiale (Direct Relief International et al. 2013), publié en février 2012 montre les centres de traitement de la fistule au Burkina Faso. Ces centres sont: Centre hospitalier universitaire Sanou Souro de Bobo-Dioulasso (*Sud-Ouest*), Centre Hospitalier Régional de Dori (*Nord-Est*), l'hôpital national d'Ouagadougou (*Centre*), Clinique Saint Marc (*Centre*) et Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (*Centre*).



**Figure 9: Carte du Burkina montrant établissements qui opèrent la fistule**  
(Direct Relief International et al. 2013)

Il n'existe pas un système structuré de dépistage des cas au sein des communautés et de transfert de ces cas vers les centres de prise en charge (UNFPA & DSF 2004). Les femmes qui sont susceptibles de développer des fistules pour la plupart, vivent en zone rurale, loin des centres qualifiés en soins obstétricaux d'urgence (Balima 2011). Ceux sont les plus pauvres qui sont le plus souvent victimes de ce handicap (Balima 2011).

**Tableau 2 : Les établissements qui opèrent les fistules obstétricales**

Nom d'installation	Cas traités (an 2011)	location	niveau de l'installation	Type de l'installation	Type de service	Plateau technique	Lits Après traitement
Centre hospitalier universitaire Sanou Souro	18	Bobo-Dioulasso	Hôpital General	Gouvernement	Réparation de la fistule est un service routine	2 chirurgiens de la fistule basés en permanence à l'installation	8 lits dédiés aux patientes de la fistule Services Réadaptation / réinsertion disponibles
L'hôpital national de Ouagadougou Yalgado Ouédraogo	39	Ouagadougou	Hôpital General	Gouvernement	Réparation de la fistule est un service routine	5 chirurgiens de la fistule basés en permanence à l'installation	0 lits dédiés aux patientes de la fistule Services Réadaptation / réinsertion disponibles
Clinique Saint Marc	-	Ouagadougou	-	-	-	-	Données de l'enquête fistule n'est pas disponible pour cet établissement
Centre Hospitalier Régional de Dori	151	Dori	Hôpital General	Gouvernement	Réparation de la fistule est un service routine	1 chirurgien de la fistule basé en permanence à l'installation	6 lits dédiés aux patientes de la fistule Services Réadaptation / réinsertion disponibles

(Direct Relief International et al. 2013)

En 2008, un Projet «Appui au programme de lutte contre les fistules obstétricales pour l'amélioration de la sécurité humaine et du bien-être de la population de la région du Sahel» fut lancé. Ce projet qui s'est étalé sur quatre ans a permis non seulement d'opérer deux cent soixante-quatre patientes victimes de fistules, mais aussi d'assurer leur réinsertion sociale. En 2008 également, un « Projet de prise en charge des fistules obstétricales dans le district sanitaire de Boromo 2009 -2012 » fut élaboré (Kouraogo 2013). Le CMA de Boromo prend en charge les fistules obstétricales depuis 2009. La prise en charge est assurée par des missions d'expatriés. La mobilisation des patientes victimes de fistule obstétricale est assurée grâce à deux stratégies : le recrutement par le personnel de la santé et celui fait par l'ARFOD par le biais de sorties de sensibilisation de recrutement et d'orientation des cas. Les actes médicaux, les kits opératoires et les frais d'hospitalisation et d'ordonnance sont totalement pris en charge par les missionnaires. Il en est de même des frais de laboratoire et de radiologie. Le CMA assure un apport en personnel pour la prise en charge et le suivi des patientes (Kouraogo 2013). Tableau 3 montre les nombres de cas opérés et le taux de succès des cas fistuleux à CMA.

**Tableau 3: Rapport synthèse de la PEC des fistules dans le district de Boromo**

<b>Période</b>	<b>Nombre de cas opérés</b>	<b>Succès</b>	<b>Echec</b>	<b>Taux de succès</b>
Octobre 2009	13	10	3	76.92%
Janvier 2010	19	12	7	63.15%
Octobre 2010	14	7	7	50%
Février 2011	16	9	7	56.25%
Novembre 2011	9	4	5	44.44%
Décembre 2011	10	6	4	60%
Janvier 2012	10	6	3	60%
Février 2012	10	7	3	70%
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>61</b>	<b>39</b>	<b>60.39%</b>

Selon le budget présenté par CHR de Dédougou à l'UNFPA pour la dernière campagne de traitement de la fistule obstétricale à l'hôpital en Novembre 2011, le coût estimé pour le traitement d'un cas de fistule obstétricale (y compris indemnités de subsistance, frais interventions, kit opératoire, kit post-opératoire, kit complémentaire, frais hospitalisation, examen de laboratoire, consultation pré-anesthésique, consultation gynécologique et psychiatrique) est 238,658 FCFA (CHR de Dédougou 2011).

### 3.3 La réinsertion des femmes opérées de fistules au Burkina Faso

Malheureusement, les comportements et attitudes de la communauté ne sont pas toujours de nature à encourager ces femmes qui souffrent déjà dans leur être profond (Balima 2011). Elles évoluent dans des milieux socioculturels qui véhiculent des dénominations plutôt péjoratives sur la maladie. En effet, les expressions «*Kaodgo*» chez les Mossi, «*Daari Zeiman*» et «*Sosana bo yaare*» en langue Bissa, désignent toutes l'idée de souillure par l'incontinence de la femme fistuleuse (Balima 2011).

Quant aux peuls, la dénomination de la maladie des fistules en langue locale renseigne sur la conception populaire de l'origine de la maladie en rapport avec l'accouchement. Les notions «*Natoudo*» et «*Deboma eougougou bonni*» évoquent les connaissances empiriques de la maladie qui renvoient à la notion de maladie naturelle ou maladie de Dieu. La souffrance vécue par ces femmes est vue comme une punition divine donc normale et légitime. Hormis le rejet communautaire, ces femmes courent également le risque d'être délaissées par leurs époux ou obligées de divorcer. Même l'entourage et la famille de ces femmes ne sont pas toujours prêts à tolérer et accepter leur situation pathologique (Balima 2011).

Selon une étude qui a mené par Salam Kouraogo sur la réinsertion de femmes fistuleuses, il y a des conséquences de la difficulté des patients fistuleuses dans la société (Kouraogo 2013).

**Tableau 4: Les conséquences de la difficulté des patients fistuleuses dans la société**

Comportement /attitude	Pendant la maladie		Après la maladie	
	N	%	N	%
Evite le mari	19	86%	2	9%
S'isole de l'entourage	18	82%	0	0%
Evite les événements publics	20	91%	1	5%
Pleurs	17	77%	1	5%
Idée de suicide	9	41%	0	0%
Tentative de suicide	4	18%	0	0%
Honte	22	100%	1	5%
Tristesse	17	77%	1	5%
Dépression	6	27%	0	0%
Colère	22	100%	4	18%

Ce résultat montre que pendant la maladie, la presque totalité des femmes évite le mari, les événements publics et s'isole de l'entourage. Toutes les femmes ont honte de leur état et sont en colère. La raison qu'elles évoquent est la crainte d'être humiliée, stigmatisée et le souci de ne pas gêner les autres (Kouraogo 2013).

Samanyouga a trouvé que pendant la maladie, 22.73% des victimes affirment être rejetées contre 45,45% qui disent être assistées (Samanyouga 2009). Dans la recherche de Kouraogo, le résultat montre que 32% des victimes affirment qu'elles sont rejetées contre 23% qui disent être assistées par l'entourage pendant la maladie. Selon le résultat de cette enquête, 64% des femmes disent avoir été rejetées par le mari pendant la maladie et dix 45% des femmes affirment que leurs maris se sont remariés (Kouraogo 2013).



#### **4 Justification du projet de recherche**

Le gouvernement a mis en place, avec l'appui d'organismes internationaux, d'organisations non gouvernementales, de la société civile et d'organisations confessionnelles, des politiques pour réduire le taux de fistules obstétricales au Burkina-Faso. Parmi ces initiatives, on relève un projet dans le district Dori dans le Nord, et les campagnes chirurgicales organisées par les missions européennes, allemandes, canadiennes etc. (FCI 2012; SEMAFO 2011; UNFPA 2009a). Néanmoins, la tâche est encore prégnante pour éradiquer cette maladie (UNFPA 2009c), dont la prévalence et l'incidence restent élevées, notamment dans les communautés rurales (AMCTM 2004).

Au Burkina Faso, la fistule reste un gros problème, comme la plupart de pays en Afrique Sub-Saharienne (FCI 2013; Tebeu et al. 2012). Selon l'annuaire statistique de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) pour l'année 2002, l'incidence des fistules obstétricales au Burkina, au niveau des consultations externes est estimée à 6 p. 10,000. Pour la même période, les fistules obstétricales ont représenté 3.6 p. 10,000 hospitalisations (Paris 21 2004).

La présence d'accoucheurs qualifiés (sages-femmes) est considérée comme primordiale dans la prévention des décès maternels (UNFPA 2011a). En réalité, ces professionnels ne sont soit pas assez nombreux, soit absents dans certaines communautés rurales. De même, c'est dans la ruralité que les croyances culturelles sont les plus enracinées. Corrélativement, peut-être, on y observe également les taux les plus élevés de grossesses chez les adolescentes, les taux les plus élevés de mutilations génitales féminines et les pourcentages les plus élevés de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté par rapport aux milieux urbains. Pourtant, ce sont des stratégies similaires qui sont utilisées pour lutter contre la fistule obstétricale dans les zones rurales et urbaines. Cette étude propose une hypothèse selon laquelle une réponse adaptée à la ruralité est nécessaire pour engager ces communautés et réaliser les engagements du gouvernement dans la réduction de la fistule obstétricale au niveau national.

La recherche se concentre également sur le volet de la prévention de la fistule obstétricale. Bien qu'elle soit probablement le moyen le plus rentable d'éliminer les fistules, le gouvernement et les organismes n'ont pas beaucoup mis l'accent sur celle-ci. Dans un rapport plus récent, Slinger Gilian a remarqué qu'il y a autant d'emphase sur le volet de la prise en

charge, probablement en raison d'un trop grand nombre de cas recensés. Alors que le traitement des fistules aborde certainement le problème, la prévention des fistules, d'autre part, bien que souvent très difficile, traite en fait les causes (Slinger 2011). C'est la raison pour laquelle cette recherche est cruciale, surtout à une époque de récession économique, où les pays développés réduisent l'aide aux pays en voie de développement, et un moment où il y a un besoin croissant de ressources disponibles dans les pays en développement à savoir l'argent, la main-d'œuvre et les machines. Une des externalités positives de travailler sur ce projet, c'est qu'il va contribuer à la réduction des taux de mortalité maternelle dans le long terme (OECD 2013).

Outre le fait que la Boucle du Mouhoun a beaucoup de cas de fistules et beaucoup restent non-dépistées. 76 cas de fistules obstétricales ont été opérés entre Octobre 2009 et Décembre 2011 (ARFOD 2011; EFE-Burkina 2012). Etant donné que la région possède également l'un des taux de fécondité le plus élevé au Burkina Faso justifie d'autant plus la pertinence de cette recherche. Les taux globaux de fécondité vont de 214.1‰ à 241.5‰, selon les provinces. L'indice de fécondité est de 7.3 (DRS Boucle du Mouhoun 2012). Les pratiques néfastes à la santé telles que le lévirat, les mutilations génitales, le mariage précoce persistent dans toute la région en dépit des multiples campagnes de sensibilisation (DRS Boucle du Mouhoun 2012). Donc, Il y a une proposition pour conduire un programme pilote de la fistule obstétricale dans la région. Cette recherche fait partie d'un grand ouvrage visant à planifier un programme pour intégrer la population rurale et urbaine de la région du Boucle du Mouhoun dans un programme de fistule allant de 2014 à 2018. Plus précisément, cette recherche s'inscrit dans le cadre de l'analyse de la situation pour le projet.

Le district sanitaire de Boromo a été choisi parce qu'il a les deux sites: zones urbaines et rurales (Lougue & Zan 2009). Deuxièmement, c'est le site du CMA, qui a opéré les 76 patientes fistuleuses depuis Octobre 2009 à Décembre 2011 (Kouraogo 2013).

## 5 Position du chercheur

Dans le cadre de cette étude, ma position se situe entre être un étranger et un initié. Dans le contexte du Burkina Faso, je suis un étranger, mais je ne suis certainement pas étranger au contexte et à la question de l'intérêt. J'ai travaillé pendant deux ans dans le secteur de la santé au Nigeria, et j'ai travaillé dans le nord du Nigeria - zone où les fistules obstétricales sont très fréquentes (situation quasiment similaire à celle du Burkina-Faso). Cela me permet de mieux comprendre le contexte culturel dans lequel l'enquête sera conduite.

En outre, mon expérience professionnelle en tant que médecin, et même mon intérêt particulier pour la santé maternelle, me donne aussi un aperçu clair sur les questions qui concernent la fistule obstétricale.

J'ai aussi une compréhension claire de la mise en œuvre des programmes en Afrique, acquise lors de travaux de coordination de programmes de santé pour une ONG internationale. Cela dit, je suis, un chercheur étranger et non un initié du cercle des décideurs nationaux, au sens strict. Cela me permettra également d'être en mesure d'analyser objectivement la situation, afin de s'assurer que la situation réelle est présentée (Walt et al. 2008).

Pour mieux comprendre la situation au Burkina Faso, j'ai aussi mis à jour mes connaissances avec les particularités du système de soins de santé burkinabè avant le début de cette recherche. Cela me met dans une meilleure position pour interpréter les réalités contextuelles au sein du système de soins de santé.

## **6 Hypothèses et objectifs de la recherche**

Ce projet de recherche vise à étudier l'impact des programmes nationaux sur la réduction des taux de fistule obstétricale, mis en œuvre entre 2004 et 2012 dans la région de la Boucle du Mouhoun. Ce projet vient en appui et justification d'un projet de prévention et prise en charge spécifique pour le milieu rural au Burkina Faso.

### **6.1 L'hypothèse de recherche**

- La «prévalence de connaissance» parmi la population des jeunes femmes de la région de Boucle du Mouhoun est faible. Elle est inférieure dans les zones rurales par rapport aux zones urbaines.

### **6.2 Les objectifs**

1. Identifier les facteurs déterminants contextuels qui ont favorisé le maintien de l'incidence de la fistule obstétricale au Burkina Faso.
2. Effectuer un examen des approches de prévention de la fistule obstétricale décrite dans la littérature.
3. Résumer les approches utilisées ou envisagées et les résultats démontrés concernant la prévention des fistules obstétricales, à partir de la documentation disponible au Burkina Faso notamment les documents de politiques de santé, de planification des projets, des budgets, des rapports et d'évaluation des programmes précédents.
4. Estimer la prévalence de connaissances par rapport à la fistule obstétricale parmi les adolescentes âgées de 18 à 20 ans, en comparant des communes urbaines et rurales au sein des départements de Boromo.
5. Emettre des recommandations pour les futurs programmes de lutte contre la fistule obstétricale dans la population rurale du Burkina Faso, en direction des responsables du développement des politiques nationales, des organismes chargés de la mise en œuvre et la gestion de projets, et des bailleurs de fonds.

## **7 Méthodologie**

Une méthode mixte a été utilisée. Les données quantitatives primaires ont été collectées pour évaluer les connaissances sur la fistule obstétricale chez les femmes de la communauté. Il s'agit effectivement d'une étude transversale descriptive, ce qui consisterait à comparer les connaissances des jeunes filles (âgés de 18 à 20 ans) sur la fistule obstétricale dans les zones urbaines et rurales. Ceci a été soutenu par la revue de la littérature et des documents politiques sur la fistule obstétricale.

### **7.1 Revue de la littérature**

Utilisation des dépôts périodiques telles que MEDLINE<sup>®</sup>, PROQUEST<sup>®</sup>, Google Scholar<sup>®</sup> et le service documentaire de l'EHESP, une revue de la littérature existante sur la prévention de la fistule obstétricale, en particulier dans les pays en développement a été effectuée.

La revue a été effectuée entre Novembre 2012 et Avril 2013. Elle a été focalisée sur les facteurs déterminants contextuels qui ont favorisé la persistance de la fistule obstétricale et sur la prévention de la fistule obstétricale. Les termes de recherche s'incluent : «fistules obstétricales», «les facteurs déterminants», «persistance de la fistule obstétricale», «incidence», «prévention», «stratégies de prévention », «efficacité » et «cout-efficacité». La revue a été dans la région de l'Afrique sub-saharienne, excluant l'Asie et les autres continents. En outre, sauf les documents classiques, tous les journaux avant 2000 ont été exclus aussi. L'année 2000 a été choisie afin de capturer des stratégies qui ont été utilisés dans et autour de la période où Burkina Faso mis en œuvre l'élaboration du programme de lutte contre les fistules obstétricales 2004 – 2008 (UNFPA 2009c) en 2004, ainsi que des stratégies plus récentes utilisées actuellement.

### **7.2 Revue de documents politiques**

Ont été également examinés des documents de politiques, de planification, des budgets, des évaluations et des rapports de projets, des déclarations de position, des conventions et des lois afin d'extraire et d'analyser l'information pertinente. Une liste de tous les documents de politique examinées dans cette étude peuvent être consultés dans l'annexe H.

L'objectif de cette partie est d'évaluer les politiques qui ont été mises en place par le gouvernement, avec le but de lier les objectifs de la politique aux résultats obtenus, en utilisant une analyse documentaire. En plus, cette partie se concentre sur les programmes qui ont été effectués par les organismes d'UNFPA et des ONG. La recherche pour trouver les parties prenantes clés et les politiques ont été influencé par les communications avec les experts burkinabés qui ont travaillé sur la fistule obstétricale pendant des années. Cela inclut Dr Amedée Prosper Djeguemdé (Directeur Général de la santé de la famille, Burkina Faso - le département qui s'occupe de la coordination des programmes de fistules obstétricales au Burkina Faso), Dr Aimé Senge Sanon (Chef Urologue, Centre Régionale Hospitalier, Dédougou – qui a opéré plusieurs patientes fistuleuses et un membre de l'équipe de la FNUAP qui s'occupe de la prise en charge de fistuleuses au Burkina Faso), Dr Aboubacar Siribie (Médecin Chef du district, CMA Boromo – un hôpital qui opère plusieurs des patients fistuleuses) et M. Salam Kouraogo (le Président de l'Association pour la Recherche la Formation et le Développement – une association qui fait la mobilisation des patientes victimes de fistule obstétricale).

Certains des documents étudiés ont été reçus de ces experts, tandis que d'autres documents ont été trouvés sur Internet, après une recherche sur le site Google, surtout les rapports des ONG. La revue de documents politiques a été effectuée pendant six mois, entre Novembre 2012 et Avril 2013. En fait la revue a été focalisée sur le Burkina Faso. Tous les documents ont été examinés avec une emphase sur les indicateurs des programmes, les objectifs et les résultats réalisés, l'appropriation financière et les outils de suivi et d'évaluation utilisés, afin de donner une meilleure image globale du travail effectué pour réduire la fistule obstétricale dans le pays. Les conventions et les lois qui ont guidé le dispositif des fistules obstétricales ont été trouvées et ont été étudiés pour la progression de l'état à achever le but, la situation actuelle et les perspectives d'amélioration. L'examen a été centré autour des grands facteurs de risque de fistule obstétricale, y compris: l'espacement des naissances, les mariages précoces, l'éducation des femmes, les mutilations génitales féminines et le soutien des accoucheurs qualifié pendant la grossesse. Ces facteurs ont été choisis parce qu'ils ont été identifiés comme les principaux facteurs de risque qui conduisent à des fistules obstétricales (Tebeu et al. 2009). C'est encore plus vrai au Burkina Faso, où ces facteurs ont été identifiés comme des facteurs de risques majeurs (UNFPA 2009c).

### 7.3 Enquête sur la prévalence des connaissances

Un échantillonnage par sondage en grappes a été réalisé dans le unique secteur urbain à Boromo et les 9 secteurs ruraux à Boromo. La taille d'échantillon requise a été estimée sur STATA SE 12.1, ciblant une puissance de 80% et une erreur  $\alpha$  de 0.05 pour la comparaison de prévalence dans chacune des deux groupes (Boromo rural et Boromo urbain) à une prévalence hypothétique considérée comme « suffisante ». Idéalement, la connaissance doit être de 100% répandue, mais cette étude se penchera sur la prévalence des connaissances 80% comme « suffisamment prévalent ». La taille d'échantillon a été estimée afin de pouvoir décrire de façon significative une différence de 20% à cette prévalence « suffisante » (donc une prévalence observée de 60% ou inférieure). Ces deux proportions ont été utilisées pour générer taille de l'échantillon, avec un effet de grappe = 2. Supposition faite pour estimer « $\rho$ »: les grappes seront semblables au sein de chaque échantillon, afin de se rapprocher valeur à "1". Ainsi,  $n = 24$  sont nécessaire pour chaque groupe, soit 48 en tenant compte de l'effet de grappe. Ainsi, la taille minimale de l'échantillon totale est égale à 96.

La mise en œuvre de l'échantillonnage suit une méthodologie utilisée dans des études de prévalence de portage méningococcique en milieu rural et urbain autour de Bobo-Dioulasso (Mueller et al. 2006; Mueller et al. 2011).

Pour Boromo urbain,

- a. les grappes de premier degré étaient 3 carrefours de la zone identifiés de façon aléatoire comme points de départ. Pour cela, après numération des carrefours sur les plans du cadastre, 3 chiffres ont été tirés au sort. Ceci a effectué par le chercheur principal et le chercheur associé au Burkina Faso.
- b. 50 concessions, grappes de deuxième degré, ont été identifiées de façon aléatoire. La démarche pour identifier les concessions à visiter à partir des points de départ était la suivante : faire tourner un stylo sur le cahier posé à plat, progressé dans la direction indiquée, entré dans la deuxième concession rencontrée ; cette concession était sur le côté gauche si la route est construite de façon dense. En cas d'absence de personne éligible dans la concession, on a continué vers la concession suivante, toujours en privilégiant le côté gauche de la rue. Ceci a été effectué par les enquêteurs.
- c. Dans chaque concession, une seule personne a été incluse par les enquêteurs.

Pour Boromo rural,

- a. les grappes de premier degré étaient 3 des 9 départements administratives identifiés de façon aléatoire. Ceci a été effectué par le chercheur principal et le chercheur associé au Burkina Faso.
- b. A partir d'un chef-lieu des départements, des villages ont été identifiés de façon aléatoire. La démarche pour identifier les villages à visiter à partir des points de départ était la suivante : faire tourner un stylo sur le cahier posé à plat, progresser dans la direction indiquée, entrer dans le deuxième village rencontré ; ce village était sur le côté gauche si la route est construite de façon dense. En cas d'absence de personne éligible dans le village, on a continué vers le village suivant, toujours en privilégiant le côté gauche de la rue. Ceci a été effectué par les enquêteurs.
- c. Dans chaque village, une seule personne a été incluse par les enquêteurs.

Dans chaque concession (Boromo urbain) et village (Boromo rural), une fille parmi les filles résidante, présentes et âgées entre 18 et 20 ans a été tirée au sort (par des bouts de papier portant le nom) et invitée à participer à l'étude.

Des questionnaires semi-structurés (Annexe C) ont été réalisés avec un échantillon représentatif de femmes âgées de 18 à 20 ans résidentes dans les communes ciblées, afin d'évaluer leurs connaissances en ce qui concerne la fistule obstétricale. Les questionnaires pré-testés, ont été administrés par des enquêteurs féminins. Les données ont été rendues anonymes. L'analyse a comparé la prévalence de connaissances dans le milieu rural de Boromo et dans le milieu urbain de Boromo. Le questionnaire prend également l'opportunité de poser des questions liées à l'attitude et la pratique.

Afin de déterminer si l'instrument choisi est clair et sans ambiguïté et pour s'assurer que l'étude proposée a été bien planifiée conceptuellement, une étude pilote a été menée avant l'étude principale, portant sur 5 volontaires. Des échantillons de l'étude pilote ont été exclus de l'étude principale. Suite à l'étude pilote, des modifications à l'instrument de mesure ont été apportées afin de simplifier la langue du questionnaire, ce qui a facilité la compréhension des répondants. Le questionnaire était en langue française. Traductions dans les langues locales (Djoula et Mossi) ont été préparées au cours de la formation des assistants. Ces versions ont également été testées sur 5 volontaires.



