

VECU PSYCHOLOGIQUE DE LA FISTULE UROGENITALE, CAS DES
PATIENTES ADMISES A L'HOPITAL DE PANZI A L'EST DE LA
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO.
PSYCHOLOGICAL EXPERIENCE OF UROGENITAL FISTULA, CASE
OF PATIENTS ADMITTED TO THE PANZI HOSPITAL IN THE EAST OF
THE DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO.

Philippe Amani Busane^{1,2}, Christine Amundala Yohali³, Yoyu Tunangoya Jonathan³, Denis
Mukwege Mukengere^{2,3}.

¹Département de Psychologie Clinique | Université Anglicane de Bukavu |

²Département de Gynécologie | Hôpital Général de Référence de Panzi |

³Faculté de Médecine | Université Evangélique en Afrique |

*Auteur Correspondent :
amanibusane@yahoo.fr

RESUME

Introduction : la fistule urogénitale est une pathologie qui fait communiquer une partie du système urinaire et celle du système génital. Elle est courante dans les pays en voie de développement. **L'objectif :** contribuer à l'amélioration de la qualité de prise en charge des patientes avec les fistules urogénitales par les soins complets. **Méthodes :** il s'agit d'une étude descriptive et transversale, réalisée à l'Hôpital de Panzi dans le Département de Gynécologie, sur un échantillon de convenance de 50 femmes avec fistules urogénitales, pendant une période de 6 mois, de Janvier en Juin 2021. Lors de l'entretien semi-structuré, l'échelle HSCL-25 a été utilisée. Les logiciels Excel et XLSTAT nous ont aidés pour l'analyse statistique. **Résultats :** la prévalence de trouble anxio-dépressif est de 88% chez les femmes avec FUG. L'âge moyen est de 29.6±9.4 ans. Ensuite 86% des patientes sont mariées, 96% proviennent de milieu rural, 66% n'ont pas étudié et 82% travaillent. La principale cause de la FUG est obstétricale (90%), les manifestations psychiques sont la honte (92%), la tristesse (78%), l'idée de déréalisation (56%), la perte d'estime de soi (48%). Les principaux déterminants de la souffrance sont l'écoulement des urines (100%), le port de couches (74%), l'odeur ammoniacale (54%) et le rejet par le mari (32%). Le trouble psychique a été retrouvé chez 90.9% des femmes qui n'ont pas étudié, 88.4% qui sont mariées, 87.5% provenant de milieu rural, chez les femmes victimes d'agressions sexuelles (100%). Quant à l'étiologie, 88.9% sont d'étiologie obstétricale. Moins de la moitié était suivie psychologiquement (47.7%). **Conclusion :** les fistules urogénitales possèdent aussi des répercussions psychologiques importantes perturbant le vécu de la patiente. La souffrance psychologique doit préalablement être diagnostiquée pour permettre une prise en charge psychologique complémentaire à la prise en charge médicale et chirurgicale.

Mots-clés : Vécu psychologique, fistules urogénitales, troubles psychique, Panzi.

ABSTRACT

Background: urogenital fistula is a pathology that connects part of the urinary system with that of the genital system. It is common in developing countries. **The objective:** to contribute to improving the quality of care for patients with urogenital fistula through comprehensive care. **Methods:** this is a descriptive and cross-sectional study, carried out at the Panzi Hospital in the Department of Gynecology, on a convenience sample of 50 women with urogenital fistula, during a period of 6 months, from January to June 2021. During the semi-structured interview, the HSCL-25 scale was used. Excel and XLSTAT software helped us with the statistical analysis. **Results:** the prevalence of anxiety-depressive disorder is 88% in women with FUG. The average age is 29.6 ± 9.4 years old. Then 86% of patients are married, 96% come from rural areas, 66% have not studied and 82% work. The main cause of FUG is obstetric (90%), the psychic manifestations are shame (92%), sadness (78%), the idea of derealization (56%), loss of self-esteem (48%). The main determinants of suffering are urine flow (100%), wearing of diapers (74%), ammoniacal odor (54%) and rejection by the husband (32%). The mental disorder was found in 90.9% of women who did not study, 88.4% who are married, 87.5% from rural areas, in women victims of sexual assault (100%). As for the etiology, 88.9% are of obstetric etiology. Less than half was followed psychologically (47.7%). **Conclusion:** urogenital fistula also have significant psychological repercussions that disrupt the patient's experience. Psychological suffering must first be diagnosed to allow psychological treatment complementary to medical and surgical treatment.

