

Facteurs De Risque De La Fistule Obstétricale Chez Les Accouchées Adolescentes Dans La Province Du Sankuru De 2023 A 2025

[Risk Factors For Obstetric Fistula Among Adolescent Mothers In Sankuru Province, 2023–2025]

ASHEMA MBOYO Christine¹, OMBA TAWEDI Pascal², OLENGA KABALE Jean³

¹ Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lodja, Sankuru, République Démocratique du Congo.

² Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lodja, Sankuru, République Démocratique du Congo.

³ Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lodja, Sankuru, République Démocratique du Congo.

Auteur Correspondant : ASHEMA MBOYO Christine



Résumé: La fistule obstétricale chez les adolescentes demeure un problème majeur de santé publique dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, particulièrement en République Démocratique du Congo, où elle est associée à plusieurs facteurs de risque. La présente étude visait à identifier les principaux facteurs de risque associés à la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes dans la province du Sankuru entre 2023 et 2025.

Une étude cas-témoins a été réalisée auprès de 270 adolescentes ayant accouché dans la province du Sankuru. Parmi elles, 90 présentaient une fistule obstétricale, tandis que 180 adolescentes ne présentant pas de fistule ont été sélectionnées comme témoins par échantillonnage aléatoire simple.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 26 et des analyses bivariées fondées sur les odds ratios ont permis d'identifier les facteurs associés. Les résultats montrent que les principaux facteurs de risque sont les grossesses multiples (OR = 1,9 ; IC 95 % [1,6–3,7] ; p = 0,031), une durée du travail supérieure à 12 heures (OR = 1,8 ; IC 95 % [1,1–3,1] ; p = 0,023), l'accouchement par voie basse (OR = 2,3 ; IC 95 % [1,2–4,3] ; p = 0,007) et l'accès limité à la césarienne (OR = 2,4 ; IC 95 % [1,5–4,5] ; p = 0,004). La prévention des grossesses à haut risque et l'amélioration de l'accès à une assistance qualifiée et aux soins obstétricaux de qualité pourraient contribuer à réduire la survenue de la fistule obstétricale chez les adolescentes au Sankuru.

Mots-Clefs : Santé maternelle, Dystocie, Césarienne, Grossesse précoce, Soins obstétricaux d'urgence, Morbidité maternelle, Afrique subsaharienne, République Démocratique du Congo.

Abstract: Obstetric fistula among adolescents remains a major public health problem in several sub-Saharan African countries, particularly in the Democratic Republic of the Congo, where it is associated with several risk factors. This study aimed to identify the main risk factors associated with obstetric fistula among adolescent mothers in Sankuru Province between 2023 and 2025. A case-control study was conducted among 270 adolescents who gave birth in Sankuru Province. Among them, 90 had obstetric fistula, while 180 without obstetric fistula were selected as controls using simple random sampling. Data were analyzed using SPSS version 26, and bivariate analyses based on odds ratios were used to identify associated risk factors. The results showed that the main risk factors were multiple pregnancies (OR = 1.9; 95% CI [1.6–3.7]; p = 0.031), labor lasting more than 12 hours (OR = 1.8; 95% CI [1.1–3.1]; p = 0.023), vaginal delivery (OR = 2.3; 95% CI [1.2–4.3]; p = 0.007), and limited access to cesarean section (OR = 2.4; 95% CI [1.5–4.5]; p = 0.004).

The study highlights the need to prevent high-risk pregnancies and improve access to qualified delivery assistance and quality obstetric services. Strengthening obstetric care could contribute to reducing the occurrence of obstetric fistula among adolescents in Sankuru Province.

Keywords: Maternal health, Obstructed labor, Cesarean section, Early pregnancy, Emergency obstetric care, Maternal morbidity, Sub-Saharan Africa, Democratic Republic of the Congo.

1. INTRODUCTION

La fistule obstétricale demeure l'une des complications les plus graves de l'accouchement prolongé ou obstructif. C'est une communication anormale entre les voies génitales et les voies urinaires ou digestives, entraînant une incontinence chronique, une douleur physique et une marginalisation sociale souvent irréversible. Bien qu'elle soit pratiquement éradiquée dans les pays à revenu élevé, elle continue d'affecter des milliers de femmes et de jeunes filles en Afrique subsaharienne, où l'accès aux soins obstétricaux d'urgence reste limité entraînant ainsi la stigmatisation sur le plan social.