Le recrutement a été effectué sur place dans le foyer des enquêtées. Cela est essentiel en raison de la situation particulière des filles vivant au Burkina Faso. Il est essentiel d'avoir le soutien du chef de la famille avant de participer à la recherche de la nature sensible. Seuls les assistants de recherche femmes qui ont fait partie de la recherche précédente ont été recrutés. Ces assistants de recherche ont été ensuite formés sur l'administration de questionnaires.

Des questionnaires ont été administrés à l'air libre, devant la maison des enquêtées et pas dans les maisons. Cela garantit également la sécurité de l'assistant de recherche. Fiche d'information et de consentement éclairé a été servi au participant. Le participant a eu suffisamment de temps (temps de lecture estimé pour ces deux documents est de 30 minutes) pour lire la fiche d'information, le consentement éclairé. Si la participante accepte d'être recrutée dans l'étude, elle a eu un minimum de 1 heure pour décider si elle veut participer ou non. Les enquêteurs (assistants de recherche) ont rempli tous les questionnaires. Cela a été fait, afin de réduire le biais des résultats, d'autant plus qu'il y avait beaucoup de participants analphabètes. Ces participants qui ont besoin d'une plus longue durée, les assistantes de la recherche ont laissé les numéros de téléphone par lesquels elles peuvent joindre l'équipe de recherche, si elles décident de participer pendant la période de l'enquête. Toutes les activités relatives à l'administration du questionnaire suivi une procédure opérationnelle standardisée (Annexe D).

Le questionnaire a été utilisé pour évaluer la connaissance des participants. La «*connaissance*» dans cette étude a été définie comme «*la conscience des facteurs de risque, les symptômes et les sources possibles d'aide dans le cas de la fistule obstétricale.* » Le questionnaire test quatre aspects essentiels de connaissances. Tous les aspects ont un poids égal. En utilisant le format structuré à choix multiples "vrai / faux" et le format d'une bonne réponse questions ont été posées dans chaque aspect. 50% (2 sur 4) et plus ont été classés comme «participants bien informés », tandis que ceux avec un score inférieur à 50% ont été classés comme «participants pas bien informés ». La proportion de « participants bien informés » a été la «prévalence de la connaissance» estimée dans la population.

Basé sur leurs réponses, les adolescentes ont été classées dans l'une des deux catégories:

- «Informé» (elle a obtenu 50% ou plus du score global) et
- «Non informé» (elle a obtenu moins de 50% de la note globale)

**Tableau 5: Les questions ont testé le niveau de connaissance**

<b>Aspects</b>	<b>Note/question</b>
<b>Facteurs associés à la fistule obstétricale</b>	<b>1</b>
- les grossesses précoces	0.125
- les accouchements à domicile	0.125
- les mutilations génitales féminines	0.125
- les génies	0.125
- violation d'un interdit	0.125
- le travail prolongé	0.125
- Mauvais sort	0.125
- la malnutrition de la mère	0.125
<b>Symptômes de la fistule obstétricale</b>	<b>1</b>
- miction en continu	0.2
- émission de selles provenant du vagin	0.2
- sommeil en continu	0.2
- douleur à l'estomac	0.2
- irritation de la vulve	0.2
<b>Durée du travail normal</b>	<b>1</b>
<b>Source de soins obstétricaux d'urgence</b>	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>4</b>

STATA™ SE 12.1 a été utilisé pour l'analyse quantitative, comparant les données des deux groupes de l'enquête: un groupe dit « rural », ainsi qu'un autre dit « urbain ». Les proportions de chaque groupe ont été rassemblées et un  $X^2$  test statistique a été effectuée pour déterminer s'il existe une différence statistiquement significative (seuil de  $P < 0.05$ ) entre les groupes, par rapport aux critères de jugement principaux (connaissances et sensibilisations) et de caractéristiques de participants (niveau d'éducation scolaire, statut marital et grossesse précédente).

### **7.3.1 Le démarche éthique**

L'autorisation éthique a été demandée par le comité d'éthique de la faculté de l'Université de Sheffield (Annexe E), ainsi que par l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, du Centre national de la recherche scientifique et technologique (CNRST) du Burkina Faso et du Comité national d'Ethique pour la recherche en santé (CERS) du Burkina-Faso. Seules les adolescentes majeures, âgées de 18 au 20 ont été incluses dans la base de sondage, afin de réduire les défis

éthiques. Beauchamp et Childress identifient quatre principes fondamentaux moraux: l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et de la justice (Beauchamp & Childress 2001). Ces principes fondamentaux ont formé le socle éthique sur lequel cette recherche a été effectuée. Tous les efforts pour faire respecter la dignité des participants, de préserver l'anonymat, la confidentialité et la protection contre les dommages psychologiques ont été rassemblés. La participation a été volontaire et anonyme.

Toute participante qui accepte de participer à la recherche a été munie d'une fiche d'information (Annexe A) et d'un formulaire de consentement informé (Annexe B), qui détaillent le but de la recherche, les attentes du participant, les procédures pour remplir les questionnaires, les risques potentiels, l'inconfort et les problèmes de vie privée et de confidentialité. Les participantes ont eu la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment. Pour les répondantes analphabètes, les enquêteurs indigènes ont traduit le questionnaire à leur disposition dans la langue respective.

Tous les enquêteurs ont été formés sur la collecte de données afin d'assurer la qualité des données et l'intégrité éthique de la recherche. Des assistantes de recherche de sexe féminin ont été également sollicitées pour la collecte des données, en raison de la sensibilité du sujet de recherche. Toutes les informations recueillies sur les données à caractère personnel au cours de la recherche ont été strictement confidentielles. Les noms des participantes ont été codés et l'anonymat maintenu. Les données brutes ont été stockées en toute sécurité pendant une période de temps appropriée selon les exigences du comité d'éthique relatif à la sécurité des données.

## 8 Résultat

### 8.1 Approches à la prévention de la fistule obstétricale – Résultats de la revue de littérature

Pour systématiser la présentation des résultats de cette revue de la littérature, je propose dans le suivant que les stratégies de prévention puissent être classées en deux catégories, chevauchement permettant:

- *Stratégies basées sur la population (comportement et facteurs de risque)*
- *Stratégies basées sur le système des soins (accessibilité, offre d'interventions effectives)*

Un article récent a utilisé la matrice de Haddon, un outil standard pour l'analyse du dommage, afin d'examiner les facteurs qui influent sur la formation de la fistule obstétricale dans les pays à faibles ressources (L Lewis Wall 2012). Construction d'une matrice de Haddon a proposé un "grand angle" vue d'ensemble de ce problème tragique clinique. L'analyse suggère que les stratégies les plus efficaces à court terme pour la prévention des fistules obstétricales impliqueraient : surveillance renforcée du travail d'accouchement, améliorer l'accès aux services obstétricaux d'urgence (en particulier accouchement par césarienne), la fourniture de soins médicaux compétents pour les femmes pendant et après le travail dystocique. Cette article propose que les stratégies à long terme pour éradiquer la fistule obstétricale doivent inclure l'amélioration de l'accès aux services de planification familiale, l'augmentation de la scolarisation des filles et des femmes, le développement économique communautaire et l'équité entre les sexes améliorée (L Lewis Wall 2012).

Les stratégies basées sur la population correspondent aux stratégies à long terme proposées par Wall L., tandis que les stratégies basées sur le système de la santé correspondent aux stratégies à court terme. Ces stratégies à long terme sont moins chères et plus durables(L Lewis Wall 2012). Beaucoup d'emphase est mis sur les stratégies basées sur le système de santé, qui sont en réalité trop chers et ont toujours besoin du soutien des bailleurs de fonds internationaux (Slinger 2011).

**Tableau 6: Les stratégies de la prévention de la fistule obstétricale**

Prévention de la fistule obstétricale	
Stratégies basées sur la population	Stratégies basés sur le système de la santé
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La promotion de la pratique de l'espacement des naissances</li> <li>• Le soutien des accoucheurs qualifiés pendant la grossesse</li> <li>• Promotion de l'éducation des filles</li> <li>• Retarder le mariage précoce</li> <li>• Sensibiliser les communautés locales sur les facteurs culturels, sociaux et physiologiques qui conditionnent et contribuent au risque de fistule</li> <li>• Réduire la malnutrition et la pauvreté</li> <li>• Réduire les inégalités entre les sexes</li> <li>• Réorientation culturelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'accessibilité, la disponibilité et la fourniture de soins obstétricaux d'urgence</li> <li>• Former et charger les infirmières et sages-femmes locales pour effectuer les césariennes d'urgence</li> <li>• Offrir gratuitement des césariennes aux femmes</li> <li>• La fourniture d'hôpitaux bien équipés pour soigner les urgences obstétricales</li> <li>• Améliorer l'accès à la planification familiale</li> </ul>

### 8.1.1 Stratégies basées sur la population

Il s'agit notamment de la promotion de la pratique de l'espacement des naissances, le soutien des accoucheuses qualifiées pendant la grossesse et à l'accouchement faciliter l'accès à l'éducation des femmes et à retarder le mariage précoce. Prévention de la fistule implique également des stratégies pour sensibiliser les communautés locales sur les facteurs culturels, sociaux et physiologiques qui conditionnent et contribuent au risque de fistule (Capes et al. 2011). L'une de ces stratégies implique l'organisation de campagnes de sensibilisation au niveau communautaire pour informer les femmes sur les méthodes et les soins pendant la grossesse et le travail. En outre, la lutte contre les facteurs de risques secondaires tels que la malnutrition et la pauvreté peut aussi être utile pour réduire les nouveaux cas de fistules obstétricales (UNFPA 2010a; Capes et al. 2011). Promotion de l'éducation des filles est également un facteur clé de la prévention de la fistule dans le long terme (Capes et al. 2011). Les anciennes patientes agissent souvent comme des «défenseurs des fistules communautaires» ou «Ambassadeurs de l'Espoir», une initiative patronnée par l'UNFPA, d'éduquer la communauté (UNFPA 2011b). Ces anciennes patientes aident les patientes actuelles, enseignent aux mères enceintes, et dissipent les mythes culturels que la fistule obstétricale est provoquée par l'adultère ou les mauvais esprits (Wegner et al. 2007). Les

programmes sont en place au Kenya, au Bangladesh, au Nigeria, au Ghana, en Côte d'Ivoire et au Libéria (UNFPA 2011b). Accroître les possibilités pour les femmes - y compris l'accès aux services de santé - en s'attaquant aux inégalités entre les sexes. Réorientation culturelle pour les communautés ayant des traditions favorisant accouchement à domicile sans assistance, l'utilisation des accoucheuses traditionnelles non qualifiées et de pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines et le mariage des enfants sont aussi des stratégies proposées. (WHEC 2013).

### **8.1.2 Stratégies basées sur le système de la santé**

Les mesures comprennent la disponibilité et la fourniture de soins obstétricaux d'urgence ainsi que les césariennes rapides et sûres pour les femmes dans la dystocie. En raison de l'insuffisance des accoucheuses qualifiées, certains pays ont été formés et utilisés infirmières et sages-femmes locales pour effectuer les césariennes d'urgence pour prévenir le risque d'un accouchement vaginal pour les jeunes mères qui ont un pelvis sous-développés (McKinney 2006). Les sages-femmes situées dans les communautés locales où la fistule est répandue ont contribué à la promotion des pratiques de santé qui aident à prévenir le développement futur des fistules obstétricales (Capes et al. 2011). Les ONG ont également collaboré avec les gouvernements locaux, comme le gouvernement du Niger, pour offrir gratuitement des césariennes, plus prévenant l'apparition de fistules obstétricales. D'autres stratégies comprennent la fourniture d'hôpitaux bien équipés pour soigner les urgences obstétricales et améliorer l'accès à la planification familiale (Capes et al. 2011).

## **8.2 Revue de documents politiques**

Cette partie se penche sur les travaux de l'UNFPA et des ONG sur la fistule obstétricale au Burkina Faso. Elle explore également les politiques gouvernementales relatives à la prévention de la fistule obstétricale, tout en également examinant les programmes mis en œuvre et/ou coordonnés par le gouvernement. Le gouvernement a mis en place, avec l'appui d'organismes internationaux, d'organisations non gouvernementales, de la société civile et d'organisations confessionnelles, des politiques pour réduire le taux de fistules obstétricales au Burkina-Faso (FCI 2012; SEMAFO 2011; UNFPA 2009a).

Pour cette partie, l'étude s'est concentrée sur des travaux antérieurs par le gouvernement et autres parties prenantes. Cette analyse es politiques sera utile dans la conception des programmes futurs.

### **8.2.1 Les travaux de l'UNFPA**

Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre dans le passé au Burkina Faso. L'UNFPA a travaillé depuis 2006 à réduire la prévalence et l'incidence des fistules au Burkina Faso, en particulier dans le 6<sup>ème</sup> programme de coopération [2006 – 2010] (UNFPA 2009b), et dans le 7<sup>ème</sup> programme de coopération actuel [2011 – 2015] (UNFPA 2010b). En fait, il y avait un programme spécifique, dédié à la fistule obstétricale entre 2004 et 2008 (UNFPA 2009c). Cet appui de l'UNFPA a été mis en œuvre dans toutes les régions sanitaires de treize pays, en se concentrant sur le plaidoyer en faveur de la maternité sans risque et la fistule obstétricale, la communication pour le changement de comportement et la non-discrimination des femmes victimes de la fistule, la recherche, la fourniture de contraceptifs. Le projet a été coordonné par le FNUAP, en utilisant l'infrastructure du gouvernement actuel et de l'externalisation des tâches spécifiques à certaines ONG. Un total de \$1, 790,000 a été consacré au projet. L'effet attendu de l'ambitieux programme était d'éradiquer la fistule obstétricale (UNFPA 2009c).

Les produits de ce programme étaient :

*Produit 1 :*

*En 2008, l'utilisation des services de soins obstétricaux essentiels et d'urgence dans les formations sanitaires s'est accrue*

*Produit 2 :*

*En 2008, l'accès et l'utilisation des services de prise en charge des fistules obstétricales de qualité se sont accrus*

*Produit 3 :*

*En 2008, des opportunités d'insertion et d'amélioration des conditions de vie des femmes fistuleuses traitées existent*

*Produit 4 :*

*Les capacités de gestion et de suivi-évaluation et de coordination du Programme sont renforcées au niveau central et décentralisé*

(UNFPA 2009c)

Plusieurs stratégies ont été utilisées dans ce programme :

*Stratégie 1.1 Promotion d'une meilleure compréhension des fistules et des facteurs de risque de dégradation de la santé maternelle aux bénéficiaires des femmes et des hommes*

*Stratégie 1.2 Renforcement du dialogue et des relations entre les communautés et les prestataires de soins de santé maternelle*

*Stratégie 1.3 Promotion de systèmes de partage de coût en faveur des soins obstétricaux d'urgence*

(UNFPA 2009c)

Concernant la prévention de la fistule, le programme proposait d'élaborer un plan de communication complet qui était d'améliorer l'accès des femmes enceintes et non enceintes à l'information sur les facteurs qui favorisent les fistules et les moyens de prévention, la promotion d'une meilleure compréhension des fistules et des autres facteurs de risque de détérioration de la santé maternelle, la promotion des actions favorables à une meilleure compréhension de l'importance de l'utilisation des soins maternels de qualité, l'élévation de la connaissance des femmes, des familles et des communautés sur l'importance des soins obstétricaux d'urgence, la lutte contre les mauvaises perceptions des accouchements dystociques et des pratiques néfastes (UNFPA 2009c). En outre, la promotion de la planification familiale, la promotion des consultations prénatales [CPN], Soutien aux ONG et associations pour créer des soins de santé mutuelle pour les urgences obstétricales et la fourniture de cinq ambulances pour l'évacuation obstétricale.

### **8.2.2 Les travaux des ONG**

Certaines ONG ont également été commises au travail de fistule obstétricale au Burkina Faso. La plupart se concentrent sur le dépistage et la prise en charge de la fistule obstétricale, avec peu de travaux effectués sur la prévention, le plus souvent en partenariat avec l'UNFPA. Parmi ces initiatives, on relève : le projet de Dori et les campagnes organisées par les missions européennes, allemandes, canadiennes etc. (FCI 2012; SEMAFO 2011; UNFPA 2009a). Un autre programme est le programme «Sentinelles», qui a débuté en Novembre 2004 à Fada N'Gourma. Le but était de sensibiliser les femmes souffrant de fistule obstétricale sur le fait que les réparations chirurgicales sont possibles et de les transférer vers les centres d'aiguillage pour la gestion opérationnelle et le suivi post-opératoire. 41 femmes ont été dépistées dans la



région de l'Est et a bénéficié de l'une ou l'autre des trois missions chirurgicales (Sentinelles 2008). Avec l'aide des médecins du Québec, la Fondation SEMAFO a aidé 7 femmes afin de financer l'opération nécessaire pour traiter le trouble et continue de fournir un soutien régulier aux femmes pendant leur convalescence (SEMAFO 2011).

En accordant une attention particulière à Boucle du Mouhoun, ACTMC effectué une réparation de la fistule, qui faisait partie des huit interventions chirurgicales obstétricales en 2004 (AMCTM 2004). Plus récemment, en 2012, EFE Burkina a réparé environ 20 cas de fistules à CMA Boromo (EFE-Burkina 2012). La prise en charge est assurée par des missions d'expatriés. La mobilisation des patientes victimes de fistule obstétricale est assurée grâce à deux stratégies : le recrutement par le personnel de la santé et celui fait par l'ARFOD par le biais de sorties de sensibilisation de recrutement et d'orientation des cas. Les actes médicaux, les kits opératoires et les frais d'hospitalisation et d'ordonnance sont totalement pris en charge par les missionnaires. Il en est de même des frais de laboratoire et de radiologie. Le CMA assure un apport en personnel pour la prise en charge et le suivi des patientes.

### **8.2.3 Politiques gouvernementales de santé visant à la réduction des fistules au Burkina Faso**

Dans cette partie, un examen approfondi des documents de politique et d'autres sources d'information ont été examinés afin de synthétiser les politiques existantes qui peuvent potentiellement avoir un impact indirect sur l'incidence de la fistule obstétricale.

Il n'y a pas de politiques spécifiques en matière de prévention de la fistule obstétricale, mais il y a des politiques ciblant les facteurs de risque majeurs pour la fistule obstétricale. Les politiques adoptées pour examen et d'évaluation dans cette étude sont basés sur les principaux facteurs de risque identifiés dans la revue de la littérature.

#### **A) L'espacement des naissances**

Une politique nationale de planification familiale a été introduite au Burkina Faso en 1984, suivie d'un programme de planification familiale en 1985, qui a rendu les services disponibles dans le secteur public (Ministère de la justice 1986). Bien qu'il n'y ait pas de politiques visant à

entraver la capacité du secteur privé à fournir des méthodes contraceptives, le secteur commercial doit payer une taxe de 2.4% sur les produits de planification familiale (JHPIEGO 2013).

En outre, seuls les médecins, les sages-femmes et les infirmières peuvent fournir des implants et des DIU, et tandis que les agents de santé communautaires ne peuvent pas prescrire des pilules, ils peuvent remplir la prescription d'une femme (JHPIEGO 2013).

En 2000, une politique nationale de population a été formulée, pour faire face aux défis démographiques nouveaux. Ce document a exploité sur les politiques antérieures (Ministère de l'économie et des finances & Conseil National de population 2000). L'un des objectifs de ce document de politique comprend :

*Objectif général 1 : Contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en particulier la santé de la reproduction.*

*Objectif intermédiaire 1-1 : Promouvoir une grande utilisation des services de santé de la reproduction en particulier par les femmes, les adolescentes et les jeunes.*

.....

*Objectif intermédiaire 1-5 : Accroître le taux de prévalence contraceptive moderne de 6 % en 1998 à 19 % en 2015.*

.....

(Ministère de l'économie et des finances & Conseil National de population 2000)

Le Burkina Faso est un des pays qui plus tard ont accepté la contraception et a donné un support direct en 1996 (UN 2003). Le pays a signé le Plan d'action mondial sur la population, après sa première adoption lors de la conférence mondiale de la population tenue à Bucarest en 1974 (UNFPA & POPIN 1974; UN 2003).

*Le Principe 14(f)*

*« Tous les couples et les individus ont le droit fondamental de décider librement et de façon responsable du nombre et de l'espacement de leurs naissances et de disposer de l'information, l'éducation et les moyens de le faire ... »*

(UNFPA & POPIN 1974; UN 2003)

Le Burkina Faso a également adhéré aux recommandations issues des grandes conférences internationales, notamment : la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement [Rio, 1992], la Conférence Internationale sur la Population et le Développement [Caire, 1994], le Sommet Mondial sur le développement social [Copenhague, 1995], la conférence internationale sur la femme [Beijing, 1995], la conférence internationale sur l'habitat et les établissements humains [Istanbul, 1996], la conférence régionale sur la population et le développement humain durable au Sahel [Ouagadougou, 1997] (Ministère de l'économie et des finances & Conseil National de population 2000)

Plus récemment, c'est le «Plan stratégique de sécurité des produits de santé reproductive», qui couvre la période 2009-2015. Cela a formellement été approuvé par le Ministère de la Santé, et est actuellement mis en œuvre. Le Comité sur le suivi de la sécurité des produits de santé génésique est l'organisme national qui supervise la sécurité contraceptive et comprend des représentants du gouvernement, des ONG et du secteur commercial. Avec cela, le gouvernement s'est engagé à augmenter les taux de prévalence contraceptive de 15% à 25% en 2015 (JHPIEGO 2013). Lors du sommet de 2013 à Londres sur la planification familiale, le Burkina Faso, à travers le leadership et le plaidoyer de la première dame, se sont engagés à prendre des mesures en matière de politique, de financement et de programmation (UK Aid & Bill & Melinda Gates Foundation 2013).

Au niveau du financement, dans l'exercice 2010, environ US \$ 2.7 millions a été nécessaire pour se procurer des contraceptifs pour répondre aux besoins actuels. Il y a une ligne budgétaire pour l'achat de contraceptifs et 600.000 dollars en fonds publics ont été alloués à cette fin au cours de l'exercice 2010. Le gouvernement a dépensé un total de US \$ 365,205 fonds générés en interne (d'impôts) sur l'achat de contraceptifs pour le secteur public pour l'exercice 2010. L'écart entre ce qui a été alloué pour les contraceptifs et ce qui a été dépensé par le gouvernement des fonds générés à l'interne a été attribué à des problèmes d'accessibilité (JHPIEGO 2013). Au cours de l'exercice 2010, le gouvernement a reçu des dons en nature de contraceptifs pour le secteur public de l'UNFPA (US \$ 795,491) et l'USAID (US \$ 270,762). La part du gouvernement des dépenses à l'achat de contraceptifs pour le secteur public pour l'exercice 2010 était de 42%. Seulement 68% de la valeur estimée des contraceptifs nécessaires pour le secteur public pour l'exercice 2010 a été fournis par aucune source, créant un déficit de

financement de 32% des besoins estimés des dépenses, qui ont affecté l'offre des implants et les préservatifs masculins (JHPIEGO 2013).