KEYWORDS: Psychological experience, urogenital fistula, psychological disorders, Panzi.

1. INTRODUCTION

Les fistules uro-génitales (F.U.G.) font communiquer un élément du système urinaire (vessie, uretère, col vésical et urètre) et un élément du système génital (utérus, vagin) et peuvent être associées à une fistule recto vaginale [1]. Denis Mukwege est l'un des auteurs qui parle de trois origines des fistules urogénitales à savoir obstétricale (lors d'un accouchement compliqué), iatrogène (lors d'un acte médical comme un curetage) et traumatique (un corps étranger dans l'appareil génital de la femme dans un but non médical) [2]. L'OMS reconnaît la souffrance psychologique comme l'une des conséquences liées à la fistule urogénitale [3]. On ne peut pas occulter l'existence des fistules urogénitales dans les pays en voie de développement car la prévalence reste élevée surtout pour les fistules dont l'origine est obstétricale [13]. Plusieurs auteurs en Occident et en Afrique présentent un rapprochement entre les déterminants de la santé mentale et ceux de la fistule urogénitale ; il s'agit : « de la malnutrition, de l'absence d'éducation de base, la vie en milieu non modernisé, la stigmatisation, le rejet par l'entourage ainsi que la séparation brutale avec le conjoint » [16]. Maria Hejnar montre que tout au long de la vie, le corps n'existe pas sans psyché et la psyché n'existe pas sans corps. Ils sont intimement liés et chacun affecte l'autre. Elle renchérit : « le développement de la médecine, notamment dans le champ de la psycho-neuro-immunologie, confirme et décrit les interactions et les influences réciproques » ; ce phénomène est typique

pour toutes les souffrances psychiques liées à des pathologies organiques aussi dans les FUG [10]. Les troubles gynécologiques y compris l'incontinence urinaire peuvent avoir un impact sur le bien-être sexuel et psychologique [9]. Selon Weston Khisa et al, au Kenya, la violence sexuelle sous forme de viol est traumatisante pour la victime mais peut avoir des conséquences physiques importantes, telle que la fistule traumatique qui peut rendre la victime incontinente d'urine et/ou de selles. Les conséquences physiques sont aggravées par le traumatisme psychologique [14]. Cependant, la prévalence de trouble anxio-dépressif chez les femmes présentant les fistules urogénitales bien que variable dans les pays africains reste élevée de 73,7 à 92% [9,23]. La peur, la souffrance de l'exclusion seraient dans ce sens liées au regard des autres. Selon Dali, ces femmes deviennent des parias, n'ayant plus le droit de vivre dans la même maison que leur famille ou leur mari, ni de manipuler de la nourriture, de cuisiner ou de prier et sont interdites dans les autobus. Certaines doivent même quitter leur village natal [3]. L'écoulement involontaire d'urine et/ou de matières fécales par le vagin constitue un drame psychologique et un handicap sérieux pour la vie génitale de la femme dans son foyer et même pour sa vie sociale en altérant la qualité de vie. La « fistuleuse » dans un milieu africain aux multiples pesanteurs socioculturelles se verra frustrée, réduite voire rejetée par son entourage [6]. Plus qu'une maladie, la fistule urogénitale se transforme en un drame social et psychologique pour les femmes qui en sont atteintes. La République Démocratique du Congo fait partie de ces pays dont la FUG constitue un grand problème pour la santé de la reproduction. Plusieurs zones enclavées par manque de route, de la rareté de structures bien outillées ainsi que de la rareté du personnel formé dans la prise en charge seraient parmi les facteurs justifiant le recours avec retard aux soins appropriés. Malgré cela, les efforts ont été fournis quant à la prise en charge grâce aux interventions de plusieurs partenaires humanitaires comme la Fondation Panzi, l'UNFPI, la CIRGL, la Fistula Foundation et d'autres [21]. Malgré ces efforts, malgré l'organisation de l'accompagnement psychologique de cette catégorie de patientes, quelques défis à relever s'observent du côté de la recherche car rares sont les travaux publiés dans ce domaine et notre province du Sud-Kivu n'en est pas épargnée. L'objectif général de ce travail est de contribuer à l'amélioration de la qualité de prise en charge des patientes porteuses de fistules urogénitales à travers un accompagnement psychologique. Ce travail a pour objectifs spécifiques de déterminer la prévalence de troubles anxio-dépressifs pendant notre période d'étude, déterminer les profils sociodémographiques des patientes admises dans notre étude, déterminer les origines des fistules urogénitales chez nos patientes, ressortir les troubles psychiques retrouvés ainsi que les signes d'appels pour la prise en charge.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Cadre d'étude