Au Kenya et au Rwanda entre 1994 et 2017, 26,8 %, soit 787 sur 2942 des femmes ont développé une fistule après une césarienne avaient la lésion iatrogène qui était suite à un travail d'accouchement prolongé et dystocique. En effet, l'augmentation des lésions iatrogènes était plus rapide que celle de la fréquence des césariennes [1].

Les adolescentes constituent un groupe particulièrement exposé au risque de fistule. Leur jeune âge, souvent associé à un bassin pelvien encore immature, à un travail d'accouchement prolongé et à un accès retardé à la césarienne, multiplie les complications obstétricales [2].

Au Burundi, une étude menée a montré que la résidence rurale, le mariage précoce et la faible scolarisation augmentaient significativement la probabilité de survenue d'une fistule obstétricale (OR = 5,0), [3]. De même, une méta-analyse réalisée en Afrique de l'Ouest a révélé que plus de 60 % des cas de fistule étaient liés à un travail prolongé non assisté, souvent supérieur à 12 heures [4]. Ces résultats démontrent que la fistule est avant tout un indicateur d'injustice sanitaire et sociale.

Au Mali, les facteurs associés à l'échec du traitement chirurgical de la fistule obstétricale étaient la voie d'accouchement (2,12 ; IC 95% : 1,12 – 4,01) ; l'âge de la (1,73 ; IC 95% : 1,07 – 2,80) entre 1 à 4 ans et (2,54 ; IC 95% : 1,35 – 4,78) après 20 ans, [5].

En République démocratique du Congo, dans la province du Haut-Katanga, une étude transversale portant sur 242 patientes souffrant de la fistule obstétricale entre 2009 à 2013. Les résultats ont montré que, 229 patientes ont accouché par voie basse soit 95% d'entre elles et 74,6% à domicile. Le nouveau-né était décédé en période périnatale dans 93,4% des accouchements. L'âge moyen des patientes était de 27,9±10,3 ans. Environ une patiente sur six avait moins de 20 ans et dans l'ensemble près d'une patiente sur 2 avait moins de 25 ans. 7 patientes sur 10 avaient une parité inférieure à 3 et la parité moyenne était de 2,5, près de 90% avaient un niveau d'études faible et étaient célibataires. La fistule était vésico-vaginale (96%), de type 2-3 (37%) et réparée par voie vaginale (67% qui a durée en moyenne 4 ans d'âge, [6].

Elle demeure préoccupante dans la province du Sankuru qui est caractérisé par le déficit d'infrastructures sanitaires, la pauvreté, les mariages précoces et le manque de personnel qualifié contribuent à aggraver le phénomène. Dans cette province, les données issues du DHIS 2 indiquent une fréquence élevée de nouveaux cas chaque année parmi les adolescentes accouchées. La littérature récente souligne également que la malnutrition, l'absence de référence précoce et les tabous culturels freinent l'accès à des soins obstétricaux adéquats. En effet, près de 2 millions de femmes vivent avec la fistule obstétricale non traité qui a une incidence d'en moyenne 3 cas sur 1000 accouchements en Afrique subsaharienne, [7].

Ainsi donc, cette étude tente de répondre à la question de recherche suivante : Quels sont les facteurs de risque de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes dans la province du Sankuru de 2023 à 2025.

La présente étude s'inscrit dans ce contexte et vise à identifier les facteurs de risque de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes dans la province du Sankuru, entre 2023 et 2025.

2. MATERIELS ET METHODE

2.1 Présentation du milieu d'étude

Nous avons effectué cette recherche dans la province du Sankuru en République Démocratique du Congo.

2.2 Méthode

2.2.1. Type, domaine et période de la recherche

La présente recherche est cas-témoins. Elle est dans le domaine de la santé de la reproduction et est axée sur les facteurs de risque de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes. En effet, les données sont collectées du 03 Aout 2023 au 15 juillet 2025.