**Tableau 7: Les besoins en matière de planification familiale**

Caractéristique sociodémographique	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale <sup>1</sup>			Besoins satisfaits en matière de planification familiale (utilisation actuelle) <sup>2</sup>			Demande totale en planification familiale			Pourcentage de demande satisfaite	Pourcentage de demande satisfaite par des méthodes modernes	Effectif de femmes
	Pour espacer	Pour limiter	Total	Pour espacer	Pour limiter	Total	Pour espacer	Pour limiter	Total			
<b>Groupe d'âges</b>												
15-19	21,1	0,0	21,1	6,5	0,0	6,6	27,9	0,0	27,9	24,2	22,1	1 043
20-24	23,2	0,3	23,5	15,4	0,4	15,9	38,9	0,8	39,7	40,7	37,7	2 686
25-29	23,3	1,4	24,7	15,8	1,7	17,5	39,7	3,1	42,8	42,2	38,8	2 773
30-34	20,3	4,3	24,6	14,4	4,9	19,3	35,0	9,3	44,3	44,5	39,7	2 453
35-39	13,0	14,6	27,6	7,3	10,8	18,1	20,5	25,5	46,0	39,9	37,0	1 897
40-44	6,4	20,3	26,7	3,4	14,5	18,0	9,9	34,9	44,8	40,4	35,9	1 545
45-49	1,3	12,0	13,3	0,6	9,6	10,2	1,9	21,6	23,5	43,4	39,0	1 166
<b>Résidence</b>												
Ouagadougou	14,3	7,1	21,3	27,3	10,3	37,6	42,5	17,4	59,9	64,4	54,4	1 347
Autres villes	14,7	6,7	21,4	20,0	11,4	31,4	35,1	18,2	53,2	59,8	54,8	1 526
Ensemble urbain	14,5	6,9	21,4	23,4	10,9	34,3	38,6	17,8	56,4	62,1	54,6	2 872
Rural	18,1	6,4	24,5	7,5	3,8	11,3	25,7	10,3	36,0	32,0	29,9	10 691
<b>Région</b>												
Centre	14,5	7,2	21,7	26,1	10,0	36,1	41,5	17,3	58,8	63,1	53,0	1 598
Boucle du Mouhoun	22,4	9,3	31,7	7,1	4,9	12,1	29,9	14,4	44,3	28,5	25,8	1 532
Cascades	16,6	5,2	21,8	13,0	6,1	19,1	30,1	11,3	41,4	47,2	43,5	535
Centre-Est	20,7	5,8	26,4	6,2	2,9	9,1	26,9	8,7	35,6	25,7	25,2	1 033
Centre-Nord	16,3	6,2	22,5	6,0	3,6	9,5	22,3	9,8	32,1	29,8	29,1	1 031
Centre-Ouest	19,9	5,8	25,7	7,9	3,2	11,1	28,3	9,0	37,3	31,0	25,7	1 051
Centre-Sud	19,5	8,8	28,3	10,9	5,9	16,8	30,9	14,7	45,5	37,8	35,8	626
Est	19,8	5,1	24,9	8,3	2,5	10,9	28,1	7,7	35,8	30,3	30,1	1 287
Hauts Bassins	14,2	8,1	22,2	17,9	10,0	27,9	32,2	18,1	50,3	55,9	53,2	1 509
Nord	18,0	5,8	23,8	7,6	3,4	10,9	25,6	9,2	34,8	31,6	29,9	991
Plateau Central	14,0	7,1	21,1	8,2	8,1	16,3	22,2	15,3	37,5	43,8	37,9	649
Sahel	15,0	3,8	18,9	5,0	1,9	7,0	20,1	5,8	25,8	27,0	26,9	1 139
Sud-Ouest	10,8	4,2	15,1	6,4	4,1	10,5	17,6	8,4	26,0	42,0	38,4	582
<b>Niveau d'instruction</b>												
Aucun	17,5	7,0	24,5	7,5	4,4	11,8	25,2	11,4	36,5	33,0	30,6	11 119
Primaire	19,8	4,9	24,8	19,9	7,1	27,0	40,3	12,1	52,4	52,7	48,1	1 508
Secondaire ou plus	11,1	3,7	14,8	36,7	13,8	50,5	48,6	17,7	66,3	77,7	66,7	931
<b>Quintiles de bien-être économique</b>												
Le plus pauvre	16,9	7,0	23,9	4,5	2,9	7,4	21,5	9,9	31,4	24,1	22,7	2 533
Second	18,4	7,0	25,4	5,8	3,2	9,0	24,4	10,2	34,6	26,5	24,9	2 778
Moyen	19,7	5,7	25,4	6,4	3,7	10,2	26,3	9,4	35,7	28,9	27,1	2 799
Quatrième	17,8	6,6	24,3	11,3	5,8	17,1	29,5	12,4	41,8	41,8	38,9	2 795
Le plus riche	13,6	6,5	20,1	26,4	11,0	37,4	40,6	17,5	58,1	65,5	57,8	2 658
Ensemble <sup>2</sup>	17,3	6,5	23,8	10,9	5,3	16,2	28,5	11,9	40,3	40,9	37,2	13 563

(INSD & ICF International 2012)

En dépit de toutes ces politiques en faveur, le Burkina Faso dispose d'un niveau élevé de besoins non satisfaits en planification familiale. EDSBF 2010 a révélé que 23.8% des femmes mariées en âge de procréer peuvent être classés comme ayant un besoin non satisfait. "Pour espacer" sont plus fréquents que «pour limiter». 17.3% des femmes mariées en âge de procréer aimeraient espacer leur prochaine naissance d'environ deux ans, tandis que 6.5% préféreraient ne pas avoir d'enfants (INSD & ICF International 2012). Il y a une certaine réduction de ces pourcentages par rapport aux valeurs indiquées dans l'EDSBF 2003 où 29% des femmes mariées en âge de procréer ont été classés comme ayant un besoin non satisfait.

22% des femmes mariées en âge de procréer aimeraient espacer leur prochaine naissance d'environ deux ans, tandis que 7% préféreraient ne pas avoir d'enfants, montrant que certains progrès ont été réalisés (INSD & ORC Macro 2004).

De l'EDSBF 2010, c'est évident que le groupe le plus vulnérable de la fistule obstétricale est celles qui ont les besoins non satisfaits les plus élevés. 15 -19 [21.1%] et 20 -25 [23.2%]. Les zones rurales [18.1%] ont des besoins non satisfaits élevés que dans les zones urbaines [14.5%] pour espacer et pour limiter. En outre, de toutes les régions du Burkina Faso, la Boucle du Mouhoun [22.4%] a besoin non satisfait le plus élevé (INSD & ICF International 2012).

## **B) Retarder le mariage précoce**

L'Art 238 (Ministère de la justice 1989) protège les jeunes femmes de mariage précoce.

*Art. 238*

*« Le mariage ne peut être contracté qu'entre un homme âgé de plus de vingt ans et une femme de plus de dix-sept ans, sauf dispense d'âge accordée pour motif grave par le tribunal civil.*

*Cette dispense d'âge ne peut être accordée en aucun cas pour un homme ayant moins de dix-huit ans et une femme ayant moins de quinze ans. »*

(Ministère de la justice 1989)

Le Burkina Faso a ratifié la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant (CDE) le 31 Août 1990 (UN 1994).

*Article premier*

*« Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans ... »*

*Préambule*

*«L'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance»*

(UN & HCDH 1989)

En outre, le Burkina Faso a ratifié les principaux instruments de protection des droits des femmes internationales et régionales : CEDAW (UN 1979).

*CEDAW Article 16(2)*

*« Les fiançailles et les mariages d'enfants n'auront pas d'effets juridiques et toutes les mesures nécessaires, y compris des dispositions législatives, seront prises afin de fixer un âge minimal pour le mariage et de rendre obligatoire l'inscription du mariage sur un registre officiel. »*

(UN 1979)

Bien que le Burkina Faso a ratifié ces lois, leurs dispositions restent largement violées en droit et en pratique (Africa for Women's rights 2010). Les mariages précoces et forcés restent très répandus au Burkina Faso (UNFPA 2012b). Ils sont promulgués en raison de la pauvreté et la perspective d'une dot, qui pousse les familles à organiser des mariages religieux pour leurs filles dès qu'elles atteignent la puberté, même à partir de 11 ans. La plupart de ces jeunes filles sont analphabètes, ce qui facilite leur soumission à leurs maris et entrave leur accès à l'emploi. La grossesse précoce a également de graves conséquences sur la santé des jeunes filles, y compris les fistules obstétricales (Africa for Women's rights 2010).

Le Burkina Faso a l'un des taux les plus élevés de prévalence du mariage des enfants dans le monde. En moyenne, près d'une jeune fille sur deux seront mariées avant leur 18ème anniversaire. En 2006, environ 48% des femmes de 20-24 ans étaient mariées / en union avant l'âge de 18 ans. La prévalence du mariage des enfants au Burkina Faso est plus élevée que la moyenne régionale pour l'Afrique subsaharienne (37%) (UNFPA 2012b). Selon l'EDSBF-III en 2003, 70.1% des femmes de 20-24 ans étaient mariées, alors que 74.8% des femmes de 20-24 ans étaient mariées dans l'EDSBF-IV. Parmi les filles de 15 – 19 ans, 27.1% étaient mariées, alors que 28.4% des femmes étaient mariées dans l'EDSBF-IV (INSD & ORC Macro 2004; INSD & ICF International 2012).

### C) Aider les femmes à l'éducation

Comme dessus, une autre partie de CEDAW dit :

#### **Article 10**

*« Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes afin de leur assurer des droits égaux à ceux des hommes en ce qui concerne l'éducation et, en particulier, pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme :*

*a) Les mêmes conditions d'orientation professionnelle, d'accès aux études et d'obtention de diplômes dans les établissements d'enseignement de toutes catégories, dans les zones rurales comme dans les zones urbaines, cette égalité devant être assurée dans l'enseignement préscolaire, général, technique, professionnel et technique supérieur, ainsi que dans tout autre moyen de formation professionnelle;*

*b) L'accès aux mêmes programmes, aux mêmes examens, à un personnel enseignant possédant les qualifications de même ordre, à des locaux scolaires et à un équipement de même qualité;*

*c) L'élimination de toute conception stéréotypée des rôles de l'homme et de la femme à tous les niveaux et dans toutes les formes d'enseignement en encourageant l'éducation mixte et d'autres types d'éducation qui aideront à réaliser cet objectif et, en particulier, en révisant les livres et programmes scolaires et en adaptant les méthodes pédagogiques;*

*d) Les mêmes possibilités en ce qui concerne l'octroi des bourses et autres subventions pour les études;*

*e) Les mêmes possibilités d'accès aux programmes d'éducation permanents, y compris aux programmes d'alphabétisation pour adultes et d'alphabétisation fonctionnelle, en vue notamment de réduire au plus tôt tout écart d'instruction existant entre les hommes et les femmes;*

*f) La réduction des taux d'abandon féminin des études et l'organisation des programmes pour les filles et les femmes qui ont quitté l'école prématurément;*

*g. Les mêmes possibilités de participer activement aux sports et à l'éducation physique;*

*h) L'accès à des renseignements spécifiques d'ordre éducatif tendant à assurer la santé et le bien-être des familles, y compris l'information et des conseils relatifs à la planification de la famille. »*

(UN 1979)

Une autre partie de la convention relative aux droits de l'enfant est :

*Article 28 (1)*

*« Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances :*

*a) Ils rendent l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous;*

*b) Ils encouragent l'organisation de différentes formes d'enseignement secondaire, tant général que professionnel, les rendent ouvertes et accessibles à tout enfant, et prennent des mesures appropriées, telles que l'instauration de la gratuité de l'enseignement et l'offre d'une aide financière en cas de besoin;*

*.....*

*e) Ils prennent des mesures pour encourager la régularité de la fréquentation scolaire et la réduction des taux d'abandon scolaire. »*

(UN & HCDH 1989)

Bien qu'illégale, la discrimination entre les sexes reste commune dans l'éducation en particulier dans les zones rurales (Freedom House & UNHCR 2013). L'éducation est fortement associée à la prévalence du mariage précoce au Burkina Faso. 60% des femmes de 20 - 24 ans qui n'ont aucune instruction et 42% de l'enseignement primaire étaient mariés ou en union à 18 ans, comparativement à seulement 3% des femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures (UNFPA 2012a). L'introduction de l'éducation sexuelle dans l'enseignement secondaire comme premier volet d'une éducation en matière de population en 1987 (Ministère de l'économie et des finances & Conseil National de population 2000). En outre, il existe des programmes d'éducation sanitaire qui se concentrent parfois sur des sujets de santé sexuelle. Ces programmes, y compris « objectif santé », « santé pour tous », « santé mag » et « santé forum » sont régulièrement diffusés à la radio RTB en langue française (RTB radio 2013).

**D) Mettant l'accent sur les mutilations génitales féminines**

L'un des objectifs du document de politique nationale comprend :

*« Objectif général 1 : Contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en particulier la santé de la reproduction.*

*.....*

*Objectif intermédiaire 1-7 : Eliminer d'ici l'an 2015 la pratique des mutilations génitales féminines. »*

(Ministère de l'économie et des finances & Conseil National de population 2000)



Le Burkina Faso a ratifié plusieurs conventions internationales condamnant les MGF. Il s'agit notamment de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CDE), la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant et le Protocole de Maputo [à l'africaine Charte des droits Humains et des peuples] sur les droits des femmes en Afrique (GIZ 2011).

*« Section 2 - Des mutilations génitales féminines*

*Article 380*

*Est puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 150.000 à 900.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque porte ou tente de porter atteinte à l'intégrité de l'organe génital de la femme par ablation totale, par excision, par infibulation, par insensibilisation ou par tout autre moyen. Si la mort en est résultée la peine est un emprisonnement de cinq à dix ans.*

*Article 381*

*Les peines sont portées au maximum si le coupable est du corps médical ou paramédical. La juridiction saisie peut en outre prononcer contre lui l'interdiction d'exercer sa profession pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.*

*Article 382*

*Est puni d'une amende de 50.000 à 100.000 francs, toute personne qui ayant connaissance des faits prévus à l'Article 377 n'en avertit pas les autorités compétentes. »*

(Le Président du Burkina Faso 1996)

En 1990, le gouvernement a créé le Comité national de lutte contre la pratique de l'excision (CNLPE), dont les membres comprennent des représentants des ministères et des ONG ainsi que des chefs religieux et traditionnels. Il a pour objectif principal l'éradication de la pratique de l'excision au Burkina Faso (MASSN Burkina Faso 2012). Le comité a mis en place une ligne téléphonique : « SOS excision » [80 00 11 12] dont l'objectif est de maintenir un contact permanent avec les populations, ainsi qu'un site Internet (<http://www.sp-cnlpe.gov.bf/>) qui lui permet de diffuser à grande échelle les données collectées (Courants de femmes 2012).

Le CNLPE n'a pas qu'un rôle de coordination, de recherche ou de suivi mais il organise et réalise lui-même des activités d'Information, d'Education et de Communication (IEC), des causeries éducatives, des cinés débats, des représentations de théâtre-forum, des émissions radiophoniques et télévisées, des jeux-concours, des articles de presses, qui permettent de toucher un large public. Parallèlement à ces activités, des patrouilles de sensibilisation ainsi que des séminaires et ateliers sur l'excision ont été mis en place par le CNLPE, qui est aussi en

charge de l'animation de stands lors de grandes manifestations et de conférences sur le sujet (MASSN Burkina Faso 2012; Courants de femmes 2012). En ce qui concerne les femmes déjà excisées, le comité sert de relais entre celles qui souffrent de séquelles liées à l'excision et les médecins et hôpitaux. C'est un des programmes de l'OMS qui prend en charge tous les frais liés aux opérations consécutives aux dommages causés par l'excision (Courants de femmes 2012). À l'hôpital universitaire de Ouagadougou plusieurs médecins ont été formés pour opérer sur les fistules, qui posent un problème médical et psychosocial grave résultant de la MGF (GIZ 2011).

Le travail du CNLPE a été évalué et a été généralement jugée positive. Le rapport d'évaluation a cependant plaidé pour le renforcement du CNLPE, et il a appelé à une meilleure coordination entre les donateurs, ainsi que recommander des mesures transfrontalières. Les résultats de l'évaluation ont constitué la base du troisième Plan d'action national sur les MGF 2008-2012 (Courants de femmes 2012).

De 2005 à 2009, le nombre de personnes condamnées pour des MGF a augmenté à 686 : 40 exciseuses et 646 parents. Pour la seule année 2009, les autorités ont répondu à 230 cas individuels et arrêtés trois excisions prévues. Huit exciseuses et 54 complices ont été arrêtés en 2009 (UNFPA-UNICEF Joint Programme on FGM/C 2012).

Selon Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso la plus récente, qui a été menée en 2010, 76 % des femmes ont déclaré avoir subi la pratique de l'excision (INSD & ICF International 2012). Par rapport à la précédente enquête, on ne constate pas de variation de la proportion de femmes excisées, lorsque 77 % des femmes âgées entre 15 et 49 ans au Burkina Faso ont été soumises à MGF (INSD & ORC Macro 2004). On peut remarquer que la proportion des femmes excisées diminue de manière importante des générations les plus anciennes (89 % à 45-49 ans) aux générations les plus récentes [58 % à 15-19 ans]. Dans une autre étude menée par Kouraogo sur des patientes fistuleuses, 64% de l'échantillon de l'étude avait été excisée (Kouraogo 2013).

Le tableau figurant sur la page suivante élabore sur la pratique de l'excision au Burkina Faso. La pratique de l'excision varie de manière importante selon la région, la religion, le milieu de résidence et l'ethnie. On constate en premier lieu que la pratique de l'excision demeure un phénomène plus fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain [78 % contre 69 %] (INSD & ICF International 2012).

**Tableau 8: La pratique de l'excision**

Tableau 17.2 Pratique de l'excision

Pourcentage de femmes de 15-49 ans excisées et répartition (en %) des femmes par type d'excision, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burkina Faso 2010

Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage de femmes excisées	Effectif de femmes	Type d'excision				Total	Effectif de femmes excisées
			Entaille, pas de chair enlevée	Entaille, chair enlevée	Vagin fermé	NSP/manquant		
<b>Groupe d'âges</b>								
15-19	57,7	3 312	15,9	76,6	0,7	6,8	100,0	1 911
20-24	69,8	3 311	17,4	75,9	1,3	5,4	100,0	2 311
25-29	77,5	2 959	16,2	77,4	1,1	5,3	100,0	2 293
30-34	82,8	2 586	16,6	77,2	1,5	4,8	100,0	2 141
35-39	85,2	1 991	16,1	76,6	1,7	5,6	100,0	1 697
40-44	88,2	1 644	17,0	76,3	1,1	5,7	100,0	1 449
45-49	89,3	1 284	17,5	77,8	1,4	3,3	100,0	1 147
<b>Religion</b>								
Sans religion	62,1	145	7,3	78,9	3,3	10,4	100,0	90
Musulmane	81,4	10 532	18,7	74,9	1,2	5,2	100,0	8 570
Catholique	66,1	3 969	13,7	78,0	1,3	7,0	100,0	2 623
Protestante	60,0	1 144	14,0	80,9	1,6	3,5	100,0	687
Traditionnelle/animiste	75,5	1 257	9,0	87,0	1,1	2,9	100,0	950
<b>Ethnie</b>								
Bobo	68,4	814	27,6	63,0	2,3	7,1	100,0	557
Dioula	72,8	142	15,5	78,9	0,9	4,6	100,0	103
Fulfuldé/Peul	83,9	1 433	20,2	77,0	0,5	2,2	100,0	1 203
Gourmantché	64,3	1 169	1,3	96,3	0,7	1,7	100,0	751
Gourounsi	60,3	773	14,5	77,9	0,7	6,9	100,0	466
Lobi	83,2	423	3,8	95,5	0,6	0,1	100,0	352
Mossi	78,4	8 964	17,0	76,3	1,1	5,6	100,0	7 028
Sénoufo	87,2	751	20,7	75,9	1,7	1,6	100,0	654
Touareg/Bella	22,2	317	37,7	61,5	0,0	0,8	100,0	70
Dagara	69,3	412	9,7	85,1	0,7	4,5	100,0	285
Bissa	83,1	670	2,5	90,6	1,0	5,8	100,0	557
Autres nationalités	35,7	83	(11,4)	(87,3)	(0,0)	(1,3)	(100,0)	30
Autre ethnies	78,4	1 107	28,6	53,5	3,5	14,5	100,0	869
NSP	*	3	*	*	*	*	*	3
<b>Résidence</b>								
Ouagadougou	64,8	2 240	18,5	63,3	1,9	16,3	100,0	1 451
Autres Villes	72,4	2 384	13,7	82,8	1,4	2,1	100,0	1 727
Ensemble urbain	68,7	4 624	15,9	73,9	1,6	8,6	100,0	3 178
Rural	78,4	12 463	16,9	77,7	1,1	4,3	100,0	9 772
<b>Région</b>								
Centre	66,0	2 556	18,9	62,6	1,7	16,8	100,0	1 688
Boucle du Mouhoun	70,3	1 766	45,4	28,2	4,0	22,4	100,0	1 242
Cascades	82,0	650	14,3	80,3	1,5	3,9	100,0	533
Centre-Est	89,5	1 251	4,8	88,7	0,6	5,9	100,0	1 119
Centre-Nord	86,8	1 195	5,9	92,5	0,7	0,9	100,0	1 038
Centre-Ouest	54,8	1 334	2,3	96,7	0,5	0,5	100,0	731
Centre-Sud	68,2	788	0,3	98,1	0,4	1,3	100,0	538
Est	69,9	1 469	0,9	96,6	1,0	1,6	100,0	1 026
Hauts Bassins	82,3	2 036	18,1	80,3	1,6	0,0	100,0	1 676
Nord	87,7	1 205	22,7	76,5	0,6	0,2	100,0	1 056
Plateau Central	87,7	811	5,3	93,6	0,7	0,5	100,0	712
Sahel	78,1	1 295	44,1	55,3	0,3	0,3	100,0	1 012
Sud-Ouest	79,2	730	4,4	95,1	0,5	0,0	100,0	579
Ensemble	75,8	17 087	16,6	76,8	1,2	5,4	100,0	12 949

Note : Les parenthèses indiquent qu'une valeur est basée sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

(INSD & ICF International 2012)

## **E) L'accès aux accoucheurs qualifiés pendant la grossesse**

Pourcentage de naissances vivantes assistées par une accoucheuse qualifiée est de 67.1% (INSD & ICF International 2012). La Feuille de route pour la réduction de la Mortalité Maternelle et néonatale 2006-2015 met l'accent sur le renforcement de la présence d'accoucheuses qualifiées, la mise en œuvre de soins obstétricaux et néonataux d'urgence [SONU], l'accès aux contraceptifs et à la participation de la communauté dans la santé maternelle et infantile (DSF 2006). Une politique de subvention des SONU a été introduite en Octobre 2006 (HLSP 2012).

Au Burkina Faso, les ONG telles que Family Care International ont mobilisé les chefs de village et les chefs traditionnels pour visiter les femmes dans leurs communautés et les inciter à accoucher dans une clinique locale où des soins spécialisés peut être reçu (Freedman et al. 2007).

En réalité, Il y a 5 sages-femmes disponibles pour 1000 naissances vivantes au Burkina Faso (UNFPA 2011c). En fait, l'Organisation mondiale de la santé recommande une sage-femme pour s'occuper de toutes les 175 femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale chaque année (UNICEF 2011). Ces sages-femmes sont nécessaires pour prendre en charge les 3, 752,000 femmes en âge de procréer (15 - 49 ans), ce qui représente 23% de la population totale. Pénurie de main-d'œuvre estimée à atteindre 95% d'accouchements surveillés en 2015 est 773. Environ 10% des naissances sont assistées par des accoucheuses non qualifiées, par rapport à plus de 70% des naissances dans les populations rurales (UNFPA 2011c). Afin de réduire les obstacles financiers aux services de soins de santé présentés par les frais d'utilisation, le Burkina Faso a adopté une politique de subvention aux accouchements et aux soins obstétricaux d'urgence pour la période 2006-2015. Les accouchements et les césariennes sont subventionnés à 80%, les femmes doivent payer le reste. Les plus défavorisés sont totalement exonérées (Ridde et al. 2011). L'augmentation spectaculaire des interventions obstétricales majeures qui ont suivi, suggère que le système de partage des coûts a diminué les barrières financières et géographiques aux soins obstétricaux d'urgence. Le nombre de références d'urgence par les centres de santé est passé de 84 en 2004 à 683 en 2005. Interventions obstétricales majeures pour 100 naissances attendues ont augmenté de 1.95% en 2003 à 3.56% en 2005 et interventions obstétricales majeurs pour des indications maternelles absolues ont augmenté de 0.75% à 1.42% (F Richard et al. 2007).