Cette étude a été effectuée dans le Centre de prise en charge des fistules urogénitales, dans le département de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Général de Référence de Panzi. Cet hôpital est situé dans la ville de Bukavu chef-lieu de la Province du Sud-Kivu en République Démocratique du Congo. Cet hôpital est spécialisé dans la prise en charge des fistules urogénitales. Il a une capacité d'accueil de 460 lits.

2.2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et transversale, sur une période de 6 mois, de Janvier à Juin 2021 ; l'échantillon est de convenance.

2.3. Population d'étude

Notre population cible est constituée de femmes avec fistules urogénitales. Au total, nous avons colligé 50 cas selon les critères ci-après :

- **Critères d'inclusion** : femme porteuse d'une fistule urogénitale à l'hôpital de PANZI durant notre période d'étude.
- **Critères d'exclusion** : toute femme présente dans le service et non porteuse de la fistuleuro-génitale (F.U.G.).

2.4. Technique de collecte des données :

Un entretien semi-structuré a été organisé avec chaque patiente. Un questionnaire d'enquête préétabli leur a été soumis ainsi que l'échelle HSCL-25 « Hopkins Symptom Check List-25 ». La HSCL-25 est une échelle de diagnostic anxio-dépressif. Elle comporte 25 questions relatives à la présence et l'intensité des symptômes d'anxiété et de la dépression durant la dernière semaine pleine. Il est demandé à la patiente de coter chacune de propositions sur une échelle en quatre points allant de 1 : pas du tout d'accord à 4 : complètement d'accord. Pour obtenir le score diagnostic on effectue la somme des réponses à toutes ces questions que l'on divise par 25 [20]. Pour le score :

- le score ≥ 1.75 : patiente reconnue comme ayant les symptômes anxio-dépressifs,
- le score < 1.75 : patiente reconnue comme n'ayant pas les symptômes anxio-dépressifs,

2.5. Analyses statistiques

Les données collectées ont été traitées à l'aide de procédés statistiques par les logiciels Excel et XLSTAT. Les analyses descriptives (fréquences, fréquences relatives, moyenne et écarts types) ont été faites. Le test d'indépendance de Pearson et la comparaison de moyenne par le test t-Student ont été effectués au seuil de signification de 5%. Nous avons également fait recours à la moyenne et le pourcentage pour certaines données.

2.6. Considération éthique

Le consentement libre et éclairé était requis et l'anonymat de la patiente a été garanti. Seuls les membres de l'étude pourront accéder aux données des patientes.

3. RESULTATS

3.1. Prévalence de l'anxiété et de la dépression.

Sur un total de 50 femmes avec fistule urogénitale inclus dans notre étude, la prévalence de l'anxiété et de la dépression est de 88% chez les femmes souffrant de fistule urogénitale.

3.2. Données sociodémographiques

Le tableau ci-dessous représente les données sociodémographiques des patientes avec fistule urogénitale (F.U.G.).

Tableau I : Représentation des données sociodémographiques des patientes avec FUG.

Données sociodémographiques		n (%)
Age	Moyenne	29.6±9.4
Etat-civil	Mariée	43(86)
	Célibataire	7(14)
Provenance	Rural	48(96)
	Urbain	2(4)
Etudes	Etudes non faites	33(66)
	Etudes faites	17(34)
Profession	Avec Profession	41(82)
	Sans Profession	9(18)

F.U.G : Fistule UroGénitale.

Il ressort de ce tableau que l'âge moyen des participantes est 29.6±9.4. La majorité est mariée (86%), la majorité provient de milieu rural (96%), plus de la moitié n'a pas étudié (66%), nombreuses travaillent (82%).

3.3. Etiologies de la fistule

Le tableau ci-dessous présente la répartition de patientes selon les étiologies de la fistule.