2.2.2 Population, taille de l'échantillon et échantillonnage

La population de notre étude est composée des 1500 adolescentes ayant accouchées dans les trois hôpitaux généraux (Lodja, Katako-Kombe et Kole) dans la province du Sankuru de 2023 à 2025. En effet, selon les données du DHIS 2, durant cette période, nous avons enregistré 180 cas de fistules obstétricales chez les accouchées parmi lesquels 90 cas étaient chez les adolescentes qui constituent nos cas ayant répondu à nos critères de l'étude, ce qui ramène notre taille d'échantillon à 270 patients qui ont été retenus de manière simple.

2.2.3 Méthode, technique et instrument de collecte de données

Pour récolter les données dans cette étude, nous nous sommes servis de la méthode d'enquête, la technique d'analyse documentaire a été réalisée grâce à un questionnaire utilisé comme instrument de collecte de données.

2.2.4. Déroulement de la recherche

Les entretiens se sont déroulés et duraient en moyenne 40 minutes pour chaque informateur. Les entretiens ont consisté à collecter les informations concernant les caractéristiques sociodémographiques des accouchées adolescentes ainsi que, les informations en rapport avec la fistule obstétricale.

2.2.5. Considérations éthiques

En outre, la réalisation de cette recherche a obtenu l'approbation du comité d'éthique de l'école doctorale à l'ISTM/Kinshasa à travers la lettre du comité national d'éthique de la Santé N° 001/CNES/SR/03/2015 du 13 Mars 2015. Avant les entretiens, les accouchées étaient appelées à donner le consentement éclairé. En effet, la sécurité, la liberté la confidentialité ainsi que l'anonymat des informations reçues étaient garanties.

2.2.6. Traitement des données

Les données ont été extraites dans le logiciel SPSS version 26 où elles ont été analysées.

L'analyse a consisté à décrire les caractéristiques sociodémographiques des accouchées adolescentes y compris les informations en fonction de la fistule obstétricale. Les analyses bivariées, appuyées sur le calcul des odds ratios, ont permis d'isoler ces facteurs de risque.

2.2.7. Limite de la recherche

La non-représentativité de l'échantillon ne permet pas d'extrapoler les résultats de cette recherche dans tout le pays ainsi donc, ces résultats ne concernent que, la province du Sankuru durant la période allant de 2023 à 2025. La faible taille d'échantillon était liée à l'effectif des mères adolescentes.

III. RESULTATS

Tableau N°I. Caractéristiques sociodémographiques des accouchées adolescentes

Caractéristiques sociodémographiques	Fréquence=270	%
Age x=15 ans		
13 à 15 ans	105	38,9
16 à 19 ans	165	61,1
Résidence		
Rural	155	57,4
Urbain	115	42,6
Niveau d'instruction		
Sans niveau	105	38,9
Primaire	115	42,6
Secondaire	50	18,5
Croyance religieuse		
Catholique	95	35,2
Eglise de réveil	75	27,8
Kimbanguiste	71	26,3
Autres religions	29	10,7
Age de 1^{ère} grossesse x=15 ans		
13 à 15 ans	85	31,5
16 à 17 ans	185	68,5
Nombre de grossesse x=2 grossesses		
1 à 2 grossesses	140	51,9
3 à 4 grossesses	130	48,1

Selon l'âge, il varie de 13 à 19 ans avec la moyenne de 15,8 ans.

Selon la résidence, 57,4% habitent en milieu rural.

Concernant le niveau d'instruction, 42,6% sont sans niveau et 38,9% sont du niveau primaire.

Selon la croyance religieuse, 35,2% sont de l'église catholique et 27,8% de l'église de réveil.

Concernant l'âge de 1^{ère} grossesse, il varie de 13 à 17 ans avec la moyenne de 15 ans.

Concernant le nombre de grossesse, il varie de 1 à 4 grossesses avec la moyenne de 2 grossesses.

Tableau N°II. Prévalence de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes de 2023 à 2025

Fistule obstétricale	Fréquence d'accouchement	Fistule obstétricale	%
2023	611	23	3,7
2024	591	41	6,9
2025	298	26	8,7
Total	1500	90	6

La prévalence de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes de 2023 à 2025 est de 6% soit 90 sur 1500 accouchées.