### 8.3 L'enquête sur les connaissances relatives à la FO chez les jeunes femmes

L'enquête s'est déroulée entre le 15 Mai, 2013 et le 19 Mai, 2013. 126 contacts ont été établis, 7 refus et 121 inclusions dans l'étude. Sur les 5 refus, 5 étaient du groupe urbain tandis que 2 était parmi le groupe rural.

L'âge médian des participants était de 19.

**Tableau 9: Caractéristiques des participants inclus dans l'enquête**

		Boromo rural (N=58)	Boromo urbain (N=63)	Total (N=121)	P pour différence entre urbain et rural	OR (95%-CI) pour caractéristique par résidence rurale
Age	(médian)	19.0	19.0	19.0		
Age	(moyen)	19.0	18.9	19.0		
						<i>vs. toutes autres catégories confondues:</i>
	Non alphabétisée	34 (58.6%)	22 (34.9%)	56 (46.3%)	0.009	2.64 (1.19-5.89)
	Ecole non formelle	2 (3.4%)	3 (4.8%)	5 (4.1%)		-
Niveau d'instruction	Primaire	12 (20.7%)	9 (14.3%)	21 (17.4%)		-
	Secondaire	10 (17.2%)	29 (46.0%)	39 (32.2%)	0.000	0.24 (0.09-0.61)
Situation matrimoniale	Mariée	38 (65.5%)	17 (27.0%)	55 (45.5%)	0.000	5.14 (2.21-12.06)
	Célibataire	20 (34.5%)	46 (73.0%)	66 (54.5%)		
Grossesses précédentes	Oui	34 (58.6%)	21 (33.3%)	55 (45.5%)	0.005	2.83 (1.27-6.36)
Age à la première grossesse	(médian)	17.4 ans	17.3 ans	17.4 ans	NA <sup>2</sup>	
						<i>0 vs 1+</i>
	0	24 (41.3%)	42 (66.7%)	66 (54.6%)	0.005	0.35 (0.15-0.79)
	1	23 (39.7%)	16 (25.4%)	39 (32.2%)		-
Nombre de grossesses	2	8 (13.8%)	4 (6.3%)	12 (9.9%)		-
	3	3 (2.5%)	1 (1.6%)	4 (3.3%)		-

Plus de la moitié des adolescentes de l'échantillon de Boromo rural étaient analphabètes (58.6%), contre 34.9% en milieu urbain Boromo (différence  $P=0.009$  vs. toutes les autres catégories confondues). En revanche, plus d'adolescentes dans le Boromo urbain ont réussi à atteindre l'enseignement secondaire (46.0%) contre 17.2% à Boromo rural. Les femmes résidents en zone rurale avaient un OR=2.64 (IC-95%, 1.18-5.89), d'être analphabète par rapport aux femmes en zone urbaines [Tableau 8].

La plupart des adolescentes dans le Boromo rural sont mariées (65.5%), avec une différence statistiquement significative par rapport à Boromo urbain (27%,  $P<0.001$ ). Il n'y avait pas de

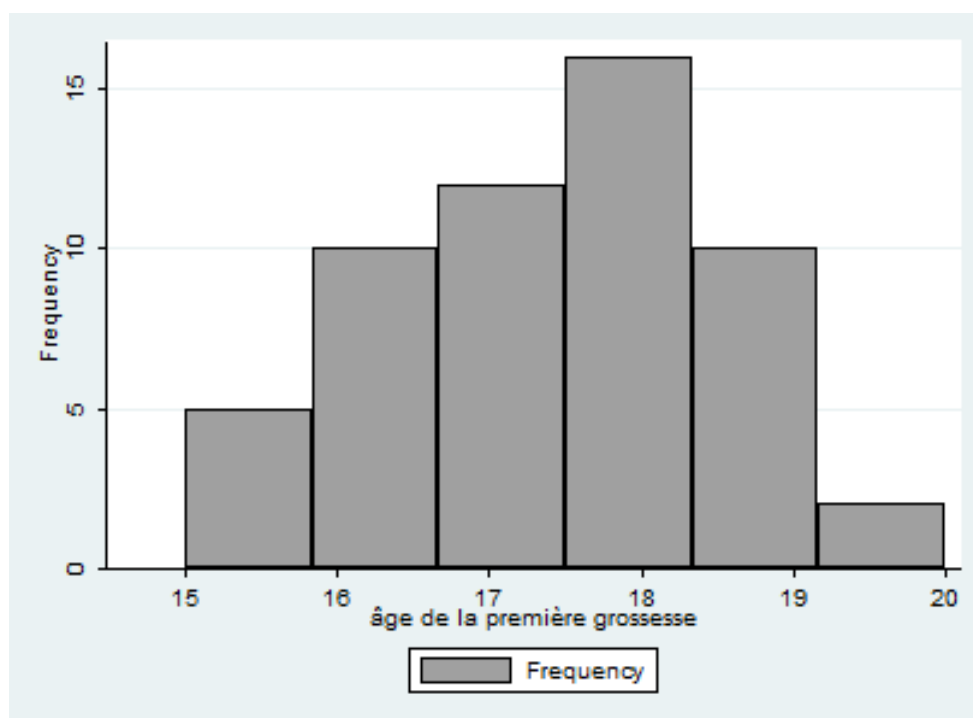
<sup>2</sup> Car la différence entre les deux groupes n'apparaît pas grande

divorcées ou veuves. Les femmes résidents en zone rurale avaient un odds ratio de 5.14 (IC-95%, 1.18-5.89), d'être mariée par rapport aux femmes en zone urbaines [Tableau 8].

Si près de la moitié de participants (45.5%) ont déjà été enceinte, de pourcentage était significativement plus élevé en milieu rural (58.6%) qu'en milieu urbain (33.3%,  $P=0.005$ ). Les femmes résidents en zone rurale avaient trois fois la cote de déjà avoir été enceinte [OR=2.83 (IC-95%, 1.27-6.36)], que les femmes en zone urbaine [Tableau 8].

Le graphique ci-dessous montre une distribution normale de l'âge de la première grossesse chez les 55 adolescentes qui avaient été précédemment enceinte. L'âge médian est de 18, les extrêmes allant de 15 à 20 ans. Il suit que plus de la moitié de ces adolescentes avaient été enceinte avant leur 18<sup>ième</sup> anniversaire, étant encore mineures [Figure 10].

Figure 10: Age de la première grossesse



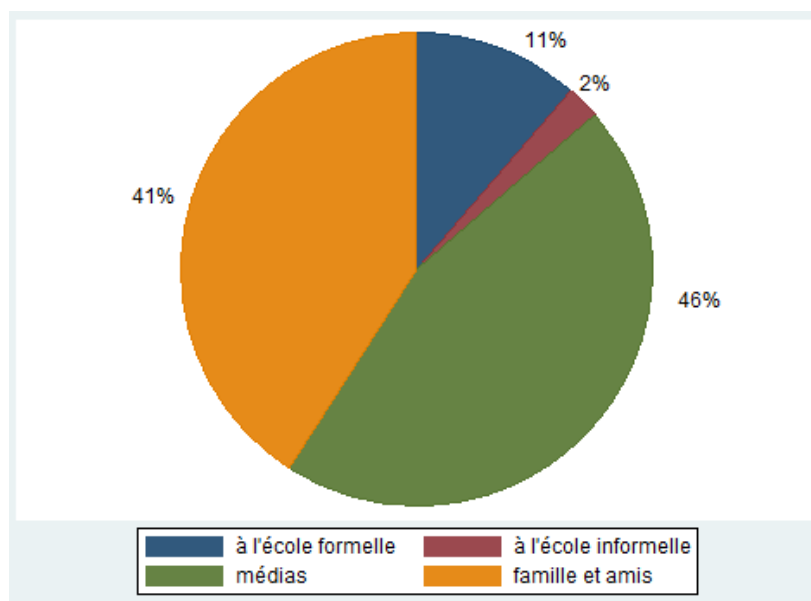
Parmi les 55 adolescentes qui ont été enceintes, le nombre de grossesses variait de 1 à 3. A noter que, pour cette étude, les grossesses précédentes inclus avortements, accouchements prématurés, les accouchements normaux, monofoetales les grossesses multiples et des grossesses actuelles.

**Tableau 10: Sensibilisation et connaissances relatives à la fistule obstétricale parmi les participants à Boromo rural et urbain, 2013**

		Boromo rural (N=58)	Boromo urbain (N=63)	Total (N=121)	P pour différence entre urbain et rural	OR (95%-CI) pour caractéristique par résidence rurale
Sensibilisation de la fistule obstétricale	Oui	22 (37.9%)	22 (34.9%)	44 (36.4%)	N/A <sup>3</sup>	0.88 (0.39-1.96)
<b>Prévalence de la connaissance</b>	Informé	14 (24.1%)	33 (47.6%)	47 (38.8%)	0.007	2.86 (1.23-6.75)
	Non informé	44 (75.9%)	30 (52.4%)	74 (61.2%)		
Sensibilisation de risques de complications pendant l'accouchement	Oui	10 (17.2%)	3 (4.7%)	13 (10.7%)	0.03	4.17 (1.15-24.59)
	Ambulance	7 (12.1%)	12 (19.0%)	19 (15.7%)	N/A <sup>4</sup>	0.58 (0.17-1.77)
	Moto	41 (71.7%)	46 (73.0%)	87 (71.9%)		
Connaissance de moyen de transport	Âne	1 (1.7%)	0 (0.0%)	1 (0.82%)		
	Au pied	9 (15.5%)	5 (7.9%)	14 (11.6%)		

Au niveau de la sensibilisation de la fistule obstétricale au sein de la population ciblée, seulement un tiers d'adolescentes sont sensibilisée à la fistule obstétricale, avec peu de différence entre le milieu rural (37.9%) et urbain (34.9%) [Tableau 9]. La plupart des adolescentes (46%) ont eu connaissance par les médias, contre (41%) par la famille et les amis (Le bouche à oreille), (11%) de l'école formelle et (2%) de l'école informelle [Figure 11]. Plus des adolescentes à Boromo rural pensaient qu'elles étaient à risque de complications lors de l'accouchement (OR=4.17 (IC-95%, 1.15-24.59),  $p=0.03$ ).

**Figure 11: Source de la sensibilisation des adolescentes**

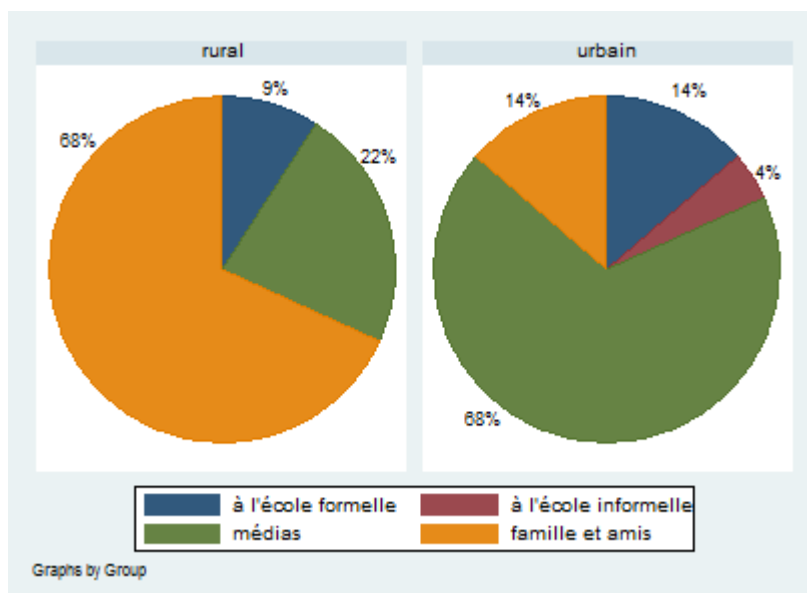


<sup>3</sup> Car la différence entre les deux groupes n'apparaît pas grande

<sup>4</sup> Car la différence entre les deux groupes n'apparaît pas grande

Un découpage des données sur la source de la sensibilisation de la fistule obstétricale au Boromo rural et Boromo urbain a révélé que la source prédominante de la sensibilisation est différente pour les deux groupes [Figure 12]. Alors que la plupart des adolescentes du groupe urbain entendu dans les médias, la plupart des adolescentes dans le groupe rural entendu de la famille et les amis.

**Figure 12: Source de la sensibilisation des adolescentes, par groupe**



Quatre questions essentielles ont été prises en compte dans l'analyse pour évaluer les connaissances relatives à la FO. Ces questions ont porté sur les facteurs de risque de la fistule obstétricale, les symptômes de la fistule obstétricale, la durée normale du travail et la source des soins obstétricaux d'urgence. La connaissance de ces quatre aspects a été considérée avoir le potentiel à réduire l'incidence et la prévalence des fistules obstétricales.

(47.6%) des participants ont été classés informé dans le Boromo urbain, tandis que (24.1%,  $P=0.007$ ) des adolescentes ont été classées informé dans le Boromo rural. Les femmes résidents en zone rurale avaient un odds ratio de 2.86 (IC-95%, 1.23-6.75) d'être non-informé [Tableau 9]. La prévalence d'une connaissance suffisante parmi les femmes qui déjà ont été enceintes (et donc théoriquement auraient dû avoir la possibilité d'être informées par une accoucheuse de la fistule obstétricale) était similaire à celle parmi les femmes qui n'ont pas encore été enceintes avant. (41.8% vs 31.8%,  $P= 0.255$ ).

Toutes les adolescentes qui ont participé à l'enquête ont reconnu que l'hôpital est le site pour accéder aux soins obstétricaux d'urgence, mais seulement 13% des adolescentes pensaient



qu'elles pourraient avoir des complications de la grossesse qui justifieraient des soins d'urgence [Tableau 9].

**Tableau 11: La stratification de la connaissance de la fistule obstétricale au sein des groupes, après ajustement pour le niveau d'alphabétisation**

<b>Total</b>						
<b>Groupe</b>	<b>Prevalence de la connaissance</b>				<b>Total</b>	
	<b>Non informé</b>		<b>Informé</b>			
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Boromo rural	44	57.1%	14	31.8%	58	47.9%
Boromo urbain	33	42.9%	30	68.2%	63	52.1%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100.0%</b>	<b>44</b>	<b>100.0%</b>	<b>121</b>	<b>100.0%</b>
OR=2.86 (IC-95%, 1.23 - 6.75)						
<b>Non alphabétisée</b>						
<b>Groupe</b>	<b>Prevalence de la connaissance</b>				<b>Total</b>	
	<b>Non informé</b>		<b>Informé</b>			
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Boromo rural	28	70.0%	6	37.5%	34	60.7%
Boromo urbain	12	30.0%	10	62.5%	22	39.3%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0%</b>	<b>16</b>	<b>100.0%</b>	<b>56</b>	<b>100.0%</b>
OR= 3.89 (IC-95%, 1.00 - 15.89)						
<b>Ecole non formelle</b>						
<b>Groupe</b>	<b>Prevalence de la connaissance</b>				<b>Total</b>	
	<b>Non informé</b>		<b>Informé</b>			
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Boromo rural	1	50.0%	1	33.3%	2	40.0%
Boromo urbain	1	50.0%	2	66.7%	3	60.0%
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100.0%</b>	<b>3</b>	<b>100.0%</b>	<b>5</b>	<b>100.0%</b>
OR= 2.00 (IC-95%, 0.01 - 234.50)						
<b>Primaire</b>						
<b>Groupe</b>	<b>Prevalence de la connaissance</b>				<b>Total</b>	
	<b>Non informé</b>		<b>Informé</b>			
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Boromo rural	9	60.0%	3	50.0%	12	57.1%
Boromo urbain	6	40.0%	3	50.0%	9	42.9%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100.0%</b>	<b>6</b>	<b>100.0%</b>	<b>21</b>	<b>100.0%</b>
OR= 1.50 (IC-95%, 0.14 - 15.17)						
<b>Secondaire</b>						
<b>Groupe</b>	<b>Prevalence de la connaissance</b>				<b>Total</b>	
	<b>Non informé</b>		<b>Informé</b>			
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Boromo rural	6	30.0%	4	21.1%	10	25.6%
Boromo urbain	14	70.0%	15	78.9%	29	74.4%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0%</b>	<b>19</b>	<b>100.0%</b>	<b>39</b>	<b>100.0%</b>
OR= 1.60 (IC-95%, 0.30 - 9.38)						

Après ajustement pour niveau d'instruction scolaire, l'OR de l'association entre résidence rurale et manque de connaissances préventives était réduit par un tiers et devenu non significatif : OR= 2.00 (95%-CI, 0.35-11.23) [Tableau 12]. Bien qu'il soit probable que la taille d'échantillon aurait pu être insuffisante pour cette analyse, ceci suggère que le niveau d'instruction scolaire serait un facteur principal des connaissances de préventives.

De plus, il y avait une modification d'effet par le niveau d'instruction, comme la résidence rurale avait une association plus faible avec le manque de connaissances ((OR=1.5 (IC-95%, 0.14 - 15.17) et OR=1.6 (IC-95%, 0.30 - 9.38)) parmi les femmes qui ont visité l'école primaire ou secondaire, que parmi les femmes sans éducation scolaire alphabétisant OR=2.00 (IC-95%, 0.01 - 234.50) et OR=3.89 (IC-95%, 1.00 - 15.89)), test de l'homogénéité  $P=0.035$ , [Tableaux 11 et 13]). Ceci suggère que le fait d'aller à une école, même primaire (possiblement l'école en milieu urbain), permettrait aux jeunes filles du milieu rural d'acquérir des connaissances préventives essentielles pour leur santé maternelle.

**Tableau 12: Test de modification de l'effet**

Niveau d'instruc	OR	[95% Conf. Interval]		Weight
Non alphabétisée	3.888889	.9875979	15.89077	1 (exact)
Ecole non formel	2	.0127932	234.4954	1 (exact)
primaire	1.5	.1446734	15.17336	1 (exact)
secondaire	1.607143	.300432	9.381637	1 (exact)
Crude	2.857143	1.230092	6.753928	(exact)
Standardized	1.989247	.3521652	11.2365	

**Tableau 13: Test de modification de l'effet avec Breslow-Day de l'homogénéité**

Niveau d'instruc	OR	[95% Conf. Interval]		M-H Weight
Non alphabétisée	3.888889	.9875979	15.89077	1.285714 (exact)
Ecole non formel	2	.0127932	234.4954	.2 (exact)
primaire	1.5	.1446734	15.17336	.8571429 (exact)
secondaire	1.607143	.300432	9.381637	1.435897 (exact)
Crude	2.857143	1.230092	6.753928	(exact)
M-H combined	2.379992	1.058283	5.35241	

Test of homogeneity (M-H)       $\chi^2(3) = 1.14$      $Pr > \chi^2 = 0.7681$

Test of homogeneity (B-D)       $\chi^2(3) = 1.14$      $Pr > \chi^2 = 0.7662$

Test that combined OR = 1:

    Mantel-Haenszel  $\chi^2(1) = 4.43$

$Pr > \chi^2 = 0.0354$

## 9 Discussion

La discussion est menée d'abord séparément pour les résultats de chaque approche méthodologique, à savoir revue de la littérature, examen des documents de politique et enquête sur les connaissances des adolescentes sur la fistule obstétricale.

### 9.1 Discussion de la revue de la littérature

Cette étude a proposé une classification innovante de stratégies préventives qui est spécifique aux cibles, les populations ou le système de santé. Les stratégies de prévention ont été classés en: stratégies basées sur la population [comportement et facteurs de risque] et stratégies basées sur le système des soins [accessibilité, offre d'interventions effectives].

Stratégies basées sur le système des soins inclus l'accessibilité, la disponibilité et la fourniture de soins obstétricaux d'urgence, former et charger les infirmières et sages-femmes locales pour effectuer les césariennes d'urgence, offrir gratuitement des césariennes aux femmes, la fourniture d'hôpitaux bien équipés pour soigner les urgences obstétricales, améliorer l'accès à la planification familiale.

Stratégies basées sur la population inclus la promotion de la pratique de l'espacement des naissances, le soutien des accoucheurs qualifiés pendant la grossesse, promotion de l'éducation des filles, retarder le mariage précoce, sensibiliser les communautés locales sur les facteurs culturels, sociaux et physiologiques qui conditionnent et contribuent au risque de fistule, réduire la malnutrition et la pauvreté, réduire les inégalités entre les sexes et réorientation culturelle. Autonomiser des femmes, avec des informations sur la fistule obstétricale n'a pas vraiment été explorées comme une stratégie de prévention de la fistule obstétricale.

La classification des stratégies de prévention avait été faite récemment par Lewis Wall, qui regroupe des stratégies en court et long terme (L Lewis Wall 2012). Le défaut de cette classification, c'est qu'il est plus facile pour les bailleurs de fonds potentiels de se concentrer sur les stratégies à court terme, car ce sont ceux qui peuvent donner des résultats rapides. Les bailleurs de fonds doivent être en mesure de prouver que leur soutien, qui est habituellement

de nature financière ou technique a donné des résultats tangibles. Mais c'est le problème même avec cette orientation, les stratégies à court terme ne résolvent pas le problème. En fait, il est un fait connu que les pays développés n'ont pas enregistré un seul cas de fistule obstétricale dans plus de 100 ans (The Fistula Foundation 2013). Des stratégies à court terme n'ont pas été utilisées pour éradiquer le problème dans cette partie du monde, et il est de mon avis que, même maintenant, ils ne résoudreont pas les problèmes au sein de la ceinture de la fistule. La classification innovante proposée par cette étude est spécifique aux cibles : les populations ou le système de santé.

En principe, les stratégies basées sur la population correspondent aux stratégies à long terme comme proposées par Wall L., tandis que les stratégies basées sur le système de la santé correspondent aux stratégies à court terme. Ces stratégies à long terme sont moins chères et plus durable (L Lewis Wall 2012). Beaucoup d'emphase est mis sur les stratégies basées sur le système de santé, qui sont en réalité trop cher et qui ont toujours besoin du soutien des bailleurs de fonds internationaux (Slinger 2011). Il est logique que l'accent soit mis sur le renforcement des systèmes de santé et le renforcement des compétences, comme on sait que les systèmes de santé forts peuvent potentiellement augmenter les chances pour les femmes d'accéder en temps opportun à des soins de santé qualifiés - notamment des soins obstétricaux d'urgence, qui peut ensuite réduire les morbidités et des mortalités associées à la grossesse et à l'accouchement. Mais, les femmes dans la plupart des pays encore en proie à la fistule obstétricale ne pourraient toujours pas être en mesure d'accéder au système de soins de santé afin de bénéficier de soins adéquats. Il y a des nombreuses raisons pour cela, dont certaines charnières sur les droits des femmes, l'autonomisation des femmes, l'inégalité des sexes et les normes culturelles. Certaines de ces femmes pourraient ne pas avoir le pouvoir de décision sur leur propre santé reproductive. Il y a des communautés où les femmes ne peuvent même pas décider quand elles veulent avoir des enfants, le nombre d'enfants qu'elles veulent avoir ou où accoucher leur bébé. La contraception est encore un tabou dans certaines communautés. Ce sont les problèmes clés qui doivent être abordés. Cependant, il sera très difficile d'obtenir une autonomisation des femmes, que ce soit sur le plan social ou économique, en raison des nombreux investissements que cela impliquerait en terme financier et temporel. L'évolution de ces structures peut prendre des générations à se produire, et j'abonde dans le sens que les interventions «quick fix» par «résultats tangibles» que les partenaires de développement ont

vulgarisé, ne sont pas la voie à suivre dans le but d'obtenir des «résultats durables». En fait, quel est le but de «résultats tangibles» s'ils ne sont pas des "résultats durables"?