Tableau II : Répartitions de patientes selon les causes de la F.U.G.

Etiologie de la F.U.G	n (%)
Obstétricale	45 (90)
Agression sexuelle	2 (4)
Iatrogène	3 (6)

F.U.G : Fistules Uro-Génitales.

De ce tableau, nous constatons que la plupart de FUG est due à des complications de l'accouchement, soit 90%.

3.4. Les symptômes psychiques

La figure ci-dessous donne la répartition de patientes selon les symptômes psychiques.

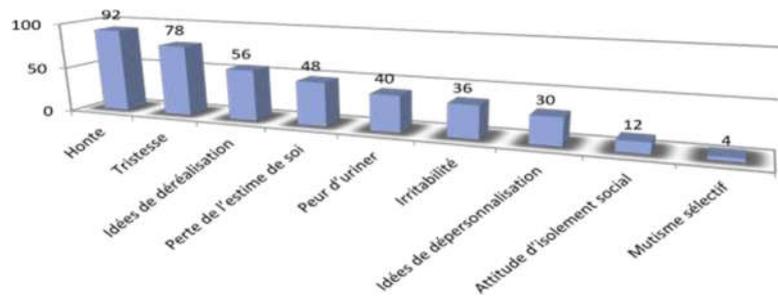


Figure 1 : Répartition de patientes en pourcentage selon les symptômes psychiques.

La figure 1 nous montre que la plupart de femmes ont la honte, soit 92% de cas, 78% sont tristes, 56% ont une idée de déréalisation.

3.5. Déterminants de la Souffrance

Le tableau ci-après donne la répartition des patientes selon les déterminants de la souffrance.

Tableau 3 : Répartition des patientes selon les déterminants de la souffrance.

Déterminants de la souffrance	n (%)
Total	50 (100)
Écoulement des urines en permanence	50(100)
Port de couches	37(74)
Odeurs ammoniacales	27(54)
Abandon par le mari	16(32)
Rejet par l'entourage	5(10)

Il ressort de ce tableau que l'écoulement des urines en permanence est le déterminant de la souffrance présente chez toutes les femmes, suivi du port de couches (74%).

3.6. Relation entre trouble anxio-dépressif et facteurs sociodémographiques

Le tableau ci-dessous présente la relation entre le trouble anxio-dépressif et les variables sociodémographiques.

Tableau 4 : Corrélation entre troubles psychiques et les variables sociodémographiques.

Variables sociodémographique	Trouble anxio-dépressif		P
	NON n(%)	Oui n(%)	
Total	6(22)	44(88)	
Études faites :			
Avec	3(17,6)	14(82,4)	0,389
Sans	3(9,1)	30(90,9)	
Profession :			
Sans	2(22,2)	7(77,8)	0,331
Avec	4(9,8)	37(90,2)	
Etat-Civil :			
Célibataire	1(14,3)	6 (85,7)	0,844
Marié	5 (11,6)	38(88,4)	
Provenance :			
Rural			0,47
Urbain	6 (12,5) 0(0)	42(87,5) 2(100)	

Il ressort de ce tableau qu'aucune relation n'est statistiquement significative entre le trouble anxio-dépressif et les variables sociodémographiques.

3.6. Relation entre trouble anxio-depressif et étiologies

Le tableau ci-dessous présente la corrélation entre trouble anxio-depressif et les étiologies.

Tableau 5 : Corrélation entre les troubles psychiques et étiologies.

Etiologie	TAD	Sans	TOTAL	p
	Avec			
	n(%)	n(%)	N(%)	
Obstétricale	40(88,9)	5(11,1)	45(90)	0,487
Iatrogène	2(66,7)	1(33,3)	3(6)	0,487
Agression sexuelle	2(100)	0(0)	2(4)	

TAD : trouble anxio-depressif

Bien que l'origine de la fistule urogénitale soit majoritairement une agression sexuelle (100%) ou obstétricale (88,9%), la relation entre étiologie et trouble anxio-depressif demeure statistiquement non significative à $p=0,487$.

3.8.. Relation entre la psychothérapie et trouble anxio-depressif.

Le tableau ci-dessous présente la corrélation entre la psychothérapie et trouble anxio- depressif.

Tableau 6 : Corrélation entre le trouble anxio-depressif et la psychothérapie.