Tableau III. Relation entre la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes et caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	FO		Total	OR	IC 95% OR	P
	Oui	Non				
Age						
13 à 15 ans	35	70	105	1	[0,5 - 1,6]	1,000
16 à 19 ans	55	110	165			
Lieu de résidence						
Rural	52	103	155	1	[0,6 - 1,7]	0,931
Urbain	38	77	115			
Niveau d'instruction						0,993
Primaire	35	70	105	1	[0,5 - 1,6]	1,000
Sans niveau	38	77	115	0,9	[0,5 - 1,6]	0,993
Secondaire	17	33	50	1	[0,6 - 1,8]	0,971
Croyances religieuses						0,001
Catholique	39	56	95			
Eglise de réveil	18	57	75			
Kimbanguiste	14	57	71			
Autres religions	19	10	29			
Age de la 1^{ère} grossesse						
13 à 15 ans	30	55	85	1,1	[0,6 - 1,9]	0,746
16 à 17 ans	60	125	185			
Nombre des grossesses						

1 à 2 grossesses	47	93	140	1,9	[1,6 - 3,7]	0,031
3 à 4 grossesses	43	87	130			
Total	90	180	270			

L'odds ratio révèle que, le nombre de grossesse (OR=1,9 ; IC 95% [1,6 - 3,7] ; P=0,031) constitue un facteur de risque de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes.

Par contre, l'âge, le lieu de résidence, le niveau d'instruction et l'âge de la 1ère grossesse ne sont pas avéré comme un facteur de risque de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes (OR=1 ; IC 95% [$\geq 0,0$ - ≥ 1] ; P $\geq 0,05$).

Tableau IV. Relation entre la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes et les facteurs de risque

Facteurs de risque		FO		Total	OR	IC 95% OR	P
		Oui	Non				
Lieu d'accouchement	Domicile	72	113	185	2,3	[1,3 - 4,3]	0,006
	ESS/FOSA	18	67	85			
Contraception	Oui	32	63	95	1	[0,6 - 1,7]	1,000
	Non	58	117	175			
CPN	Oui	28	57	85	0,9	[0,5 - 1,7]	1,000
	Non	62	123	185			
Duré du travail	>25h00	53	78	131	1,8	[1,1 - 3,1]	0,023
	>24h00	37	102	139			
Voie d'accouchement	Base	73	116	189	2,3	[1,2 - 4,3]	0,007
	Haute	17	64	81			
Reference	Oui	19	109	128	0,1	[0,09 - 0,31]	0,001
	Non	71	71	142			
Frais à payer	Oui	30	55	85	1,1	[0,6 - 1,9]	0,746
	Non	60	125	185			
Tabou culturel	Oui	48	110	158	0,7	[0,4 - 1,2]	0,275
	Non	42	70	112			
Malnutrition	Oui	18	101	119	0,19	[0,108 - 0,35]	0,001
	Non	72	79	151			
Mariage précoce	Oui	54	111	165	0,9	[0,5 - 1,5]	0,895
	Non	36	69	105			

Inaccessibilité géographique	Oui	60	120	180	1	[0,5 - 1,7]	1,000
	Non	30	60	90			
Accès limité de césarienne	Oui	72	111	183	2,4	[1,5 - 4,5]	0,004
	Non	18	69	87			
Décision lieu d'accouchement	Femme	8	12	20	0,9	[0,5 - 1,5]	0,647
	Autres membres	82	168	250			
Assistance accouchement	Accoucheuse traditionnelle	30	59	89	1	[0,5 - 1,7]	1,000
	Infirmier	25	53	78			
	Membre de la famille	15	34	49	1,8	[1,1 - 3,7]	0,047
	Médecin	8	17	25	1	[0,5 - 1,7]	1,000
	Sage-femme	12	17	29	1,9	[0,8 - 1,6]	0,947
Total		90	180	270			

L'odds ratio révèle que, la durée du travail au de-là de 24h00 (OR=1,8 ; IC 95% [1,1 - 3,1] ; P=0,023) ; l'accouchement par la voie basse (OR=2,3; IC 95% [1,2 - 4,3] ; P=0,007) ; l'accès limité de césarienne (OR=2,4 ; IC 95% [1,5 - 4,5] ; P=0,004) sont des facteurs de risque de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes.