En réalité, la condition est tout à fait évitable; accouchement prolongé est estimé à représenter 76% à 97% de la fistule obstétricale (Semere & Nour 2008). La réparation chirurgicale est entièrement logique pour le traitement des fistules actuelles. Il est moins évident de déterminer la stratégie la plus efficace pour prévenir les fistules, en grande partie en raison des interactions complexes entre les facteurs médicaux, sociaux, économiques et environnementaux présents dans les pays où les fistules sont fréquentes. Il n'y avait aucune étude a trouvé au cours de la recherche, qui portait sur l'évaluation ou bien l'évaluation économique des stratégies de prévention, afin de montrer l'efficacité ou plutôt la cout-efficacité des stratégies de prévention de la fistule obstétricale. Il semble que la plupart des bailleurs de fonds ont seulement donné de l'argent basé sur des aspects sentimentaux, en effet, ils n'ont pas en général aucune preuve tangible de l'efficacité des interventions dont leur argent est dépensé.

Cette revue de la littérature présente certaines limitations. Premièrement, la méthode n'a pas fait une tentative de vérifier la qualité de la source de données, comme cela aurait été fait en une revue systématique.

Deuxièmement, la revue de la littérature n'a pas inclus d'autres comorbidités qui pourraient se produire avec des fistules, comme le prolapsus utérin et l'autre complexe de blessure du travail obstétrical comme cicatrisation vaginale et la sténose.

## **9.2 Discussion de la revue de documents politiques**

Le gouvernement burkinabé a montré son engagement à éradiquer la fistule obstétricale avec ses politiques, les conventions ratifiées et programmes mis en œuvre avec l'appui des partenaires. Il y a eu tellement de nombreux programmes dans le passé, mené par l'UNFPA et par différentes ONG. En résumé, les ONG ont surtout porté sur le dépistage et la prise en charge des patientes atteintes de fistules obstétricales, tandis que l'UNFPA a tenté de mettre en place un programme ambitieux couvrant la prévention, la prise en charge et la réinsertion. Alors que le gouvernement a donné la responsabilité de la coordination de ces programmes à

la DGSF, le point crucial est de savoir comment sont les stratégies mises en œuvre au sein de ces programmes ont été choisis? Il n'y a pas des études sur l'efficacité ou de la cout-efficacité effectuées au Burkina Faso. Le mode de formulation des stratégies utilisées dans les programmes de fistules obstétricales sont principalement basées sur les interventions que les organismes d'exécution estiment qu'elle devrait produire des résultats, et non sur des preuves. En outre, il y a peu de participation des patientes souffrant de fistules eux-mêmes et les adolescentes burkinabées dans la conception du programme.

Revoir les politiques gouvernementales sur les cinq domaines pré-identifiés, on peut en déduire quelques conclusions cruciales. Au niveau de la planification familiale, à la suite de la ratification par le gouvernement de plusieurs conventions internationales sur le contrôle de la population et des efforts concertés avec les partenaires, il y a eu une baisse des besoins non satisfaits des femmes mariées pour la planification familiale de 29% en 2003 à 23.8% en 2010 (INSD & ORC Macro 2004; INSD & ICF International 2012). Cependant il convient de noter que certaines actions peuvent être contre-productives. En incluant une taxe de 2.4% sur les produits de planification familiale dans le secteur privé, ce qui a entraîné une hausse des prix de ces produits bénéfiques (JHPIEGO 2013). En effet, le gouvernement ne peut pas servir l'ensemble de la population, et c'est pourquoi toute forme d'encouragement à tous les acteurs qui souhaitent à supporter des efforts de planification de la famille, y compris ceux du secteur privé ira un long chemin à s'assurer que tous les besoins non satisfaits en planification familiale sont remplis. De l'EDSBF 2010, c'est évident que le groupe le plus vulnérable de la fistule obstétricale est celles qui ont les besoins non satisfaits les plus élevés. Les besoins des jeunes filles âgées 15 -19 ans est de [21.1%] et 20 -25 ans est de [23.2%]. Les zones rurales [18.1%] ont plus besoins non satisfaits élevés que dans les zones urbaines [14.5%] pour espacer et pour limiter (INSD & ICF International 2012).

Au niveau de la réduction des mariages d'enfants. Le Burkina Faso est signataire de l'article 1 de la convention relative aux droits de l'enfant (CRC) qui définit l'enfant comme «chaque humain âgé de moins de dix-huit ans." Malgré cela, l'Art 238 autorise le mariage des filles de moins de quinze ans (Ministère de la justice 1989). Ces messages contradictoires ne peuvent pas protéger les jeunes filles qui sont forcées à des mariages précoces.

Il existe des inégalités dans le nombre de femmes qui atteignent l'enseignement primaire par rapport aux hommes. Il y a un consensus général que donner une personne une opportunité pour l'éducation autonomisera l'individu, plus une femme. Même si cela s'avère difficile, l'occasion unique de partager des informations cruciales avec la plupart des femmes qui en ont besoin n'est pas maximisée. Les programmes de santé sur la RTB Burkina sont transmis en français. Cela marginalise les filles qui en ont le plus besoin, celles qui vivent dans les zones rurales, qui sont surtout analphabètes et ne comprennent pas la langue française.

Le CNLPE créé en 1990 a utilisé toutes les parties prenantes, y compris les membres des communautés locales comme les chefs religieux à réduire efficacement les cas de mutilations génitales féminines au Burkina Faso. Le travail du CNLPE a été évalué et a été généralement jugé positif (Courants de femmes 2012). Il y a eu une réduction évidente du nombre de MGF, comme en témoigne les chiffres de la dernière version de l'EDSBF. On peut remarquer que la proportion des femmes excisées diminue de manière importante des générations les plus anciennes (89 % à 45-49 ans) aux générations les plus récentes [58% à 15-19 ans]. Je crois que le Burkina Faso va dans la bonne direction et dans quelques années, la pratique de l'excision sera éradiquée.

Sur le plan financement, la formule de partage des coûts de soins obstétricaux [80:20] a permis pour plus de femmes à utiliser les services, mais la durabilité d'un tel système reste incertaine dans le contexte dynamique du Burkina Faso.

Les résultats de cette méthode sont uniquement basées sur des documents et rapports qui ont été trouvés et accessibles.

L'examen ne comprenait pas l'évaluation à mi-parcours du programme du FNUAP lutte contre la fistule obstétricale 2009 – 2015.

### 9.3 Discussion de l'enquête

Les résultats de cette enquête parmi des jeune femmes Burkinabè en début d'âge de procréation résidentes en province suggèrent que les prévalences de la sensibilisation à la fistule obstétricale ou des connaissances permettant éviter celle-ci sont faibles autant en milieu urbain que rural (entre 27% et 48%). Ce n'est pas suffisant pour la propagation du message, et il y a une nécessité d'améliorer la connaissance globale sur la fistule obstétricale chez les adolescentes afin de réduire l'incidence de la maladie. En plus, les femmes en milieu urbain était presque trois fois plus probable de posséder des connaissances préventives par rapport aux femmes en milieu rural. La qualité a été jugée sur la connaissance des facteurs de risque de la fistule obstétricale, les symptômes de la fistule obstétricale, la durée normale du travail et la source des soins obstétricaux d'urgence.

Généralement, il y a une nécessité de campagnes de fistules obstétricales à améliorer la connaissance des fistules obstétricales chez les adolescentes au Burkina Faso. Plus précisément, avec la connaissance la plus pauvre des adolescentes en milieu rural Boromo, cela signifie donc que les interventions plus adéquates au milieu sont nécessaires pour changer les perceptions erronées sur la fistule obstétricale et les remplacer avec des informations exactes. En outre, ces programmes doivent être adaptés aux jeunes afin d'attirer, d'engager et de maintenir les jeunes filles.

Suite à l'analyse ajustée pour niveau d'instruction scolaire, l'odds ratio réduit d'un tiers, suggérant que l'alphabétisation, voire même l'éducation primaire de base joue un rôle important dans l'amélioration de la connaissance de la fistule obstétricale et finalement prévenir son apparition. Une partie de l'avantage qu'ont les femmes en milieu urbain serait donc expliqué par leur scolarisation. Le milieu scolaire pourrait donc être un lieu de partage et d'apprentissage des autres jeunes filles, ou plus techniquement, le fait que ces jeunes filles ont eu l'occasion d'apprendre en langue française aurait pu potentiellement aidés à entendre et comprendre des messages sur la fistule obstétricale, quand ils sont étant diffusée sur les médias. L'analyse a également montré que les filles, qui avaient enseignement inférieur, a également eu une mauvaise connaissance sur la fistule obstétricale. Cette constatation souligne en outre la nécessité d'éduquer les filles et éliminer les inégalités entre les sexes dans l'éducation. Les filles ont besoin d'être motivés pour aller à l'école et elles ont également



besoin de soutien à l'éducation. Il y a une nécessité d'une collaboration intersectorielle entre les ministères de la santé et de l'éducation, afin de promouvoir l'éducation des filles, dans le but d'améliorer leur état de santé maternelle. Un document de travail de l'OMS a reconnu la nécessité de favoriser les liens multisectoriels entre les ministères de la santé, l'éducation et la protection sociale, si des améliorations doivent être apportées dans la santé maternelle (Lule et al. 2003). Une étude qualitative menée au Burkina Faso en 1993 a déjà proposé que l'éducation sexuelle devrait être introduite plus tôt qu'au début de l'école secondaire et que le programme devrait comprendre des discussions sur les normes sociales et des croyances, de la contraception et de leurs modes d'action, leurs avantages et inconvénients, la peur de l'infertilité et le choix du partenaire (Diesfeld 1993). En plus de ces suggestions, les discussions ont porté sur les complications des mariages précoces et des grossesses précoces, comme la fistule obstétricale doit être ajoutée.

En outre, il y a une distinction claire entre les niveaux de scolarité atteints par les adolescentes à Boromo urbain et celles à Boromo rural. Plus des adolescentes atteignent l'éducation primaire de base et l'enseignement secondaire dans le groupe urbain qu'au milieu rural. Le fait que la plupart des adolescentes urbaines avaient un certain niveau d'éducation signifie qu'elles comprennent probablement la langue française. D'autre part, la plupart des adolescentes de Boromo rural sont analphabètes (OR=2.64 IC-95%, 1.18-5.89). Cela pourrait avoir un impact massif sur la quantité d'informations qu'elles peuvent comprendre. La plupart de ces filles ne pouvaient que communiquer oralement dans le Djoula (dialecte local) et à peine compris un mot de la langue française. Cela pourrait expliquer la raison pour laquelle la plus fréquente source de la sensibilisation n'était pas par les médias en Boromo rural, comme la plupart des adolescentes ici n'aurait pas été en mesure de comprendre les détails des programmes de radio, même si elles étaient à l'écoute. Celles adolescentes qui étaient au courant en milieu Boromo rural surtout entendu parler de la famille et les amis, c'est le bouche à oreille. Par conséquent, même s'il n'y avait pas de différence statistiquement significative de la prévalence de la sensibilisation entre les groupes urbain et rural, la différence majeure est la source de l'information. Pour les adolescentes de Boromo rural qui ont été informées de bouche à oreille, comment pouvons-nous vérifier l'authenticité et la qualité de l'information reçue? C'est probablement la raison pour laquelle les croyances superstitieuses qui entourent la fistule obstétricale sont encore largement répandues dans les communautés rurales. Cela dit, même si la plupart des participants d'étude dans le groupe rural ont été mis au courant de la fistule

obstétricale par le bouche à oreille de familles et amis, il est important de reconnaître le potentiel de ce moyen de diffusion de l'information. Dans le sens réel, l'information peut se propager rapidement à travers ce moyen, ce que nous devons garder à l'esprit est l'information particulière qui est propagée, afin de s'assurer que l'information précise et correcte sur la fistule obstétricale est diffusée parmi les filles.

Mais, plus des adolescentes à Boromo rural pensaient qu'elles étaient à risque de complications lors de l'accouchement. Peut-être les adolescentes rurales effectivement reconnaissent qu'elles sont désavantagées lors de l'accouchement ou qu'elles perçoivent le processus de l'accouchement comme une période de grand risque. C'est un autre point de l'action. Les filles dans les communautés rurales qui sont déjà enceintes doivent être sensibilisées sur l'endroit où elles peuvent demander du soutien qualifié pendant l'accouchement. Cela pourrait soulager leurs inquiétudes et leurs craintes du processus.

L'étude n'a trouvé aucune différence dans la prévalence de la connaissance entre les femmes qui ont été enceintes [et donc probablement eu une chance d'être informée par une accoucheuse (qualifiée ou non) de la fistule obstétricale] et celles qui n'ont pas été enceintes avant. On peut supposer que toutes les adolescentes précédemment enceintes, utilisés de l'hôpital lors de l'accouchement, comme en témoigne le fait que toutes les adolescentes incluses dans l'enquête ont dit qu'elles aimeraient accoucher à l'hôpital et également identifié l'hôpital comme le site pour accéder des soins obstétricaux d'urgence. Ainsi, le fait qu'il n'y a pas de différence entre les femmes enceintes et non enceintes en termes de la sensibilisation de la fistule obstétricale peut signifier que les travailleurs de la santé n'ont pas été maximisant l'occasion unique de partager l'information lorsque les femmes enceintes contacter le système de santé, en gardant à l'esprit que la plupart des adolescentes croient qu'elles ne peuvent pas avoir des complications à l'accouchement (approximativement 90% de la population étudiée). Cela pourrait être un domaine utile à explorer, qui est de relier les messages de fistule obstétricale à visites prénatales et post-natales.

Les résultats de cette étude ont montré que tous ces facteurs de risque sont plus élevés dans les zones rurales, par rapport aux zones urbaines. Ceci est un pointeur que beaucoup d'accent doit être placé dans les zones rurales, si nous voulons vraiment éradiquer la fistule obstétricale. Les caractéristiques démographiques de cette enquête sont assez similaires aux données de

l'ESDBF. Une étude a été conduite par Tebeu et al a déjà conclu que le risque de développement d'une fistule était plus accru chez les jeunes filles au niveau d'éducation faible, mariées à un jeune âge et ayant un accès limité aux services de santé maternelle de qualité. (Tebeu et al. 2009). D'après les résultats obtenus dans cette étude, 45.5% des adolescentes étaient déjà mariées dans le groupe années 18 à 20. Les résultats sont très similaires aux chiffres cités par le FNUAP, qui signale qu'en moyenne, près d'une jeune fille sur deux seront mariées avant leur 18<sup>ième</sup> anniversaire (UNFPA 2012b). L'âge médian de mes estimations était de 18 ans, comparativement à 17.7 ans de la version la plus récente de l'EDSBF. De ces résultats, il est évident que les adolescentes en milieu rural sont plus susceptibles de se marier que les adolescentes dans les zones urbaines. 65.5% des adolescentes dans les régions rurales de Boromo étaient déjà mariées, alors que seulement 27% déclaraient être mariés dans les zones urbaines de Boromo [5.14 (IC-95%, 1.18-5.89),  $p < 0.001$ ]. Ceci est corroboré par le Population Council, qui a dit que près de deux tiers (62 %) des filles des zones rurales âgées de 20 à 24 ans ont indiqué avoir été mariées avant l'âge de 18 ans (Brady et al. 2007). De ces résultats, les filles des zones rurales sont presque trois fois plus susceptibles de se marier avant l'âge de 18 ans que celles des zones urbaines. Si les adolescentes de milieux ruraux sont trois fois plus enclins à se marier précocement et donc à risque de grossesse chez les adolescentes, ce qui les met donc à risque de fistule obstétricale lors de l'accouchement, puis davantage l'accent sur cette population est nécessaire pour endiguer la vague. En outre, bien que l'âge légal du mariage soit de 17 ans pour les filles au Burkina Faso, certaines sont mariées beaucoup plus tôt. La gamme de l'âge du mariage de mon étude était de 15 ans à 20 ans sur les 55 adolescentes qui ont déjà été mariées, même si d'autres études ont montré que six pour cent des filles rurales le sont avant l'âge de 15 ans (Brady et al. 2007). Boromo rural avait aussi plus d'adolescentes qui avaient été précédemment enceintes par rapport aux zones urbaines Boromo [OR=2.83 (IC-95%, 1.27-6.36),  $p=0.005$ ]. L'étude montre que les adolescentes de Boromo rural sont presque trois fois plus de risques de tomber enceinte par rapport aux adolescentes de Boromo urbaine. La plupart des adolescentes ont déjà eu une grossesse de 18 ans, et cela signifie que les interventions planifiées doivent être ciblées sur les filles avant cet âge.

Certaines limitations identifiées comprennent:

- L'échantillonnage en grappes: Dans beaucoup de situations, les grappes seront probablement formées par des ensembles d'individus qui sont plus homogènes que la population dans son ensemble. Par exemple, les personnes vivant dans le même village

sont susceptibles d'être similaires en termes de caractéristiques de mode de vie. Si c'est le cas, les individus dans un échantillon de quartiers fournissent moins d'informations que d'un échantillon de taille similaire obtenue à partir de l'ensemble de la population étudiée.

- Taille de l'échantillon : En raison de l'échelle de l'étude et des ressources limitées, seul un nombre limité de participants pourrait être ajouté à l'étude.
- Biais de Neyman : Ce biais est lié à la capacité des participants à rappeler des événements passés avec une précision parfaite. Cela agrandit ou réduit les effets de certaines variables.
- L'étude a comparé deux niveaux géographiques différents : Boromo urbain était composé de départements (1<sup>er</sup> niveau) et les concessions (2<sup>ième</sup> niveau), tandis que Boromo rural était composée de départements (1<sup>er</sup> niveau) et villages (2<sup>ième</sup> niveau).
- Le biais d'Inter-observateur, à cause de l'utilisation de plus d'un enquêteur : Cela a été réduit par la formation de tous les enquêteurs à la même heure et au même endroit. La procédure opérationnelle standardisée a également contribué à réduire le risque de cette forme de partialité.
- En plus de cela, je dois mentionner que pendant la phase de planification initiale de cette recherche, une recherche de méthodes mixtes a été proposée, qui a été orientée vers l'utilisation de méthodes quantitatives et qualitatives pour évaluer l'étendue des connaissances, attitudes et pratiques sur la fistule obstétricale de toutes les parties prenantes dans l'étude, y compris: les hommes, les chefs communautaires, les chefs religieux, les ONG et les organisations internationales. Malgré cela, il convient de souligner que l'étude est bien faite en termes de faible proportion de contacts refusant la participation, ce qui suggère que l'échantillon utilisé est représentatif (pas de biais d'inclusion). Mais, je crois fermement que la manque des informations qualitatives c'est une lacune importante à combler par de futures études, en particulier parce que l'information qualitative de ces principaux acteurs serait très important à l'avenir, pour concevoir des programmes de fistules obstétricales qui sont réalisables, réalistes et durables au Burkina Faso et même dans d'autres pays en développement.

## 10 Conclusion

Pour revoir les objectifs définis au début de cette recherche, il y a fortes indications que les facteurs contextuels qui favorisent la fistule obstétricale au Burkina Faso sont les mêmes facteurs provenant d'autres pays de la ceinture de la fistule, où le problème persiste encore. Je crois donc que les recommandations issues de cette recherche sont potentiellement transférables à d'autres pays où elles pourraient servir de base pour la formulation des objectifs du programme pour d'autres programmes de la fistule obstétricale.

La pénurie de stratégies fondées sur des preuves (c'est-à-dire, avec évaluation de programmes) pour la prévention de la fistule obstétricale est très frappante. Les stratégies de prévention ont été principalement basées sur la logique commune et pas de preuves scientifiques, ce qui a constitué la base de bonnes pratiques en matière de santé publique moderne. En outre, les programmes doivent être adaptés au contexte local et impliquent des patientes souffrant de fistules elles-mêmes pendant la phase de conception.

En dépit des réalisations remarquables et des progrès réalisés dans la réduction de la mutilation génitale féminine et la fourniture d'accoucheuses qualifiées au Burkina Faso, il y a des contradictions entre la volonté du gouvernement et les actions du gouvernement dans le domaine de la fourniture de la planification familiale, la réduction des mariages précoces et l'éducation des jeunes femmes. Il ne peut pas y avoir des lois qui soutiennent le mariage de 15 ans filles, ou les taxes sur les produits de planification familiale dans le secteur privé, si le gouvernement veut éradiquer la fistule obstétricale au Burkina Faso. Des efforts concertés pour réduire le problème sont nécessaires pour diminuer l'incidence de la fistule obstétricale au Burkina Faso. En général, il y a une nécessité d'une politique globale sur la fistule obstétricale d'aborder tous les éléments clés de sa gestion dans le pays.

L'enquête réalisée a montré la nécessité de donner la priorité aux zones rurales au Burkina Faso, car les jeunes filles qui vivent dans les zones rurales ont un risque plus élevé pour la fistule obstétricale. Les résultats essentiels tels que la mauvaise connaissance globale de la fistule obstétricale chez les adolescentes, en particulier dans les communautés rurales au Burkina Faso montrent pourquoi elle demeure un gros problème dans le pays. Le résultat que l'écart en connaissances entre femmes rurales et urbaines serait réduit parmi le groupe ayant

fréquenté l'école primaire ou secondaire, souligne le besoin d'éradiquer le non scolarisation des jeunes filles, car elle induit des pertes de chances en santé et induit des inégalités au-delà de l'origine de la famille.

En outre, la recherche a également mis en lumière qu'il y a des politiques contradictoires qui ne concordent pas avec les désirs du gouvernement pour éradiquer la fistule obstétricale. Et enfin, qu'il existe un besoin bourgeonnant pour les études sur l'efficacité et la rentabilité en ce qui concerne les stratégies de prévention de la fistule obstétricale. Ces problèmes soulevés par cette étude doivent être abordés pour accomplir des progrès dans l'éradication de la fistule obstétricale du pays.

Il est essentiel que le gouvernement du Burkina Faso soit pleinement engagé dans la lutte contre ce problème. L'inclusion de la fistule comme une priorité de santé publique dans les politiques et programmes nationaux est un indicateur important du niveau d'engagement au niveau du pays. Mais nous avons aussi besoin de suivre les politiques avec des programmes réalisables, qui sont basés sur les preuves. En outre, si nous sommes capables de favoriser un soutien financier, nous allons certainement avoir un système plus robuste qui peut aider à promouvoir une approche plus intégrée au Burkina Faso.

Il est bien sûr important de renforcer le système de santé national, car il crée l'infrastructure à la fois pour renforcer les mécanismes de prévention et effectuer des réparations de qualité de la fistule. Par ailleurs, faire appel à des chirurgiens et autres personnels de santé étrangers pour traiter les fistules n'est pas viable. En plus de tout cela, nous avons besoin de nous attaquer aux causes menant à la fistule. Non seulement celles liées aux retards dans l'accès aux soins qui pourraient augmenter le risque de fistule chez une femme, mais aussi celles associées à des facteurs sociaux, intégrés aux normes culturelles, les relations entre les sexes et l'éducation des femmes et l'autonomisation.

Enfin, même si la recherche a porté sur l'importance du volet de prévention dans les programmes de la fistule, l'importance des deux autres volets de la programmation de la fistule, qui sont la prise en charge et la réinsertion (sociale et économique), est indéniable. J'aime la façon dont Slinger la décrit. Elle a comparé la programmation de la fistule obstétricale à une baignoire qui se remplit avec de l'eau, tandis que nous tentons d'enlever l'eau de la

baaignoire avec une tasse. Ce que nous devons vraiment faire est d'arrêter le robinet, puis continuer d'enlever l'eau avec la tasse (Slinger 2011). Alors que ma recherche soutient qu'il est plus coût-efficace de se concentrer sur la prévention, la réalité est qu'il y a des cas existants de la fistule obstétricale au Burkina Faso, qui ont aussi besoin d'être pris en compte dans la planification de programmes efficaces. J'encourage non seulement le soutien des organisations et des missions chirurgicales pour traiter les femmes et les soulager de leurs souffrances, mais aussi, ces femmes traitées doivent être bien réintégrées dans leur famille et dans la société. Démystifier les mythes et les croyances culturelles qui entourent la fistule obstétricale aideront les efforts de réinsertion.

Malgré tout ce qui a été dit ci-dessus, cette recherche a fourni des informations essentielles pour concevoir les politiques et les programmes de prévention de la fistule obstétricale. Il est évident que le plus grand problème réside dans les zones rurales, où il y a des filles moins instruites, qui sont à risque de se marier tôt, plus enclines à tomber enceinte à l'adolescence et donc plus à risque d'avoir une fistule. Des stratégies doivent être adaptées au site d'application, qui soit urbain soit rural, pour qu'elles soient plus efficaces.