Troubles psychiques	Psychothérapie		TOTAL	p
	NON	OUI		
	n(%)	n(%)	N(%)	
Avec	23(52,3)	21(47,7)	44(88)	0,033
Sans	6(100)	0(0)	6(12)	0,033

Ce tableau nous montre que moins de la moitié des patientes avec trouble anxio-depressif (47,7%) a bénéficiée de la psychothérapie. La relation entre psychothérapie et troubles anxio- depressif est statistiquement significative à $p=0,033$.

4. DISCUSSION

Dans l'étude, la prévalence hospitalière de trouble anxio-depressif chez les patientes avec fistule urogénitale est de 88% sur une période de 6 mois. Ces résultats sont proches de ceux de Zeleke B.M. et al, (2013) [25] en Ethiopie qui ont trouvé une prévalence hospitalière de 97.3% sur une période de 3 mois. L'âge moyen dans notre étude est de 29 ± 9 ans. Weston K. et al, (2011) ont trouvé le même âge moyen que nous [25], par contre Zeleke BM et al, (2013) ont trouvé un âge moyen supérieur de 48.0 ± 13.1 ans [25], ce qui diffère de celui de nos patientes. Les femmes mariées sont les plus représentées (86%). D'autres études menées respectivement au Burkina-Faso (2014), au Soudan (2016) et au Kenya (2011) ont aussi rapporté une prédominance de femmes mariées [13, 16, 24]. Cette tendance de femmes mariées s'explique par le fait que la souffrance psychique s'exacerbe le plus rapidement possible du fait du rejet par le mari, elles se trouvent esseulées. La majorité de nos patientes résident en milieu rural (96%). Ce pourcentage montre que les zones rurales sont des milieux à haut risque. Cela s'explique par le fait que dans ces zones, les consultations des femmes enceintes se font tardivement, la majorité ne respecte pas le programme des consultations prénatales. En outre ces zones sont exposées à l'insécurité avec plusieurs cas de viols où des corps étrangers sont introduits dans les appareils génitaux de certaines victimes, les routes en état de délabrement retardent l'accès aux soins surtout pour les femmes en travail d'accouchement. Le résultat similaire a été retrouvé dans l'étude de Bouya et al, à Brazzaville (2002) et de BAH OR et al, en Guinée (2019) [5,2]. Dans notre étude, plus de la moitié des patientes avec fistule urogénitale (66%) n'a pas étudié. Ce pourcentage d'analphabétisme se justifie par la rareté des écoles en milieu rural d'où la majorité de nos patientes provient. Les zones rurales sont des zones pauvres favorisées par la guerre et l'insécurité. A tout moment, la population est en déplacement, il n'y a pas le temps pour l'école. Le même taux élevé d'analphabétisme est retrouvé chez d'autres auteurs comme Kabore A F et al, (2014) [4]. La plupart de nos patientes (82%) a une profession. Cette profession n'est rien d'autre qu'une activité champêtre, destinée à celles qui n'ont pas été à l'école dans nos milieux ruraux. Nos résultats diffèrent de ceux de Diarra et al, (2013) à Bamako [8] qui ont trouvé 76,9% des patientes avec fistule urogénitale sans profession. Les conséquences de la fistule urogénitale tels que l'écoulement permanent des urines (100%), le port de couches (74%), l'odeur ammoniacale (54%) et le rejet par le mari (32%), sont les principaux nœuds de la souffrance psychologiques identifiés chez nos patientes. Cette explication corrobore celui de Muleta M. et