En outre, la non-référence (OR=0,1 ; IC 95% [0,09 - 0,31] ; P=0,001) ainsi que, l'absence de la malnutrition (OR=0,19 ; IC 95% [0,108 - 0,35] ; P=0,001) sont des facteurs protecteurs de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes.

Par contre, le lieu d'accouchement, l'utilisation de la contraception, le suivi de CPN, le fait d'avoir les frais à payer lors de la prise en charge, le tabou culturel, le mariage précoce, l'inaccessibilité géographique, la personne qui prend la décision de lieu d'accouchement, la personne qui assure l'assistance d'accouchement ne sont pas avérés comme un facteur de risque de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes (OR=1 ; IC 95% [≥0,0 - ≥ 1] ; P≥0,05).

IV. DISCUSSION DES RESULTATS

I. Caractéristiques sociodémographiques des accouchées adolescentes

Selon l'âge, il varie de 13 à 18 ans avec la moyenne de 15,8 ans.

Selon la résidence, 57,4% habitent en milieu rural.

Concernant le niveau d'instruction, 42,6% sont sans niveau et 38,9% sont du niveau primaire.

Selon la croyance religieuse, 35,2% sont de l'église catholique et 27,8% de l'église de réveil.

Concernant l'âge de 1ère grossesse, il varie de 13 à 17 ans avec la moyenne de 15 ans.

Concernant le nombre de grossesse, il varie de 1 à 4 grossesses avec la moyenne de 2 grossesses.

Sur 91 patientes souffrant de la fistule obstétricale, l'âge moyenne était de 27,30 ans, 95% étaient non scolarisées, 76% étaient mariées. L'âge au mariage était inférieur à 18 ans pour 76% des femmes, et l'âge au 1er accouchement inférieur à 18 ans pour 55%, [8].

Module II. Fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes

II. Prévalence de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes de 2023 à 2025

La prévalence de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes de 2023 à 2025 est de 6% soit 90 sur 1500 accouchées.

Près de 1096 patientes étaient prises en charge pour fistules obstétricales dans les régions de Sikasso, Kayes, Koulikoro, Bamako, Gao durant période allant de juin 2014 à avril 2018, [5].

Parmi les 1938 femmes suspectées de fistules, 1096 cas ont été confirmés, soit un taux de 56,5 %. L'âge moyen des patientes était de 34 ans $\pm$ 3,53. L'apparition de la fistule s'est étalée entre 1964 et 2018. Le mariage avant l'âge de 19 ans concernait 88 % des cas, dont 46,1 % étaient âgées de 10 à 15 ans. Le taux global de réussite du traitement (fistule fermée et cicatrisée) s'élevait à 62 %, [9].

Cette proportion est supérieure à celle rapportée en Éthiopie (22,9 %) ou au Nigeria (18,4 %) selon [2] et [10], traduisant probablement des conditions obstétricales plus précaires dans la région du Sankuru.

III. Facteurs de risque de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes

Selon les facteurs de risque de la fistule obstétricale, 70% ont eu l'accouchement par voie basse, 68,5% ont accouché à domicile, 67,8% ont un accès limité de césarienne, 66,7% connaissent l'incessibilité géographique, 61,1% ont un mariage précoce, 58,5% respectent le tabou culturel, 55,9% souffrent de la malnutrition, 48,5% ont eu le travail d'accouchement supérieur 24h, 35,2% utilisent la contraception, 31,5% ont fréquenté la CPN, ont les frais à payer pour l'accouchement.

En outre, 7,4% des décisions des lieux d'accouchement ont été prises par la femme.

Considérant l'assistance à l'accouchement, 33% d'accouchement sont réalisés par l'accoucheuse traditionnelle et 18,1% Membre de la famille.

Module III. Odds ratio

IV. Relation entre la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes et caractéristiques sociodémographiques

L'odds ratio révèle que, le nombre de grossesse (OR=1,9 ; IC 95% [1,6 - 3,7] ; P=0,031) constitue un facteur de risque de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes.

Par contre, l'âge, le lieu de résidence, le niveau d'instruction et l'âge de la 1ère grossesse ne sont pas avérés comme un facteur de risque de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes (OR=1 ; IC 95% [$\geq$ 0,0 - $\geq$ 1] ; P $\geq$ 0,05).