L'éradication de la fistule obstétricale n'est pas seulement une question de droits humains, mais c'est aussi une question d'inégalité. L'inégalité entre les sexes et l'inégalité au sein du même sexe féminin, les femmes dans les communautés rurales sont plus désavantagées par rapport à celles en milieu urbain. Il est de notre responsabilité de fournir un environnement favorable pour les jeunes filles de s'épanouir et d'exprimer toutes leurs potentialités. Toutes les parties prenantes doivent être intégrées dans les efforts visant à éradiquer la fistule obstétricale.

Il est à espérer que cette proposition est accueillie favorablement. Les résultats seront cruciaux non seulement dans la lutte pour éradiquer la fistule obstétricale, mais aussi dans la quête pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle au Burkina Faso. Ils contribueront également en fin de compte à la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement et aux objectifs post-OMD qui seront générés à partir de 2015.

## **11 Recommandations**

Un engagement politique considérablement intensifié et la mobilisation financière sont nécessaires pour accélérer les progrès vers l'élimination de la fistule obstétricale au Burkina Faso. Il y a la nécessité d'une bonne pratique en matière de gestion de projet et l'évaluation des programmes de la fistule obstétricale. La participation des jeunes adolescentes et en particulier les jeunes patientes fistuleuses obstétricales et la mise en œuvre de politiques fondées sur des preuves sera important à l'avenir.

En outre, les efforts pour améliorer la santé des femmes devraient systématiquement inclure l'éducation des femmes et des filles, l'autonomisation économique, y compris l'accès au microcrédit et de la micro-finance et les réformes juridiques et les initiatives sociales pour relever l'âge du mariage et de retarder la première grossesse.

### **11.1 Feuille de route proposée**

Des actions essentielles spécifiques qui peuvent être prises de toute urgence pour mettre fin à la fistule obstétricale au Burkina Faso sont les suivantes:

#### **11.1.1 Recommandations basées sur la population**

1. L'autonomisation des femmes qui ont été victimes de la fistule obstétricale a contribué à leur mobilisation en tant que défenseurs de l'élimination de la fistule et de la maternité sans risque et à la sensibilisation des communautés;
2. Mobiliser les communautés et les femmes en particulier, les impliquer, les informer et les responsabiliser en matière de services de santé génésique ainsi qu'aux besoins de santé maternelle, à l'utilisation des services et au soutien aux femmes pour l'accès à ces services;
3. Intégration des patientes fistuleuses dans la conception des programmes de prévention de la fistule obstétricale;



4. Créer des «clubs de la fistule» comme un relais d'information pour les jeunes filles en particulier dans les communautés rurales, afin de partager des expériences acquises et d'acquérir des informations de qualité sur la fistule obstétricale. Les filles qui n'ont pas pu aller à l'école formelle pourront profiter de ces clubs. Les clubs pourraient être élargis à des «clubs de santé génésique». Les clubs seraient établis dans les communautés et dans les écoles, afin de s'assurer que toutes les jeunes filles ont l'occasion d'entendre le bon message sur la prévention de la fistule obstétricale;
5. Renforcement et élargissement des interventions visant à maintenir les filles à l'école, en particulier pour le post-primaire et au-delà, à mettre fin au mariage précoce et à promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles. Les lois interdisant le mariage des enfants doivent être appliquées et suivies de mesures d'incitations novatrices pour les familles afin de les empêcher de marier leurs filles à un âge précoce, en particulier dans les communautés rurales et éloignées;
6. Assurer la participation des hommes et des garçons comme acteurs clés dans le plaidoyer pour la prévention en appuyant l'accès des femmes aux soins de santé reproductive et les droits, l'égalité des sexes, en mettant fin à la violence contre les femmes et les filles, et en prévenant les mariages précoces;
7. Promouvoir la participation accrue de la société civile et des chefs religieux et communautaires locaux dans la sensibilisation et la réduction de la stigmatisation, la discrimination, la violence contre les femmes et les filles et les pratiques néfastes telles que les mariages précoces et les mutilations génitales féminines;
8. Renforcement de la sensibilisation et du plaidoyer dans les médias, en utilisant le dialecte local pour atteindre efficacement les adolescentes, les familles et les communautés avec des messages clés sur la prévention de la fistule;
9. La collaboration avec le secteur des transports pour avoir une option de transport abordable, et la promotion et le soutien de solutions communautaires telles qu'un service d'ambulance communautaire avec des motos;

### **11.1.2 Recommandations basées sur le système des soins**

10. Renforcement de la recherche, en mettant l'accès sur la détermination des écarts d'information et la méthode la plus efficace de diffuser l'information, en utilisant l'évaluation économique des stratégies de prévention;
11. Effectuer une mise à jour des évaluations des besoins en matière de soins obstétricaux d'urgence et de fistule obstétricale;
12. Un investissement accru dans le renforcement du système de santé, en veillant à ce que les ressources humaines soient adéquatement formées et qualifiées, en particulier les sages-femmes, les obstétriciens, les gynécologues et les médecins; en investissant dans les infrastructures, les mécanismes d'orientation, l'équipement et les chaînes logistiques, en améliorant les services de santé maternelle et en s'assurant que les femmes et les filles ont accès au continuum complet des soins;
13. Augmentation du budget national de la santé, en s'assurant des fonds suffisants soient alloués à la santé reproductive, et y compris à la fistule obstétricale;
14. L'accès équitable, à travers des plans, des politiques et des programmes qui rendent les services de santé maternelle, la planification familiale, en particulier la présence d'accoucheuses qualifiées et de soins obstétriques d'urgence et de traitement de la fistule obstétricale géographiquement et financièrement accessibles, en particulier dans les zones rurales et éloignées;
15. Le renforcement et l'amélioration de la surveillance du système de subvention des services de santé maternelle afin de réduire le sabotage par des agents de santé et s'assurer que l'obstacle financier à l'accès aux services pour les femmes et les jeunes filles soit enlevé;
16. Intégration de la campagne de prévention de la fistule avec les stratégies de santé maternelle existantes, telles que les soins prénataux et de planification familiale;

17. Renforcement de la coopération internationale, y compris un soutien technique et financier visant l'élimination de la fistule;
18. Création d'une équipe nationale spéciale et un politique nationale dédiée à la fistule obstétricale, afin d'améliorer la coordination et la collaboration avec les partenaires;
19. L'élaboration d'un mécanisme communautaire pour la notification systématique des cas de fistules obstétricales dans un registre national pour favoriser la détection précoce et assurer la prévention secondaire.

## **11.2 Rôles spécifiques pour les acteurs**

Cette section proposera des rôles spécifiques pour les différents acteurs qui se préoccupent de la fistule obstétricale.

### **11.2.1 Rôle des organisations internationales**

- I. Les organisations internationales doivent se concentrer sur la fourniture d'un soutien technique et financier aux initiatives de prévention contre la fistule obstétricale dans les pays en développement, en gardant à l'esprit que les stratégies de prévention axées sur la population sont plus durables et donneront les résultats souhaités à long terme.
- II. Les organisations internationales devraient également documenter les meilleures pratiques dans les différents pays au sein de la ceinture de la fistule, afin de s'assurer qu'il y ait un partage d'expériences entre les pays.

### **11.2.2 Rôle de gouvernement**

- I. Le gouvernement doit faire de l'éradication de la fistule obstétricale une priorité supérieure.
- II. Le gouvernement a besoin de continuer à créer et appliquer des politiques favorables qui appuieraient l'éradication de la fistule obstétricale.
- III. Le gouvernement a également besoin de coordonner tous les efforts des partenaires, notamment les organisations non gouvernementales, afin de s'assurer qu'il n'y ait pas

de doubles emplois d'efforts. Alors que certaines ONG se concentrent sur la prise en charge, le gouvernement devrait encourager les autres à se concentrer sur la prévention.

- IV. En outre, le gouvernement doit renforcer sa surveillance et l'évaluation de ses programmes afin de s'assurer que les individus ne soient pas en train de saboter les efforts du gouvernement, tels que le système de subvention.

### **11.2.3 Rôle des organisations non gouvernementales**

- I. Les ONG devraient s'engager dans des activités de prévention, y compris le plaidoyer pour la réorientation et le changement de comportements culturels dans les communautés, axé sur la réorientation culturelle des mythes et des tabous liés à la fistule obstétricale. L'utilisation innovante de l'information, éducation et communication (IEC) en langage compréhensible par la population locale est fortement encouragée.
- II. En outre, les ONG devraient renforcer leurs efforts de plaidoyer auprès du gouvernement, pour s'assurer que la fistule obstétricale demeure une priorité.
- III. Les leaders d'opinion devraient également être intégrés dans les activités de plaidoyer par des ONG.
- IV. Les ONG devraient également former des partenariats entre elles, bénéficiant de compétences mutuelles. La fistule obstétricale est un gros problème qui profiterait davantage de collaborations plutôt que d'efforts isolés dans différentes parties du pays.

### **11.2.4 Rôle des institutions de recherche**

- I. Les institutions de recherche doivent se concentrer sur l'identification des stratégies de prévention, qui sont les plus efficaces et coût-efficaces pour influencer la formulation des politiques et la conception de programme.
- II. Les résultats de ces recherches devraient être partagés avec les acteurs sur le terrain, afin de s'assurer que la recherche se transforme en action.

### **11.2.5 Rôle des bailleurs de fonds**

- I. Les bailleurs de fonds devraient fournir des fonds pour la recherche pour étudier les stratégies de prévention les plus efficaces et les plus coût-efficaces.
- II. Ils doivent également financer l'évaluation et la mise en œuvre de ces stratégies préventives.

### **11.2.6 Rôle des médias**

- I. Les médias doivent utiliser leur position unique pour fournir des informations sur la fistule obstétricale, pour le public, surtout envers les femmes. Ces informations doivent être données dans un langage compréhensible, en gardant à l'esprit que la majorité de la population dans les zones rurales préfèrent la communication dans le dialecte local.
- II. Les médias devraient aussi s'engager dans des efforts de plaidoyer, ciblant les hommes (en particulier) et les femmes. Les médias peuvent être utilisés pour promouvoir le changement de comportement des pratiques traditionnelles.

### **11.2.7 Rôle des hommes**

- I. Les hommes doivent soutenir ces efforts d'éradication de la fistule obstétricale, en soutenant la planification familiale, en évitant les mariages précoces des filles et en dénonçant les pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines.
- II. Les hommes devraient également être encouragés à travailler comme défenseurs locaux pour la fistule obstétricale dans les communautés locales.

### **11.2.8 Rôle des leaders communautaires**

- I. Les leaders communautaires doivent utiliser leurs positions pour soutenir ces efforts d'éradication de la fistule obstétricale en soutenant la planification familiale, en évitant les mariages précoces des filles et en dénonçant les pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines.

### **11.2.9 Rôle des chefs religieux**

- I. Les chefs religieux ont les voix qui sont tenues en haute estime dans ces communautés. Ils peuvent aussi servir de défenseurs très efficaces pour modifier les comportements.

## Glossaire

**Les besoins non satisfaits pour espacer les naissances** concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée qui n'utilisent pas de méthode de planification familiale et dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu; les femmes fécondes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Sont également incluses dans l'estimation des besoins non satisfaits pour espacer les naissances, les femmes fécondes qui n'utilisent pas actuellement de méthode de planification familiale et qui déclarent qu'elles ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant, à moins qu'elles déclarent que ce ne serait pas un problème si elles apprenaient qu'elles étaient enceintes dans les semaines à venir.

**Les besoins non satisfaits pour limiter le nombre de naissances** concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas souhaitée, les femmes en aménorrhée qui n'utilisent pas de méthode de planification familiale dont la dernière naissance n'était pas voulue et qui ne veulent plus d'enfants et les femmes fécondes qui ne sont, ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode de planification familiale et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants.

**Connaissance** dans cette étude a été définie comme « la conscience des facteurs de risque, les symptômes et les sources possibles d'aide dans le cas de la fistule obstétricale.

**Sensibilisation** dans cette étude est définie comme ayant déjà entendu parler de la fistule obstétricale.

---

## Bibliographie

---

- Africa for Women's rights, 2010. *Burkina Faso*, Ouagadougou. Disponible à :  
[http://www.africa4womensrights.org/public/Dossier\\_of\\_Claims/BurkinaENG.pdf](http://www.africa4womensrights.org/public/Dossier_of_Claims/BurkinaENG.pdf).
- AMCTM, 2004. *Burkina Faso: Boromo*, Marseille. Disponible à :  
<http://www.autourdelenfant.org/fichiers/Burkina-sept04.pdf>.
- ARFOD, 2011. *Projet de prise en charge des fistules obstétricales dans la province des Bale 2012-2014*, Boromo.
- Balima, S.T., 2011. *Plan intégré de communication en faveur d'une maternité à moindre risque et de la réduction des fistules obstétricales*, Ouagadougou. Disponible à :  
[http://www.sante.gov.bf/phocadownload/Textes\\_fondamentaux/Autres/3.pdf](http://www.sante.gov.bf/phocadownload/Textes_fondamentaux/Autres/3.pdf).
- Bangser, M., 2006. Obstetric fistula and stigma. *Lancet*, 367(9509), pp.535–536.
- Beauchamp, T. & Childress, J., 2001. *Principles of biomedical ethics*, USA: Oxford University Press. Disponible à :  
[http://books.google.fr/books?hl=en&lr=&id=\\_14H7MOw1o4C&oi=fnd&pg=PR9&dq=Beauchamp+and+Childress+\(2001\)+ethics&ots=1uWn1HxiVu&sig=E2Hyk8iNdSqFC8H7ZjwJqDck6zE](http://books.google.fr/books?hl=en&lr=&id=_14H7MOw1o4C&oi=fnd&pg=PR9&dq=Beauchamp+and+Childress+(2001)+ethics&ots=1uWn1HxiVu&sig=E2Hyk8iNdSqFC8H7ZjwJqDck6zE) [Consulté le 16 Janvier, 2013].
- Brady, M., Saloucou, L. & Chong, E., 2007. L'adolescence des filles au Burkina Faso: Une clé de voûte pour le changement social. Disponible à :  
[http://www.popcouncil.org/pdfs/2010PGY\\_AdoIGirlsBurkinaFaso\\_fr.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/2010PGY_AdoIGirlsBurkinaFaso_fr.pdf).
- Capes, T. et al., 2011. Obstetric fistula in low and middle income countries. *The Mount Sinai journal of medicine, New York*, 78(3), pp.352–61. Disponible à :  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21598262> [Consulté le 22 Mars, 2013].
- CHR de Dédougou, 2011. *Budget campagne de cure de fistules obstétricales*, Dédougou.
- Cook, R., Dickens, M. & Syed, S., 2004. Obstetric fistula: The challenge to human rights. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, (87), p.72–77.
- Coulibaly, S.O., Gies, S. & Umberto, D., 2007. Malaria burden among pregnant women living in the rural district of Boromo, Burkina Faso. *Am. J. Trop. Med. Hygiene*, (77 (Suppl 6)), pp.56–60. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1709/pdf/pg56.pdf> [Consulté le 18 Décembre, 2012].
- Courants de femmes, 2012. CNLPE - Comité National de Lutte Contre la Pratique de l'Excision. Disponible à : <http://courantsdefemmes.free.fr/Assoces/Burkina/CNLPE/CNLPE.html> [Consulté le 18 Avril, 2013].
- Danso, K.A. et al., 1996. The epidemiology of genitourinary fistulae in Kumasi, Ghana, 1977–1992. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 7(3), pp.117–120. Disponible à : <http://www.springerlink.com/index/10.1007/BF01894198> [Consulté le 14 Janvier, 2013].

- Diesfeld, R.G., 1993. Problems related to schoolgirl pregnancies in Burkina Faso. *Studies in Family Planning*, 24(5), pp.283 – 294. Disponible à : <http://www.jstor.org/stable/2939222> [Consulté le 11 Juin, 2013].
- Direct Relief International, UNFPA & The Fistula Foundation, 2013. Global Fistula Map. Disponible à : <http://www.globalfistulamap.org/>.
- District Sanitaire de Boromo, 2010. *Plan d'action 2011 du district sanitaire de Boromo*, Boromo.
- DRS Boucle du Mouhoun, 2012. *Presentation Generale de la Region Sanitaire*, Dedougou: DRS Boucle du Mouhoun. Disponible à : <http://www.sante.gov.bf/index.php/le-ministere/organisation/les-directions-regionales/drs-boucle-du-mouhoun?format=pdf>.
- DSF, 2006. *Plan d'accélération de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Burkina Faso (Feuille de Route)*, Ouagadougou. Disponible à : [http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R061\\_MOHBURKINAFASO\\_2006\\_Plan\\_dacceelerationMMR\\_Octobre\\_2006.pdf](http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R061_MOHBURKINAFASO_2006_Plan_dacceelerationMMR_Octobre_2006.pdf).
- EFE-Burkina, 2012. Mission Novembre 2012. *Rapports de Missions*. Disponible à : <http://www.efebf.fr/rapports-de-mission/>.
- Every mother counts, 2011. *Fistula Study Guide*. Disponible à : [http://www.everymothercounts.org/sites/default/files/education/files/Fistula-Study-Guide-MPH\\_1.pdf](http://www.everymothercounts.org/sites/default/files/education/files/Fistula-Study-Guide-MPH_1.pdf) [Consulté le 6 Décembre, 2012].
- FCI, 2012. Burkina Faso. *Making Motherhood Safer*. Disponible à : <http://www.familycareintl.org/en/places/5> [Consulté le 22 Décembre, 2012].
- FCI, 2013. *Overcoming obstetric fistula/Surmonter la fistule obstétricale: Burkina Faso*, Youtube. Disponible à : <http://www.youtube.com/watch?v=pJXSlp8ZOAM>.
- Freedman, L.P. et al., 2007. Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation. *Lancet*, 370(9595), pp.1383–91. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17933654> [Consulté le 18 Avril, 2013].
- Freedom House & UNHCR, 2013. *Freedom in the World 2013 - Burkina Faso*. *Refworld*. Disponible à : <http://www.unhcr.org/refworld/country,,,,BFA,,5139c25ac,0.html> [Consulté le 10 Avril, 2013].
- GIZ, 2011. *Female Genital Mutilation in Burkina Faso*, Eschborn, Germany. Disponible à : <http://www.giz.de/Themen/de/dokumente/giz-fgm-EN-burkinafaso-2011.pdf>.
- Hassan, M. & Ekele, B., 2009. Vesicovaginal fistula: Do the patients know the cause? *Annals of African Medicine*. Disponible à : <http://www.ajol.info/index.php/aam/article/view/46438> [Consulté le 15 Janvier, 2013].
- Hilton, P., 2003. Vesicovaginal fistulas in developing countries. *Int J Gynaecol Obstet*, 82(285-95).



- HLSP, 2012. *Progress on taking forward the Global Strategy – Burkina Faso Case Study*, Ouagadougou. Disponible à : [http://www.who.int/pmnch/topics/part\\_publications/pmnch2012report\\_burkina\\_faso\\_case\\_study\\_0920.pdf](http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/pmnch2012report_burkina_faso_case_study_0920.pdf).
- Holme, A., Breen, M. & MacArthur, C., 2007. Obstetric fistulae: A study of women managed at the Monze Mission Hospital, Zambia. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, (114), pp.1010–1017. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17506793>.
- INSD, 2010a. *Analyse de quelques résultats des données de la phase principale de l'enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages: EICVM 2009*, Ouagadougou: INSD. Disponible à : [http://www.insd.bf/fr/IMG/pdf/resultats\\_provisoires\\_EICVM.pdf](http://www.insd.bf/fr/IMG/pdf/resultats_provisoires_EICVM.pdf).
- INSD, 2010b. *La région de la Boucle du Mouhoun en chiffres* INSD, ed., Ouagadougou: Ministère de l'Economie et des Finances. Disponible à : [http://www.insd.bf/fr/IMG/pdf/Boucle\\_Mouhoun\\_2010\\_VF.pdf](http://www.insd.bf/fr/IMG/pdf/Boucle_Mouhoun_2010_VF.pdf).
- INSD, 2007. *Resultats preliminaires du recensement general de la population et de l'habitation de 2006*, Ouagadougou. Disponible à : [http://www.insd.bf/documents/publications/insd/publications/resultats\\_enquetes/autres\\_enq/Rapport\\_preliminaire\\_RGPH06.pdf](http://www.insd.bf/documents/publications/insd/publications/resultats_enquetes/autres_enq/Rapport_preliminaire_RGPH06.pdf).
- INSD & ICF International, 2012. *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV) 2010*, Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International. Disponible à : <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR256/FR256.pdf>.
- INSD & ORC Macro, 2004. *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003*, Calverton, MD. Disponible à : <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR154/FR154.pdf>.
- JHPIEGO, 2013. Advanced Family Planning - Burkina Faso. *Family Planning Advocacy Resources*. Disponible à : <http://advancefamilyplanning.com/resource/burkina-faso-profile> [Consulté le 10 Avril, 2013].
- Kalembo, F. & Zgambo, M., 2012. Obstetric Fistula: A Hidden Public Health Problem In Sub-Saharan Africa. *Arts and Social Sciences Journal*, Vol. 2012:(ASSJ-41). Disponible à : <http://www.doaj.org/doi?func=abstract&id=988019> [Consulté le 8 Décembre, 2012].
- Kolawole, T., Adam, S. & Evans, K., 1978. Comparative pelvimetric measurements in Nigerian and Welsh women. *Clin Radiol*, (29), pp.85–90.
- Konje, J. & Lapido, O., 2000. Nutrition and obstructed labor. *American Journal of Clinical Nutrition J Clin Nutr*, 72(29), p.1S–7S.
- Kouraogo, S., 2013. *Réinsertion sociale des patientes souffrant de fistules obstétricales opérées au CMA de Boromo*. Université de Ouagadougou, Burkina Faso.
- Lougue, S. & Zan, L.M., 2009. *Monographie de la région de la Boucle du Mouhoun*, Ouagadougou.

- Lule, E. et al., 2003. Achieving the Millennium Development Goal of Improving Maternal Health: Determinants, Interventions and Challenges.
- Mandara, M., 2004. Female genital mutilation in Nigeria. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 84(3), pp.291–298. Disponible à: <http://uspace.shef.ac.uk/servlet/JiveServlet/downloadBody/13604-102-1-27954/fgm.pdf> [Consulté le 15 Janvier, 2013].
- MASSN Burkina Faso, 2012. Le CNLPE. Disponible à: <http://www.action-sociale.gov.bf/index.php/le-ministere/les-services/les-structures-rattachees/37-le-cnlpe> [Consulté le 17 Avril, 2013].
- McKinney, T.B., 2006. Fistula women of Africa: The horror of their lives, and hope for their tomorrow.
- Melah, G. et al., 2007. Risk factors for obstetric fistulae in north-eastern Nigeria. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 27(8), pp.819–823.
- Michel, R., 2010. *Utilisation des données statistiques: Rapport Final*, Ouagadougou. Disponible à: [http://www.insd.bf/fr/IMG/ARC-SSN\\_\\_Rapport\\_final\\_Sommaire\\_sante.pdf](http://www.insd.bf/fr/IMG/ARC-SSN__Rapport_final_Sommaire_sante.pdf).
- Ministère de l'économie et des finances & Conseil National de population, 2000. *Politique Nationale de Population du Burkina Faso*, Ouagadougou. Disponible à: <http://www.hsph.harvard.edu/population/policies/burkina.pop.pdf>.
- Ministère de la justice, 1986. *la planification familiale au Burkina Faso*, Ouagadougou: Ministère de la justice.
- Ministère de la justice, 1989. *Code des personnes et de la famille*, Ouagadougou: Ministère de la justice. Disponible à: [http://www.justice.gov.bf/files/Documents en ligne/Textes juridiques/Codes et Lois/Le\\_code\\_des\\_personnes\\_et\\_de\\_la\\_famille.pdf](http://www.justice.gov.bf/files/Documents en ligne/Textes juridiques/Codes et Lois/Le_code_des_personnes_et_de_la_famille.pdf).
- Ministère de la Santé – Burkina Faso, 2010. *Annuaire statistique 2009*, Ouagadougou: Direction Generale de l'Information et des statistiques sanitaires. Disponible à: [http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R057\\_MOHBURKINAFASO\\_2010\\_ANNUAIRE\\_STATISITIQUE\(2009\)\\_FINAL.pdf](http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R057_MOHBURKINAFASO_2010_ANNUAIRE_STATISITIQUE(2009)_FINAL.pdf).
- Ministère de la Santé – Burkina Faso, 2000. *Document de Politique Sanitaire Nationale* Ministère de la Santé – Burkina Faso, ed., Ouagadougou: Les Presses du Faso. Disponible à: <http://www.sante.gov.bf/phocadownload/Rapports/la politique sanitaire nationale psn.pdf>.
- Ministère de la Santé – Burkina Faso, 2001. *Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010* Ministère de la Santé – Burkina Faso, ed., Ouagadougou: Les presses du Faso. Disponible à: <http://www.sante.gov.bf/phocadownload/Rapports/le plan national de developpement sanitaire 2001-2010pnds.pdf>.
- Mueller, J.E. et al., 2006. Neisseria meningitidis serogroups A and W-135: carriage and immunity in Burkina Faso, 2003. *The Journal of infectious diseases*, 193(6), pp.812–20. Disponible à: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16479516> [Consulté le 6 Juin, 2013].