al,(2008) en Ethiopie [19]. Quant à la corrélation entre le trouble anxio-dépressif et les facteurs sociodémographiques (le niveau d'étude, la profession, l'état civil), notre étude ne montre pas de relation statistiquement significative. Néanmoins, les femmes avec fistule urogénitale présentent dans notre étude les symptômes psychiques suivants : la honte (92 %), la tristesse(78 %), les idées de déréalisation(56 %), la perte de l'estime de soi (48 %), la peur(40 %), la colère et l'agressivité(36 %), les idées de dépersonnalisation(30%), l'attitude d'isolement (12 %) et le mutisme(4 %). En effet, selon certains auteurs africains (2021), la fuite involontaire et permanente des urines par le vagin entraîne une souffrance psychologique dont les manifestations peuvent être variables [11]. A l'instar de notre étude, plusieurs études africaines ont trouvé les symptômes psychologiques chez femmes avec fistule urogénitale tels que la tristesse, les sentiments de dévalorisation, la peur, la honte et l'attitude d'isolement [25, 17]. Pour Muleta M. et al, (2008), la mauvaise odeur associée à d'autres difficultés que les femmes rencontrent dans l'accomplissement des tâches ménagères et du rapport sexuel, conduisent au divorce et au rejet social. Ces conséquences sociales ont des répercussions sur la santé mentale qui conduisent à des troubles psychiques pouvant aller jusqu'aux idées de suicide [19]. A cette notion, s'ajoutent les superstitions qui agissent sur la patiente. Comme rapportent Kaboré et al,(2014) [13], 50 % des femmes interrogées pensent que la fistule urogénitale est soit liée à la sorcellerie, soit à une malédiction. D'autres événements pouvant subvenir lors de l'accouchement comme la douleur de la perte du nouveau-né viennent compléter ce sombre tableau et expliquent les fortes répercussions psychologiques ; malgré qu'il n'y ait pas une corrélation statistiquement significative entre le trouble anxio-dépressif et l'étiologie ($p > 0,487$) qui s'explique par une faible représentativité des autres étiologies dans notre population. Nous remarquons que toute femme avec fistule urogénitale post-agression sexuelle développe ce trouble anxio-dépressif alors qu'en ce qui concerne la fistule d'origine obstétricale seule 88,9 % sont vulnérables. Les abus sexuels entraînent des modifications psychologiques chez la victime et contribuent au renforcement de la souffrance physique et psychique et même au développement de la fistule urogénitale [1]. En effet, les victimes d'abus sont à même de ressentir d'importants sentiments de rejet et de dévalorisation qui ont pour conséquences des difficiles relationnelles avec les autres, plus spécifiquement les éventuels partenaires sexuels [7].

La patiente avec fistule est sujette à ressentir une plus grande insatisfaction liée à son image corporelle, associée aux symptômes plus importants de la dépression, de l'anxiété et de l'état du stress post traumatique [12]. Dans notre étude, moins de la moitié des femmes avec fistule qui développent le trouble anxio-dépressif (47,7%) accèdent à la psychothérapie. La proportion non prise en charge est non-négligeable. Cela se justifie par le fait que les femmes n'arrivent pas au même moment au centre du traitement, le début de la psychothérapie est conditionné par l'ordre d'arrivée. Plusieurs autres auteurs soulignent l'importance d'une évaluation psychologique et sociale ainsi que la nécessité d'intégrer la psychothérapie dans la prise en charge globale des fistules urogénitales depuis le diagnostic jusqu'à la réinsertion sociale après la réparation chirurgicale [13, 22].

CONCLUSION

La fistule urogénitale a des répercussions psychologiques importantes sur le vécu de la patiente. La souffrance psychologique doit préalablement être diagnostiquée afin de permettre une prise en charge psychologique complémentaire à la prise en charge médicale et chirurgicale.