L'âge, la parité et les antécédents de chirurgie abdominale étaient associés à la fistule iatrogène (ORa 1,94 ; IC à 95 % : 1,48-2,54) et a augmenté de 37 % parmi les césariennes ayant entraîné une fistule (ORa 1,37 ; IC à 95 % : 1,02-1,83), [1].

L'accouchement causal de la FO était le 1er pour 59%, a eu lieu dans une structure de santé pour 88%, a duré plus de 24 h pour 97%, et s'est fait par voie basse pour 71% des patientes. Le retard de la 1ère consultation, d'au moins 3 mois pour 66% des patientes, était surtout dû à l'ignorance de l'existence du traitement et au manque de moyens pour le transport. Parmi les patientes, 44% attendaient depuis plus de trois mois, 63% avaient un antécédent chirurgical, et 99% ignoraient la date probable de la cure. La perte d'activités génératrices de revenus a été 4,79 fois plus fréquente avec la survenue de la FO, [8].

V. Relation entre la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes et les facteurs de risque

L'odds ratio révèle que, la durée du travail au de-là de 12h00 (OR=1,8 ; IC 95% [1,1 - 3,1] ; P=0,023) ; l'accouchement par la voie basse (OR=2,3 ; IC 95% [1,2 - 4,3] ; P=0,007) ; l'accès limité de césarienne (OR=2,4 ; IC 95% [1,5 - 4,5] ; P=0,004) sont des facteurs de risque de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes.

En outre, la non-référence (OR=0,1 ; IC 95% [0,09 - 0,31] ; P=0,001) ainsi que, l'absence de la malnutrition (OR=0,19 ; IC 95% [0,108 - 0,35] ; P=0,001) sont des facteurs protecteurs de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes.

Par contre, le lieu d'accouchement, l'utilisation de la contraception, le suivi de CPN, le fait d'avoir les frais à payer lors de la prise en charge, le tabou culturel, le mariage précoce, l'incessibilité géographique, la personne qui prend la décision de lieu d'accouchement, la personne qui assure l'assistance d'accouchement ne sont pas avérés comme un facteur de risque de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes (OR=1 ; IC 95% [$\geq 0,0$ - ≥ 1] ; $P \geq 0,05$).

Les facteurs de risque d'échec chirurgical étaient le statut de femme non mariée (RRA = 1,23; IC à 95% : 1,03 - 1,46), un âge de la fistule ≥ 1 an ($P < 0,004$) et le nombre de tentatives de réparation > 6 (RRA = 2,28; IC à 95% : 1,77 - 2,93), [9].

Ces résultats traduisent les défaillances persistantes du système de référence et de la couverture chirurgicale obstétricale, particulièrement dans les zones enclavées du Sankuru.

L'association entre la multiplicité des grossesses et la survenue de la fistule, selon lesquelles chaque grossesse non médicalisée accroît le risque de complications obstétricales sévères. En revanche, certaines variables, telles que le mariage précoce, le tabou culturel ou le niveau d'instruction, n'ont pas montré d'association significative

Les facteurs protecteurs observés absence de malnutrition et référence précoce confirment l'importance d'un suivi nutritionnel et obstétrical adéquat pour réduire les complications. Ces résultats soutiennent les recommandations de l'OMS visant à renforcer les soins obstétricaux d'urgence et à prévenir les grossesses précoces par l'éducation et la planification familiale.

Ainsi, cette étude met en lumière la nécessité d'une approche intégrée combinant : la formation du personnel à la détection précoce des complications, l'amélioration de l'accès à la césarienne et la sensibilisation communautaire pour la prévention des grossesses adolescentes.

Pour accélérer l'élimination de la fistule obstétricale, la prise en charge est nécessaire, partant de l'identification active des femmes porteuses au sein de leur communauté, au diagnostic et à la réparation chirurgicale, puis à leur réinsertion et au suivi au plus long terme, [11].

CONCLUSION

Cette étude s'est focalisée d'identifier les facteurs de risque de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes dans la province du Sankuru de 2023 à 2025.