- Mueller, J.E. et al., 2011. Study of a localized meningococcal meningitis epidemic in Burkina Faso: incidence, carriage, and immunity. *The Journal of infectious diseases*, 204(11), pp.1787–95. Disponible à: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3247801&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Consulté le 6 Juin, 2013].
- OECD, 2013. Development aid drops for the first time in 15 years. *OECD insights*. Disponible à: <http://oecdinsights.org/2012/04/04/development-aid-drops-for-the-first-time-in-15-years/> [Consulté le 27 Mars, 2013].
- ONTB, 2009. La carte administrative du Burkina Faso. Disponible à: [www.ontb.bf](http://www.ontb.bf) [Consulté le 16 Avril, 2013].
- Paris 21, 2004. *Rapport sur l'étude pays Burkina Faso*, Paris. Disponible à: [http://www.pnud.bf/DOCS/Paris21 report , version française.pdf](http://www.pnud.bf/DOCS/Paris21%20report%20version%20fran%C3%A7aise.pdf).
- PNUD, 2013. *Rapport sur le développement humain 2013 L'essor du.*, New York: Programme des Nations Unies pour le développement. Disponible à: [http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2013\\_FR.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2013_FR.pdf).
- Le Président du Burkina Faso, 1996. *Loi No. 043/96/ADP du 13 Novembre 1996 portant Code Pénal*, Refworld. Disponible à: [http://www.vertic.org/media/National Legislation/Burkina Faso/BF\\_Code\\_Penal.pdf](http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Burkina%20Faso/BF_Code_Penal.pdf).
- Richard, F et al., 2007. Reducing financial barriers to emergency obstetric care: experience of cost-sharing mechanism in a district hospital in Burkina Faso. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 12(8), pp.972–81. Disponible à: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17697092> [Consulté le 5 Mai, 2013].
- Ridde, V. et al., 2011. The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health policy and planning*, 26 Suppl 2, pp.ii30–40. Disponible à: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22027917> [Consulté le 18 Avril, 2013].
- RTB radio, 2013. Les émissions. Disponible à: <http://radio.rtb.bf/> [Consulté le 5 Mai, 2013].
- Samanyouga, L., 2009. *Analyse des répercussions des fistules obstétricales sur la vie économique et psycho-familiale des victimes : Cas des victimes prises en charge par l'association BPW de la commune de Ouagadougou*, Ouagadougou.
- SEMAFO, 2011. *Annual Report 2010 – 2011*, Montreal. Disponible à: <http://www.fondationsemafo.org/assets/files/RapportAnnuel2010-2011ang.pdf>.
- Semere, L. & Nour, N.M., 2008. Obstetric fistula: living with incontinence and shame. *Reviews in obstetrics and gynecology*, 1(4), pp.193–7. Disponible à: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2621054&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Consulté le 11 Mai, 2013].
- Sentinelles, 2008. *Programme de secours aux femmes souffrant de fistules obstétricales au Burkina Faso Année 2008*, Lausanne, Suisse. Disponible à: [http://www.gfmer.ch/Activites\\_internationales\\_Fr/PDF/Rapport\\_activite\\_2008\\_Sentinelles.pdf](http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/PDF/Rapport_activite_2008_Sentinelles.pdf).

- Slinger, G., 2011. Preventing obstetric fistula: A public health priority. *RH Reality Check*. Disponible à: <http://rhrealitycheck.org/article/2011/03/04/preventing-obstetric-fistulapublic-health-priority/#sthash.IIDEdBf.nELWLGgk.dpuf> [Consulté le 27 Mars, 2013].
- Stanton, C., Holtz, S.A. & Ahmed, S., 2007. Challenges in measuring obstetric fistula. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 99 Suppl 1(null), pp.S4–9. Disponible à: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.06.010> [Consulté le 8 Novembre, 2012].
- Tebeu, P.M. et al., 2012. Risk factors for obstetric fistula: a clinical review. *Int Urogynecol J*, 23, pp.387–394.
- Tebeu, P.M., De Bernis, Luc, et al., 2009. Risk factors for obstetric fistula in the Far North Province of Cameroon. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 107(1), pp.12–5. Disponible à: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729209002732> [Consulté le 8 Décembre, 2012].
- Thaddeus, S. & Maine, D., 1994. Too far to walk: Maternal Mortality in Context. *Social Science and Medicine*, 38(8), pp.1091–1110.
- The Fistula Foundation, 2013. The global problem of obstetric fistula. Disponible à: <http://www.fistulafoundation.org/pdf/TheGlobalProblemofObstetricFistula.pdf> [Consulté le 5 Mai, 2013].
- UK Aid & Bill & Melinda Gates Foundation, 2013. *London summit on family planning : Summaries of commitments*, London. Disponible à: [http://www.londonfamilyplanningsummit.co.uk/COMMITMENTS\\_090712.pdf](http://www.londonfamilyplanningsummit.co.uk/COMMITMENTS_090712.pdf).
- UN, 1979. *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, United Nations. Disponible à: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/fconvention.htm>.
- UN, 1994. Etat de la convention relative aux droits de l'enfant. Disponible à: <http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/e094565cb6183a6980256719005c3a9a> [Consulté le 15 Avril, 2013].
- UN, 2003. *Fertility, contraception and population policies*, New York. Disponible à: <http://www.un.org/esa/population/publications/contraception2003/Web-final-text.PDF>.
- UN & HCDH, 1989. *Convention relative aux droits de l'enfant*, Disponible à: <http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm>.
- UNFPA, 2010a. A tragic failure to deliver maternal care. Disponible à: <http://www.unfpa.org/public/home/mothers/pid/4386> [Consulté le 22 Mars, 2013].

- UNFPA, 2009a. Burkina Faso. *Project Overview*. Disponible à :  
[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/unfpa\\_povertycard\\_bur\\_en.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/unfpa_povertycard_bur_en.pdf) [Consulté le 23 Décembre, 2012].
- UNFPA, 2012a. *Child Marriage : Burkina Faso*, New York. Disponible à :  
[http://www.devinfo.info/mdg5b/profiles/files/profiles/en/4/Child\\_Marriage\\_Country\\_Profile\\_AFRBFA\\_Burkina\\_Faso.pdf](http://www.devinfo.info/mdg5b/profiles/files/profiles/en/4/Child_Marriage_Country_Profile_AFRBFA_Burkina_Faso.pdf).
- UNFPA, 2009b. *Evaluation finale du 6ème programme de coopération UNFPA-Burkina Faso 2006-2010*, New York. Disponible à :  
[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/executive-board/2010/evaluation\\_finale\\_burkinafaso.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/executive-board/2010/evaluation_finale_burkinafaso.pdf).
- UNFPA, 2010b. Final country programme document for Burkina Faso. Disponible à :  
[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/executive-board/2011/final\\_cpd\\_burkinafaso.doc](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/executive-board/2011/final_cpd_burkinafaso.doc).
- UNFPA, 2012b. *Marrying too young: End child marriage*, New York. Disponible à :  
<http://www.unhcr.org/refworld/docid/508fe73f2.html>.
- UNFPA, 2009c. *Programme de lutte contre les fistules obstétricales au Burkina Faso 2004 - 2008*, Ouagadougou.
- UNFPA, 2011a. Skilled attendance at birth. Disponible à :  
<http://www.unfpa.org/public/mothers/pid/4383> [Consulté le 20 Septembre, 2012].
- UNFPA, 2011b. *The maternal health thematic fund: Annual report 2010*, New York. Disponible à :  
[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/Global\\_Report\\_2010\\_MH.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/Global_Report_2010_MH.pdf).
- UNFPA, 2011c. *The state of the world's midwifery 2011*, New York. Disponible à :  
[http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/country\\_info/profile/en\\_BurkinaFaso\\_SoWMy\\_Profile.pdf](http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/country_info/profile/en_BurkinaFaso_SoWMy_Profile.pdf).
- UNFPA and EngenderHealth, 2003. *Obstetric fistula needs assessment report: Findings from 9 African countries*, New York.
- UNFPA & DSF, 2004. *Analyse de la prise en charge des fistules urogénitales au niveau des services de santé de référence du Burkina 2001-2003*, Ouagadougou. Disponible à :  
[http://www.endfistula.org/webdav/site/endpointfistula/shared/documents/needs\\_assessments/Burkina\\_OF\\_Needs\\_Assessment.pdf](http://www.endfistula.org/webdav/site/endpointfistula/shared/documents/needs_assessments/Burkina_OF_Needs_Assessment.pdf).
- UNFPA & POPIN, 1974. World Population Plan of Action. Disponible à :  
<http://www.un.org/popin/icpd/conference/bkg/wppa.html>.
- UNFPA-UNICEF Joint Programme on FGM/C, 2012. *Burkina Faso has a strong Law against FGM/C, but winning hearts and minds remain crucial*, New York. Disponible à :  
[http://www.unfpa.org/gender/docs/fgmc\\_kit/burkinafaso.pdf](http://www.unfpa.org/gender/docs/fgmc_kit/burkinafaso.pdf).

- UNICEF, 2012. Burkina Faso. *Statistiques*. Disponible à : [http://www.unicef.org/french/infobycountry/burkinafaso\\_statistics.html](http://www.unicef.org/french/infobycountry/burkinafaso_statistics.html) [Consulté le 16 Janvier, 2013].
- UNICEF, 2011. *The state of the world's children 2011: Adolescence an age of opportunity* E.11.XX.1 ed., New York. Disponible à : [http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report\\_EN\\_02092011.pdf](http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf) .
- Vangeenderhuysen, C., Prual, A. & Ould el Joud, D., 2001. Obstetric fistulae: Incidence estimates for sub-Saharan Africa. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 73(1), pp.65–66.
- Wall, L L et al., 2001. Urinary incontinence in the developing world: The obstetric fistula. In *Report of the 2nd International Consultation on Incontinence, jointly sponsored by the International Continence Society and the World Health Organization, Paris, France, July 13, 2001*. Colorado: Worldwide Fistula Fund. Disponible à : <http://www.wfmic.org/chap12.pdf>.
- Wall, L Lewis, 2012. Preventing obstetric fistulas in low-resource countries: insights from a Haddon matrix. *Obstetrical & gynecological survey*, 67(2), pp.111–21. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22325301> [Consulté le 24 Mars, 2013].
- Wall, L. & Arrowsmith, S., 2005. The obstetric vesicovaginal fistula in the developing world. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 60(7), p.3. Disponible à : [http://www.icsoffice.org/Publications/ICI\\_3/v2.pdf/chap22.pdf](http://www.icsoffice.org/Publications/ICI_3/v2.pdf/chap22.pdf) [Consulté le 14 Janvier, 2013].
- Walt, G. et al., 2008. “Doing” health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health policy and planning*, 23(5), pp.308–317. Disponible à : <http://heapol.oxfordjournals.org/content/23/5/308.short> [Consulté le 15 Janvier, 2013].
- Wegner, M.N. et al., 2007. Improving community knowledge of obstetric fistula prevention and treatment. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 99 Suppl 1, pp.S108–11. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17869255> [Consulté le 24 Mars, 2013].
- WHEC, 2013. Global Efforts to End Obstetric Fistula (Part 1). *Obstetric Fistula*. Disponible à : <http://www.womenshealthsection.com/content/uogvfvf/uogvfvf011.php3>.

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE A** - La fiche d'information

**ANNEXE B** - Formulaire de consentement du participant

**ANNEXE C** - Questionnaire

**ANNEXE D** - Procédure Opérationnelle Standardisée

**ANNEXE E** - Autorisation d'éthique (Sheffield)

**ANNEXE F** - Autorisation d'éthique (CERS, Burkina Faso)

**ANNEXE G** - Autorisation d'éthique (CNRST, Burkina Faso)

**ANNEXE H** - Une liste de tous les documents de politiques examinées dans cette étude

**ANNEXE I** – Liste des enquêteurs

**ANNEXE J** – Photo album

**ANNEXE K** - La ceinture de la fistule obstétricale

**ANNEXE L** – Réflexions

## ANNEXE A- La fiche d'information



### LA FICHE D'INFORMATION

#### **L'intégration de populations rurales burkinabés dans les efforts visant à réduire la fistule obstétricale : le travail effectué, la situation actuelle et les perspectives d'amélioration.**

*Vous êtes priés de participer à ce projet de recherche, qui est pour un mémoire de Master. Avant de vous décider, il est important pour vous de comprendre pourquoi la recherche qui se fait et ce qu'elle implique. S'il vous plaît prendre le temps de lire attentivement les informations suivantes et en discuter avec les autres si vous le souhaitez. Demandez-nous s'il y a quelque chose qui n'est pas clair ou si vous souhaitez plus d'informations. Prenez le temps de décider si vous souhaitez ou non participer. Merci d'avoir lu ceci.*

*Les résultats de cette recherche seront cruciaux pour la formulation des politiques. Vous avez été choisi parce que vous répondez à certains critères de participation, qui sont les suivants: une femme entre 18 et 20 ans et vivent à Boromo ou Dédougou. EHESP fournira le financement de cette recherche. L'approbation éthique a été reçue du comité d'examen éthique de l'École de recherche en santé et services connexes, Université de Sheffield, L'École des Hautes Études en santé Publique et le comité national d'éthique pour la recherche en santé (CNERS) du ministère de la Santé au Burkina-Faso.*

#### **A. LE BUT DE LA RECHERCHE**

Pour étudier l'impact des programmes de la fistule obstétricale, mis en œuvre entre 2004 et 2012, en comparant les communautés rurales et urbaines de la Boucle du Mouhoun.

#### **B. PROCÉDURE DE L'ÉTUDE**

Si vous décidez de participer à cette recherche, vous serait demandé de faire comme suit:

- i. Lire la fiche d'information, de consentement éclairé et de décider de participer ou non. Si vous avez besoin de plus de temps, vous pouvez demander d'assistant de la recherche ;
- ii. Signer le formulaire de consentement éclairé du participant;
- iii. Remplir un questionnaire. Cela devrait prendre environ 10 à 15 minutes de votre temps au maximum. Si vous demandez pour plus de temps, vous pouvez appeler XXXXXXXX, quand vous voulez le retourner.

#### **C. RISQUES POTENTIELS ET INCONFORT**

Aucuns risques potentiels et inconfort dans cette recherche.

#### **D. AVANTAGES ESCOMPTES POUR LES PARTICIPANTS ET LA SOCIÉTÉ**

En participant, vous pourriez vous informer sur les aspects de la programmation fistule obstétricale. Cette recherche permettra de fournir aux intervenants des preuves et peut-être une impression bleue dans la conception des programmes suivants, qui profiteront aux femmes et à la communauté en général.



#### **E. CONFIDENTIALITÉ**

Toute information obtenue de vous au cours de cette étude sera anonymisée. On ne pourra pas l'attribuer à votre personne.

#### **F. PARTICIPATION ET RETRAIT**

Choix de participer à cette étude repose uniquement sur vous. À tout moment au cours de la recherche, vous pouvez choisir de se retirer sans conséquence pour vous. Vous pouvez refuser de répondre à toute question que vous ne voulez pas répondre et encore faire partie de l'étude.

#### **G. CONTACTS DE LA RECHERCHE**

Veillez contacter l'équipe de recherche sur le numéro de téléphone 65741307, si vous avez des questions ou des problèmes au sujet de cette recherche. Toutefois, n'hésitez pas à communiquer avec l'Université de Sheffield registraire et secrétaire dans le cas de toute plainte qui n'a pas été traitée à votre satisfaction.

#### **H. DROITS DES PARTICIPANTS**

Vous ne perdez pas de droits légaux, tout en participant à cette étude.

#### **SIGNATURE DE CONSENTEMENT PAR LE PARTICIPANT**

Informations ci-dessus a été clairement expliqué à moi en français /Dioula par l'administrateur instrument et je comprends cette langue. J'ai été accordée la possibilité de poser des questions auxquelles on a répondu de manière satisfaisante.

Je, soussigné, consens volontairement à participer et avoir reçu une copie de ce formulaire.

Signature de la Participant/ Date

---

#### **SIGNATURE DE L'ASSISTANTE**

Je certifie que toutes les informations concernant la recherche ont été fournies aux participants.

---

Signature du chercheur / Date

Une copie de cette information sera donnée dès votre retour du formulaire rempli

**MERCI BEAUCOUP**

## ANNEXE B - Formulaire de consentement du participant

### Formulaire de consentement du participant

#### L'intégration de populations rurales burkinabés dans les efforts visant à réduire la fistule obstétricale : le travail effectué, la situation actuelle et les perspectives d'amélioration

Dr Aduragbemi BANKE-THOMAS

Numéro d'identification du participant à ce projet:

1. Je confirme que j'ai lu et compris la fiche d'information expliquant le projet de recherche ci-dessus et j'ai eu l'occasion de poser des questions sur le projet.
2. Je comprends que ma participation est volontaire et que je suis libre de retirer à tout moment et sans donner de raison et sans qu'il y ait des conséquences. En outre, si je ne souhaite pas répondre à particulier ou les questions, je suis libre de refuser.
3. Je comprends que mes réponses resteront strictement confidentielles et que les informations seront anonymisées. Je donne la permission aux membres de l'équipe de recherche d'avoir accès à mes réponses anonymes. Je comprends que mon nom ne sera pas liée avec les documents de recherche, et je ne vais pas être identifiée ou identifiable dans le ou les rapports qui résultent de la recherche.
4. Je suis d'accord pour les données recueillies auprès de moi pour être utilisés dans de futures recherches
5. Je suis d'accord pour participer au projet de recherche ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
Initial du Participant  
(ou représentative légal)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne prenant  
le consentement  
(si différente de chercheur principal)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

*Pour être daté et signé en présence du participant*

\_\_\_\_\_  
ASSISTANTE

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

*Pour être daté et signé en présence du participant*

Copie:

*Une fois que ceci a été signé par toutes les parties, les participants devraient recevoir une copie du formulaire de consentement signé et daté participant et la fiche d'information. Une copie du formulaire de consentement signé et daté doit être placée dans le dossier principal du projet, qui doit être conservé dans un endroit sécuritaire.*

**Empreinte d'indexe en présence d'un témoin pour les participants illettrés**

## ANNEXE C- Questionnaire

### Questionnaire

Numéro d'identification du participant:

*Vos informations sont strictement confidentielles et elles seront traitées de manière anonyme.*

1. Age: \_\_\_\_\_
2. Niveau d'instruction
  - a. Non alphabétisée
  - b. Ecole non formelle
  - c. primaire
  - d. secondaire
  - e. universitaire
3. Situation matrimoniale
  - a. Mariée
  - b. Célibataire
  - c. Divorcée
  - d. Veuve
4. Avez-vous déjà été enceinte?
  - a. oui
  - b. non
5. Si oui, combien de fois ?
  - a. 0
  - b. 1
  - c. 2
  - d. 3
  - e. 4 ou plus
6. Si « oui », à quel âge avez-vous eu votre première grossesse ? \_\_\_\_\_
7. Si « oui », la grossesse était-elle désirée ou non désirée? :
  - a. Désirée
  - b. Non désirée
8. Avez-vous déjà entendu parler de la fistule obstétricale?
  - a. oui
  - b. non
9. Si « oui », comment avez-vous entendu parler de la fistule?
  - a. Moi-même je suis une victime de fistule
  - b. Par une victime de fistule
  - c. à l'école formelle
  - d. à l'école informelle
  - e. Par un agent de santé
  - f. médias (télévision, radio, journal, magazine)
  - g. autre.....
10. Identifier les facteurs associés à la fistule obstétricale?
  - a. la malnutrition de la mère
  - b. Les accouchements à domicile
  - c. les génies
  - d. le travail prolongé
  - e. Mauvais sort
  - f. les grossesses précoces
  - g. les mutilations génitales féminines
  - h. Violation d'un interdit
  - i. Je ne sais pas
  - j. autre.....
11. Identifier les symptômes de la fistule obstétricale?
  - a. miction en continu
  - b. sommeil en continu
  - c. irritation de la vulve
  - d. Emission de selles provenant du vagin
  - e. douleur à l'estomac
  - f. autre.....
12. Quelle est la durée du travail normal?
  - a. moins de 3 heures
  - b. 3 heures à un jour
  - c. plus d'un jour
  - g. je ne sais pas
13. Qu'est-ce qui pourrait arriver à une dame qui tombe enceinte avant 20 ans?
  - a. rien
  - b. la perte de sang
  - c. l'incapacité d'avoir d'autres enfants
  - d. la fistule
  - e. la mort
  - f. je ne sais pas
  - g. autre.....
14. Où pouvez-vous obtenir des soins obstétricaux d'urgence?
  - a. chez vous
  - b. chez une accoucheuse traditionnelle
  - c. A l'hôpital
  - d. autre.....
15. Où aimeriez-vous accoucher votre bébé?
  - a. chez vous
  - b. chez une accoucheuse traditionnelle
  - c. A l'hôpital
  - d. autre.....
16. Pensez-vous que vous pouvez avoir des complications lors de lieu votre accouchement?
  - a. oui
  - b. non
17. Quel est le moyen de transport que vous utilisez en cas de situation d'urgence?
  - a. ambulance
  - b. moto
  - c. l'âne
  - d. autre.....

MERCI BEAUCOUP

## **ANNEXE D - Procédure Opérationnelle Standardisée**

### **OBJECTIF**

Estimer la prévalence de connaissances par rapport à la fistule obstétricale parmi les adolescentes âgées de 18 à 20 ans, en comparant des communes urbaines et rurales au sein des départements de Boromo.

### **Collecte des données primaires sur les connaissances**

1. Il y aura une démonstration en classe. Après quoi, chaque assistant de recherche mettra en pratique l'administration du questionnaire.
2. Un pré-test sera fait le même jour. Afin de déterminer si l'instrument choisi est clair et sans ambiguïté et pour s'assurer que l'étude proposée sera bien planifiée conceptuellement, une étude pilote sera menée avant l'étude principale. Des échantillons de l'étude pilote ont été exclus de l'étude principale.
3. Suite à l'étude pilote, des modifications à l'instrument de mesure seront apportées afin de simplifier la langue du questionnaire, ce qui a facilité la compréhension des participants.
4. Des questionnaires structurés (Annexe C) seront réalisés avec un échantillon représentatif de femmes âgées de 18 à 20 ans résidentes dans les communes ciblées, afin d'évaluer leurs connaissances en ce qui concerne la fistule obstétricale. Tous les questionnaires pré-testés, seront administrés par les assistants. Les données seront rendues anonymes.
5. Un échantillonnage par sondage en deux grappes (urbain et rural) sera réalisé dans le unique secteur urbain à Boromo et les 9 secteurs ruraux à Boromo.
6. Tous les enquêteurs travailleront selon le calendrier préétabli
7. Pour Boromo urbain,
  - a. les grappes de premier degré seront 3 carrefours de la zone identifiés de façon aléatoire comme point de départ. Pour cela, après numérotation des carrefours sur les plans du cadastre), 3 chiffres seront tirés au sort. Ceci sera effectué par Adura et Salam.
  - b. 50 concessions, grappes de deuxième degré, seront identifiés de façon aléatoire. La démarche pour identifier les concessions à visiter à partir des points de départ était la suivante : faire tourner un stylo sur le cahier posé à plat, progressé dans la direction indiquée, entré dans la deuxième concession rencontré ; cette

concession était sur le côté gauche si la route est construite de façon dense. En cas d'absence de personne éligible dans la concession, on a continué vers la concession suivante, toujours en privilégiant le côté gauche de la rue. Ceci sera effectué par les enquêteurs.