5. REFERENCES

- [1] Aakvaag H. F., Thoresen S., Wentzel-Larsen T., and coll. "Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse," *J. Affect. Disord.*, 2016 ; (204) : 16–23.
- [2] Bah Or, Diallo A, Cisse D, et al, *Fistules vesico-vaginales obstétricales : aspects psychosociaux dans deux sites de prise en charge en Guinée*. *Uro-Andro*, 2019 ;(2) :20-23.
- [3] Bernis G and Luc L., "Fistule obstétricale : Principes directeurs pour la prise en charge clinique et développement des programmes", 2009,p 75, consulté le 16 Aout 2021 sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44099>.
- [4] Bouya P. A., Itoua Nganongo W., Lomina D., and Iloki L. H., "Étude rétrospective de 34 fistules urogénitales d'origine obstétricale," *Gynecol. Obstet. Fertil.*, 2002 ;(30) :780–783.
- [5] Bouya P. A., Itoua Nganongo W., Lomina D., et al, "Étude Rétrospective de 34 fistules uro-génitales d'origine obstétricale," *Gynecol. Obstet. Fertil.*, 2002 ;(30) :780–783.
- [6] Constant I., Louvet N., Guye M. L., and Sabourdin N., "Anesthésie générale chez l'enfant : Quid des pratiques en 2010?," *Ann. Fr. Anesth. Reanim.*, 2012 ;(31) :709– 723.
- [7] Denis I., Brennstuhl M. J., and Tarquinio C., "The consequences of sexual trauma on the sexuality of victims: A systematic review of the literature," *Sexologies*, 2020 ;(29) :198–217.
- [8] Diarra A., Tembely A., Berthe H. J. G., et al. "Intégration sociale des femmes opérées de fistule urogénitale obstétricale," *Prog. en Urol.*, 2013 ;(23) :1000–1003.
- [9] Gjerde J. L., Rortveit G., Muleta M., and Blystad A., "Silently waiting to heal: Experiences among women living with urinary incontinence in northwest Ethiopia," *Int. Urogynecol. J.*, 2013; (24):953–958.
- [10] Gueye S. M., Diagne B.A, Mensah A., "LES FISTULES VESICO-VAGINALES Aspects étiopathogéniques et thérapeutiques au Sénégal," *Médecine d'Afrique Noire* :1992 ;(39):8-9.
- [11] Humanitaire P. et al, "La fistule vesico-vaginale de cause obstetricale : Enquête auprès de 52 femmes admises au village des fistuleuses," *Med. Afr. Noire*, 2021, (48) :1833– 1849.
- [12] Jaconis M., Boyd S. J., and Gray M. J., "History of Sexual Violence and Associated Negative Consequences: The Mediating Role of Body Image Dissatisfaction," *J. Loss Trauma*, 2020 ; (25) :107–123.
- [13] Kaboré F A et al, "Aspects épidémiologiques, étiologiques et impact psychosocial des fistules urogénitales dans une cohorte de 170 patientes consécutives, prises en charge dans trois centres du Burkina Faso de 2010 à 2012," *Prog. en Urol.*, 2014 ; (24) :526– 532.
- [14] Khisa W. and Kamau R. "Traumatic fistula resulting from sexual violence: A case study in Kenya," *Afr. J. Midwifery Womens. Health*, 2011 ;(5): 203–204.
- [15] Kone M, Mamadou A, *Fistules uro-génitales obstétricales à l'hôpital Nianankoro Fomba de Segou à propos de 56 cas*[thèse] ;2015 : p. 82.
- [16] Mirghani H., Am S., and Ho M., "Prevalence of depression among Sudanese patients with vesico-vaginal fistula," *Indian J. Basic Appl. Med. Res.*, 2016 ; (5) :812–816.
- [17] Mohamed H. and Kabunga A., "Psychosocial Effects of Obstetric Fistula on Young Mothers in Western Kenya *International Journal of Sciences : Psychosocial Effects of Obstetric Fistula on Young Mothers in Western Kenya*," 2016 ; (4531) : 395– 404.
- [18] Mukwege M.D, Mukanire N., Himpens J., and coll. "Minimally invasive treatment of traumatic high rectovaginal fistulas," *Surg. Endosc.*, 2016 ;(30) :379– 387,
- [19] Muleta M., Hamlin E. C., Fantahun M., and coll. "Health and Social Problems Encountered by Treated and Untreated Obstetric Fistula Patients in Rural Ethiopia," *J.Obstet. Gynaecol.* 2008 ;(30) :44–50,
- [20] Nabbe P. and coll. "The French version of the HSCL-25 has now been validated for use in primary care," *PLoS One*, 2019 ;(14) :1–14.
- [21] Panzi F., "Rapport annuel des activités de la fondation PANZI," 2018 : pp. 20–31.
- [22] Tebeu P. M. and coll. "Psychosocial and economic reintegration needs of patients operated on for vesicovaginal fistula in Cameroon," 2020; (2797): pp. 1–10.
- [23] Tsegaw M. G., "Prevalence of depression and associated factors among patients with obstetric fistula at hamlin fistula treatment centers, Ethiopia : A Facility Based Cross- sectional Study," *Am. J. Public Heal. Res.*, 2018;(6) : 215–221.
- [24] Weston K, Mutiso S., Mwangi J. W., and coll. "Depression among women with obstetric fistula in Kenya," *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 2010 ; (115) : 31–33,
- [25] Zeleke B.M., Ayele T.A., Woldetsadik M.A. and coll. *Depression among women with obstetric fistula, and pelvic organ prolapse in northwest Ethiopia. BMC Psychiatry* 13, 236 (2013).