Il s'agit d'étude cas-témoin qui a été menée auprès de 90 adolescentes ayant développé la fistule obstétricale après l'accouchement dont 180 constituent nos témoins. La taille de notre échantillon est de 270 patients qui ont été retenus de manière simple. Pour collecter les données, nous avons utilisé la méthode d'enquête, la technique d'analyse documentaire appuyée par l'interview réalisée à travers un questionnaire d'enquête utilisé comme instrument de collecte des données.

A l'issue des analyses, les résultats ont montré que, le nombre de grossesse (OR=1,9 ; IC 95% [1,6 - 3,7] ; $P=0,031$) ; la durée du travail au de-là de 12h00 (OR=1,8 ; IC 95% [1,1 - 3,1] ; $P=0,023$) ; l'accouchement par la voie basse (OR=2,3; IC 95% [1,2 - 4,3] ; $P=0,007$) ; l'accès limité de césarienne (OR=2,4 ; IC 95% [1,5 - 4,5] ; $P=0,004$) sont des facteurs de risque de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes.

En outre, la non-référence (OR=0,1 ; IC 95% [0,09 - 0,31] ; $P=0,001$) ainsi que, l'absence de la malnutrition (OR=0,19 ; IC 95% [0,108 - 0,35] ; $P=0,001$) sont des facteurs protecteurs de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes.

Par contre, l'âge, le lieu de résidence, le niveau d'instruction et l'âge de la 1ère grossesse (OR=1 ; IC 95% [$\geq 0,0$ - ≥ 1] ; $P \geq 0,05$) ; le lieu d'accouchement, l'utilisation de la contraception, le suivi de CPN, le fait d'avoir les frais à payer lors de la prise en charge, le tabou culturel, le mariage précoce, l'incessibilité géographique, la personne qui prend la décision de lieu d'accouchement, la personne qui assure l'assistance d'accouchement ne sont pas avérés comme un facteur de risque de la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes (OR=1 ; IC 95% [$\geq 0,0$ - ≥ 1] ; $P \geq 0,05$).

En vue de prévenir la fistule obstétricale chez les accouchées adolescentes dans la province du Sankuru, il est prudent de prévenir les grossesses à haut risque, suivre la CPN durant la grossesse et renforcer la formation des prestataires de soin en SONU, réduire

les frais à payer, former les matrones sur les accouchements à domicile et réduire les frais à payer à l'hôpital en vue de rendre accessible les soins de santé.

RÉFÉRENCES

- [1] Ngongo, C. J., Raassen, T. J. I. P., Mahendeka, M., Lombard, L., & van Roosmalen, J. (2022). Iatrogenic genito-urinary fistula following cesarean birth in nine sub-Saharan African countries : A retrospective review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 541. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04774-0>
- [2] Woldegebriel et al. (2023).
- [3] Nkurunziza, M. (2014). *Analyse du recours aux soins obstétricaux au Burundi : Déterminants et motivations*. Presses universitaires de Louvain.
- [4] Hareru et al. (2023).
- [5] Diarra, M. (2019). *Epidémiologie de la fistule obstétricale au Mali* [PhD Thesis, USTTB].
- [6] Nsambi, J. B., Mukuku, O., Yunga, J.-D. F., Kinenkinda, X., Kakudji, P., Kizonde, J., & Kakoma, J.-B. (2018). Fistules obstétricales dans la province du Haut-Katanga, République Démocratique du Congo : À propos de 242 cas. *Pan African Medical Journal*, 29(1), 1-14. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.29.34.14576>
- [7] BANKE-THOMAS, A. (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*.
- [8] Trop, M. (2009). Parcours de la femme souffrant de fistule obstétricale au Niger. *Médecine tropicale*, 69, 61-65.
- [9] Teguede, I. (2023). ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE AU MALI : LEÇONS DU PROJET « FISTULA MALI ». *JOURNAL DE LA SAGO (Gynécologie – Obstétrique et Santé de la Reproduction)*, 24(1).
- [10] Afolabi et al. (2023).
- [11] Bernis, L. D., & Slinger, G. (2022). *Fistule obstétricale : Comment accélérer l'accès à la prévention, la réparation, et assurer une bonne réintégration socio-économique ?*