- c. Dans chaque concession, une seule personne sera incluse, comme décrit dans 9.
8. Pour Boromo rural,
  - a. les grappes de premier degré seront 3 départements seront identifiés de façon aléatoire. Ceci sera effectué par Adura et Salam.
  - b. A partir d'un chef-lieu de départements, des villages seront identifiées de façon aléatoire. La démarche pour identifier les villages à visiter à partir des points de départ est la suivante : faire tourner un stylo sur le cahier posé à plat, progressé dans la direction indiquée, entré dans le deuxième village rencontré ; ce village était sur le côté gauche si la route est construite de façon dense. En cas d'absence de personne éligible dans le village, on continue vers le village suivant, toujours en privilégiant le côté gauche de la rue. Ceci sera effectué par les enquêteurs.
  - c. Dans chaque village, une seule personne sera incluse, comme décrit dans 9.
9. Dans chaque concession (Boromo urbain) et village (Boromo rural), une fille parmi les filles résidentes et présentes et âgées entre 18 et 20 ans sera tirée au sort (par des bouts de papier portant le nom) et invitée à participer à l'étude.
10. La démarche pour identifier les villages à visiter à partir des points de départ est la suivante
11. Dans chaque concession/village, une fille parmi les filles résidentes et présentes et âgées entre 18 et 20 ans sera tirée au sort (par des bouts de papier portant le nom) et invitée à participer à l'étude.
12. Le recrutement sera fait à domicile. Cela est essentiel en raison de la situation particulière des filles vivant au Burkina Faso. Il est essentiel d'avoir le soutien du chef de la famille avant de participer à la recherche de la nature sensible.
13. Des questionnaires seront administrés à l'air libre dans les composés et pas dans les maisons. Cela garantit également la sécurité de l'assistant de recherche.
14. L'enquêteur remplit le questionnaire pendant l'entretien. En cas de besoin de correction, il doit signer la modification faite sur le document.

15. Les questions doivent être posées de façon neutre, et ne pas d'une manière qui oriente les participants vers une réponse.
16. La fiche d'information et de consentement éclairé sera donnée au participant. Le participant aura suffisamment de temps (combien ?) pour lire la fiche d'information et le consentement éclairé.
17. Aux participants qui ont besoin d'une plus longue durée de réflexion, on laisse les numéros de téléphone par lesquels ils peuvent joindre l'équipe de recherche, si'ils décident de participer pendant la période de l'enquête
18. Toutes les données reçues seront enregistrées sur un magnétophone et sur le questionnaire, pour vérifier les données.
19. Chaque assistant doit remplir 5 questionnaires par jour, avec un total de 20 sur les 4 jours d'enquête.
20. Les enquêteurs sont spécialisés sur les zones urbaines ou rurales.
21. Le monitoring et la validation des questionnaires seront effectuées par Salam.
22. Les données sur le questionnaire doivent être reproductibles par l'enregistrement sur magnétophone
23. Seules les questionnaires monitorés et validés seront indemnisés.

### **La démarche éthique**

L'autorisation éthique a été demandée comité d'éthique de la faculté de l'Université de Sheffield, de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique et du Comité national d'Ethique pour la recherche en santé (CERS) du Burkina-Faso. Seules les adolescentes âgées de 18 au 20 seront incluses dans la base de sondage. Tous les efforts pour faire respecter la dignité des participants, de préserver l'anonymat, la confidentialité et la protection contre les dommages psychologiques seront rassemblés. La participation sera volontaire. Toute participante qui accepte de participer à la recherche sera munie d'une fiche d'information (Annexe A) et d'un formulaire de consentement informé (Annexe B), qui détaillent le but de la recherche, les attentes du participant, les procédures pour remplir les questionnaires, les risques potentiels, l'inconfort et les problèmes de vie privée et de confidentialité. Les participantes auront la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment. Elles seront également informées des données de contact de l'équipe de recherche, afin de soulever des préoccupations au sujet de la recherche.

***Le succès de ce projet dépend de la façon dont vous recueillir ces données***

## ANNEXE E - Autorisation d'éthique (Sheffield)



Kirsty Woodhead  
Ethics Committee Administrator

Regent Court  
30 Regent Street

**Telephone:** +44 (0) 114 2225453

**Fax:** +44 (0) 114 272 4095 (non confidential)

**Email:** k.woodhead@sheffield.ac.uk

Our ref: 0619/KW

05 February 2013

Adura Banke-Thomas  
SchARR

Dear Adura

**Mainstreaming rural Burkinabe populations in efforts to reduce obstetric fistula: work done, current situation and going forward.**

I am pleased to inform you that your supervisor has reviewed your project and classed it as 'low risk' so you can proceed with your research. The research must be conducted within the requirements of the hosting/employing organisation or the organisation where the research is being undertaken. You are also required to ensure that you meet any research ethics and governance requirements in the country in which you are researching. It is your responsibility to find out what these are.

I have received the necessary electronic copy of your application together with your Supervisor's decision in line with the new streamlined University Ethics procedure, which I will keep on file.

Yours sincerely

A handwritten signature in black ink, appearing to read "K. Woodhead".

**Kirsty Woodhead**  
**Ethics Committee Administrator**

Cc: Judith Mueller

## ANNEXE F - Autorisation d'éthique (CERS, Burkina Faso)

MINISTERE DE LA SANTE  
-----  
MINISTERE DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION  
-----  
COMITE D'ETHIQUE POUR  
LA RECHERCHE EN SANTE

BURKINA FASO  
Unité - Progrès - Justice

### DELIBERATION N° 2013-4-024

#### **1. TITRE DE LA RECHERCHE**

« Intégration des populations rurales burkinabé dans les programmes de réduction de la fistule obstétricale les activités menées, la situation actuelle et la perspectives d'amélioration »

#### **2. REFERENCE DU PROTOCOLE**

Version non précisée

#### **3. DOCUMENTATION**

Protocole de recherche

#### **4. REFERENCE DU DEMANDEUR**

Chercheur principal : Dr Aduragbemi BANKE-THOMAS  
Chercheurs associés : - Salam KOURAOGO - Dr Judith MUELLER

#### **5. SITE DE LA RECHERCHE**

Boromo - Burkina Faso

#### **6. DATE DE LA DELIBERATION**

03 avril 2013

#### **7. ELEMENTS EXAMINES**

- Conception scientifique et conduite de la recherche ;
- Soins et protection des participants à la recherche ;
- Protection de la confidentialité des données du participant à la recherche ;
- Processus de consentement éclairé ;
- Budget de la recherche ;
- CVs.



## 8. OBSERVATIONS

- prévoir une table des matières ;
- à la page 2, il s'agit du CERS et non du CNERS ;
- au point 4 des objectifs de la page 7, corriger l'appellation « **adolescentes** âgées de 18 à 20 ans », parce que inappropriée ;
- à la page 10, que signifie « l'autorisation éthique » ?
- à la page 11, que signifie « recherche indigène » ?
- réorienter les objectifs vers ceux de la recherche ;
- démontrer l'intérêt de cette étude ;
- maîtriser les définitions opérationnelles ;
- justifier le choix de la cible « fille de 18 à 20 ans » ;
- corriger la contradiction entre le titre et le contenu du document : « ...populations **rurales** burkinabé... ».
- enrichir la revue documentaire parce que insuffisante pour établir la situation des fistules ; intégrer les publications, les rapports d'études et les données hospitalières.

## 9. MEMBRES AYANT SIEGE

- Dr Bocar A. KOUYATE,
- Dr Arlette SANOU,
- Mme Scholastique M. D TRAORE,
- Pr Arouna OUEDRAOGO,
- Pr Bibiane KONE.


## 10. AVIS DU COMITE


Avis favorable

## 11. RESERVES

## 12. RECOMMANDATIONS

Ouagadougou, le 03 avril 2013

Le Rapporteur  
Rapporteur  
  
**Dr. Scholastique Ida SAWADOGO**

Le Président  
Président  
  
**Dr. Bocar A. KOUYATE**  
Chevalier de l'Ordre national

## ANNEXE G - Autorisation d'éthique (CNRST, Burkina Faso)

MINISTÈRE DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

SECRETARIAT GÉNÉRAL

CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE ET TECHNOLOGIQUE

B.P.7192-7047 OUAGADOUGOU  
Tél. : 50 32 61 52 / 50 32 60 46 / Fax : (226) 50 51 50 03  
E-mail : [dg.cnrst@fasonet.bf](mailto:dg.cnrst@fasonet.bf)

DELEGATION GÉNÉRALE

N°2013-0000141-MRSI/SG/CNRST/DG



BURKINA FASO

UNITÉ-PROGRÈS-JUSTICE

Ouagadougou, le 17 MAI 2013

### AUTORISATION DE RECHERCHE

**Aduragbemi BANKE-THOMAS**, chercheur en santé publique à l'École des hautes études en santé publique de Rennes en France, est autorisé à effectuer une mission au Burkina Faso pour la période du 15 mai au 30 août 2013.

Cette mission a pour but de mener une recherche sur « l'intégration des populations rurales burkinabè dans les programmes de réduction de l'incidence de la fistule obstétricale : le travail effectué, la situation actuelle et les perspectives d'amélioration ». Il mène sa recherche en collaboration avec le district sanitaire de Boromo et l'accord de la DRS Boucle du Mouhoun.

Son terrain de recherche se situe principalement dans le district sanitaire de Boromo.

A la fin de la mission, **Aduragbemi BANKE-THOMAS** fournira au Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST) 03 BP 7047 OUAGADOUGOU 03 un rapport relatif aux résultats provisoires de ses travaux. Plus tard, il communiquera un exemplaire de tous les travaux relatifs à la dite mission.



## **ANNEXE H - Une liste des documents de politiques examinées dans cette étude**

### **Rapports des ONGS**

- AMCTM Rapport de Boromo, Burkina Faso 2004
- EFE-Burkina, Rapports de Missions 2012
- SEMAFO Rapport Annuel 2010 – 2011
- Sentinelles, Programme de secours aux femmes souffrant de fistules obstétricales au Burkina Faso Année 2008
- Paris 21, Rapport sur l'étude pays Burkina Faso

### **Documents Politiques**

- Plan intégré de communication en faveur d'une maternité à moindre risque et de la réduction des fistules obstétricales
- Comité National de Lutte Contre la Pratique de l'Excision
- Plan d'action 2011 du district sanitaire de Boromo, Boromo
- Plan d'accélération de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Burkina Faso (Feuille de Route)
- Code des personnes et de la famille
- La Planification Familiale au Burkina Faso
- Female Genital Mutilation in Burkina Faso
- Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010
- Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003
- Document de Politique Sanitaire Nationale 2001
- Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010
- Politique Nationale de Population du Burkina Faso
- Loi No. 043/96/ADP du 13 Novembre 1996 portant Code Pénal

## United Nations Documents

- PNUD Rapport sur le développement humain 2013
- Convention sur L'élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'égard des Femmes
- Convention relative aux droits de l'enfant
- Child Marriage : Burkina Faso
- Evaluation finale du 6ème programme de coopération UNFPA-BURKINA FASO 2006-2010
- UNFPA Final country programme document for Burkina Faso
- Marrying Too Young: End Child Marriage
- Programme de lutte contre les fistules obstétricales au Burkina Faso 2004 – 2008
- Skilled Attendance at Birth
- The Maternal Health Thematic Fund: Annual report 2010
- Analyse de la prise en charge des fistules obstétricales au niveau des services de santé de référence du Burkina 2001-2003
- World Population Plan of Action
- UNFPA-UNICEF Joint Programme on FGM/C, 2012

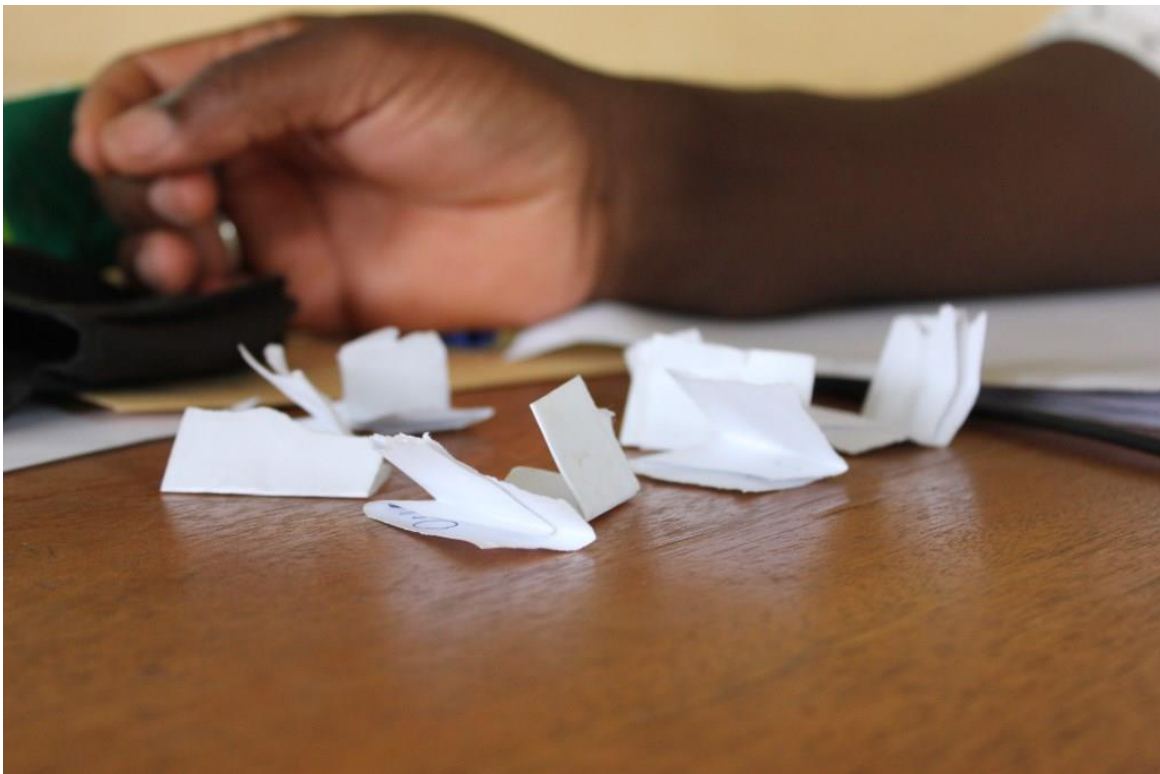
## **ANNEXE I – Liste des enquêteurs**

<b>N</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Profession</b>	<b>Contact</b>
1	Barro	Emmanuel	Educateur social	70-52-02-18
2	Bicata	Félicité	Institutrice	70-14-13-98
3	Konaté-Isako	Insita	Sage-femme	75-79-55-30
4	Ouedraogo	Catherine	Accoucheuse auxiliaire	70-29-42-20
5	Kouanda	Rihamata	Accoucheuse auxiliaire	70-60-14-56

## ANNEXE J – Photo album



*Photo 1 : Formation des enquêteurs*



*Photo 2 : Sélection aléatoire des sites à inclure dans l'échantillon de la grappe*



*Photo 3 : Les enquêteurs après la formation*



*Photo4 : Administration du questionnaire en cours, montrant l'enregistrement fait pour la vérification des données*



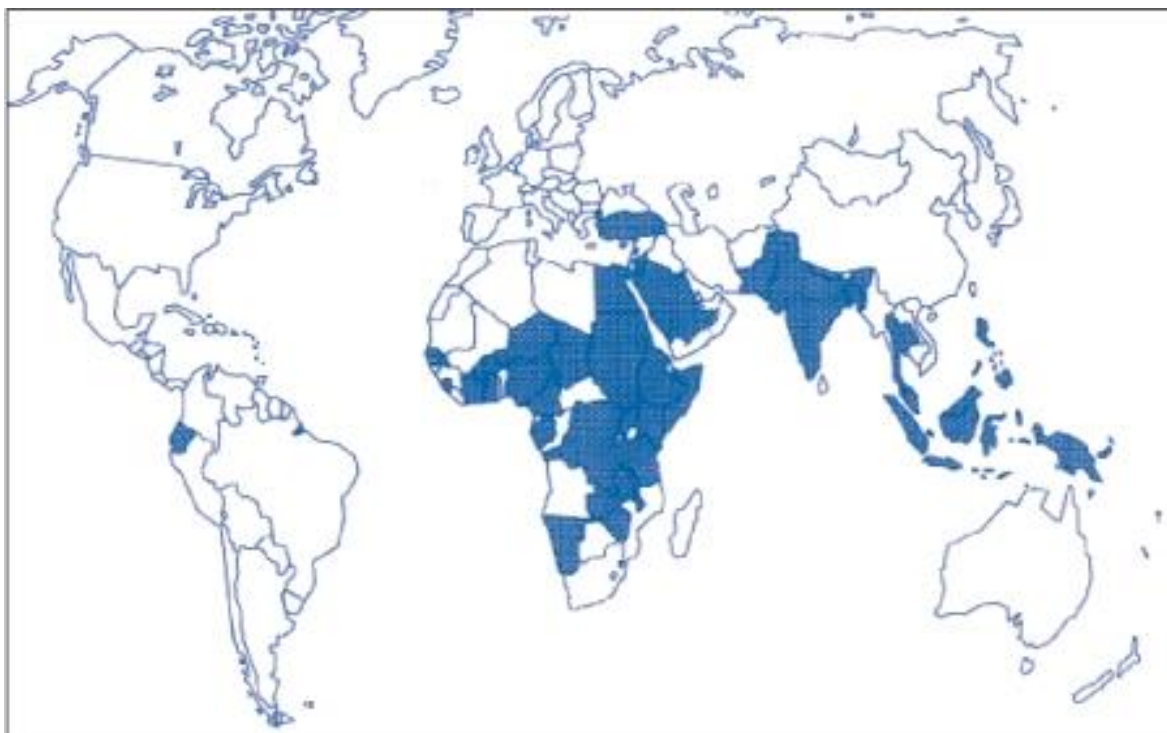
*Photo 5 : Administration du questionnaire en cours*



*Photo 6 : Administration du questionnaire en cours*



## ANNEXE K – La ceinture de la fistule obstétricale



Source : OMS

<http://www.fistulafoundation.org/pdf/UIDW.pdf>

## **ANNEXE L – Réflexions**

À la fin de ce travail, il y a une grande opportunité pour réfléchir et examiner ce qui aurait pu être mieux fait, de quelle manière il pourrait avoir été fait et quelles sont les lacunes dans les connaissances encore disponibles pour de nouvelles recherches.

Même si beaucoup de temps a été consacré à l'étude de fond pour cette recherche, le travail réel sur le terrain a été réalisé au cours de mes deux mois sur place au Burkina Faso. Cette durée était assez courte et il a fallu beaucoup d'efforts pour faire en sorte que tous les délais soient respectés et le document final présenté pour la soutenance. En outre, il aurait été bon d'avoir plus d'adolescentes incluses dans l'étude, car cela aurait fourni des données plus robustes. Malheureusement, avec si peu de fonds, cela ne pouvait pas être atteint, mais la recherche a fait bon usage des fonds disponibles. Un des points positifs est le fait que l'étude ait porté sur les adolescentes, qui sont plus à risque d'être touchées par la fistule obstétricale. Cela dit, l'ignorance sur le sujet ne se limite pas seulement à cette population. La fistule obstétricale s'étend à tous les groupes d'âge de femmes. D'autres études devraient se concentrer sur la mesure des connaissances de toutes les femmes en général pour donner une perspective plus globale sur le niveau de connaissance sur la fistule obstétricale.

En outre, je crois que la recherche axée sur un problème de cette ampleur, nécessite l'engagement des principaux acteurs sur le terrain, tels que les organisations internationales et les organismes de financement. Le FNUAP est un acteur important dans les efforts de programmation pour la fistule obstétricale. Probablement, si j'avais été en contact avec le FNUAP, j'aurais eu accès à plus de documents et de renseignements sur les programmes de fistules obstétricales au Burkina Faso, en particulier concernant la campagne en cours. Des efforts ont été faits pour atteindre le personnel du FNUAP, mais je n'ai pas reçu de rétroaction positive. Effectuer un stage avec cette organisation aurait facilité l'accès à l'organisation et à ses activités au Burkina Faso.

---

## **Note d'observation**

---

BANKE-THOMAS	Aduragbemi	Juin 2013
<b>Master 2</b> <b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b>		
<b>L'intégration des populations rurales burkinabé dans les programmes de réduction de l'incidence de la fistule obstétricale:  Le travail effectué, la situation actuelle et les perspectives d'amélioration</b>		
<b>Promotion 2012-2013</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>La fistule obstétricale demeure un grave défi au Burkina Faso, où l'incidence des fistules obstétricales au niveau des consultations externes est estimée à 6/10,000. Le problème est pire dans les communautés rurales, où les jeunes filles sont le plus souvent analphabètes, sujettes à des mariages précoces, aux grossesses d'adolescentes et donc plus à risque de fistule obstétricale.</p> <p>Cette étude visait à évaluer les connaissances de la fistule obstétricale comparant les communautés rurales et urbaines, à l'aide d'un questionnaire administré à 121 adolescentes, résidant dans le district sanitaire de Boromo. En outre, une revue de littérature exhaustive des stratégies de prévention de la fistule obstétricale a été faite. En outre, l'étude inclus une analyse globale des politiques avec l'objectif d'examiner de façon critique les politiques du gouvernement sur les facteurs de risque de fistule et des programmes mis en œuvre par les partenaires de développement.</p> <p>Résultats démographiques étaient généralement cohérents avec la littérature. L'enquête a montré que même s'il n'y avait pas de différence statistiquement significative de la sensibilisation de la fistule obstétricale entre les adolescentes urbaines et rurales, il y avait une différence claire entre la source et la qualité de l'information entre les deux groupes [OR=2.86 (1.23 – 6.75), p = 0.0073]. Cette association a été confondu par le niveau d'alphabétisation OR= 2.00 (95%-CI, 0.35-11.23) et il y avait des preuves de modification de l'effet (test de l'homogénéité P=0.035), après stratification. La revue de la littérature a montré la pénurie d'études sur l'efficacité des stratégies de prévention. L'analyse des politiques a révélé que beaucoup d'accents sont mises sur la prise en charge de la fistule, qu'il y a des messages contradictoires entre le désir et les actions du gouvernement et qu'il est nécessaire de renforcer la coordination et le suivi des programmes de la fistule obstétricale.</p> <p>L'étude appelle à la mise en œuvre des stratégies qui incluent des approches innovantes et adaptées au contexte local. Il y a la nécessité d'une bonne pratique en matière de gestion de projet et l'évaluation des programmes de fistule obstétricale y compris la participation des jeunes adolescentes et en particulier les jeunes patientes fistuleuses obstétricales et la mise en œuvre de politiques fondées sur des preuves sera important à l'avenir. Accent doit être mis sur les stratégies de prévention basées sur la population, plutôt que des stratégies basées sur le système de santé. Le gouvernement doit formuler une politique spécifique sur les fistules et d'autres recherches sont nécessaires pour identifier les lacunes dans l'information et les stratégies de prévention les plus efficaces pour l'éradication de la fistule obstétricale au Burkina Faso.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Afrique sub-saharienne; Boromo; Burkina Faso; Complications obstétricales de travail; Dystocie; Femme; Fistule recto-vaginale; Facteurs de risque; Fistule vésico-vaginale; Fistule obstétricale Grossesse des adolescentes; Incontinence fécale; Incontinence urinaire.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :  ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

