

Représentations sociales des fistules obstétricales:

Résultats d'une étude qualitative dans trois régions sanitaires du Burkina Faso

Introduction

La fistule obstétricale constitue l'une des conséquences des accouchements bloqués mal pris en charge. Elle consiste en une communication anormale entre la vessie et le vagin et/ou entre le rectum et le vagin. Il en existe ainsi trois principaux types, à savoir les fistules vésico-vaginales, les fistules recto vaginales et les fistules vésico-recto-vaginales. Pathologie invalidante et avilissante de la femme [1], elle constitue un problème de santé publique particulièrement dans les pays en développement. L'Organisation mondiale de la Santé [2] estime que dans le monde, 100.000 nouveaux cas de fistules surviennent chaque année et que plus de 500.000 femmes vivent avec une fistule obstétricale. Cette pathologie connue depuis l'antiquité est pourtant mal connue des prestataires de santé. Quant à la population, leurs perceptions de la fistule obstétricale fait référence aux représentations sociales des maladies qui sont attribuées à des causes non fortuites ou naturelles. Ces représentations ne sont pas sans conséquences sur le recours aux soins. Elles déterminent, selon le groupe social considéré, le comportement de l'entourage par rapport à la femme qui en est victime.

En Afrique, surtout en milieu rural, les femmes n'ont pas toujours le pouvoir de décider de leur sort, notamment dans le domaine de recours aux soins. Selon que l'affection dont elle souffre est attribuée à telle ou telle autre cause, l'attitude que les détenteurs de pouvoir de décision auront sera plus ou moins favorables au recours aux soins pour la femme.

Depuis 2003, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) a lancé une campagne mondiale d'éradication des fistules obstétricales. Les pays notamment en développement ont été invités à développer des programmes d'intervention dans ce sens. Le Burkina Faso, en réponse à cette invite a entrepris d'élaborer un programme de lutte contre les fistules obstétricales. Afin de fournir des informations pertinentes pour la définition de stratégies appropriées, nous avons réalisé la présente étude avec les objectifs suivants :1) mesurer les connaissances et les attitudes des populations dans trois régions face aux fistules

obstétricales ; 2) décrire les représentations sociales des fistules obstétricales dans ces trois régions sanitaires.

Population et méthodes

L'enquête a été entièrement qualitative et a couvert trois régions sanitaires sur les treize que compte le Burkina Faso. Il s'agit des régions sanitaires du Sahel, de l'Est et du Centre-Est. Ces trois régions sont dites zone de convergence des agences du système des Nations Unies qui y interviennent à cause faible niveau de l'ensemble des indicateurs de développement socio sanitaires. C'est ainsi que le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) y intervient dans le cadre d'un programme de santé de la reproduction couvrant quatre vingt deux formations sanitaires. A l'intérieur des trois régions sanitaires, 6 (six) districts sanitaires ont été directement concernés. Pour les besoins de l'étude, une sélection a été effectuée parmi les formations sanitaires concernées par l'intervention de l'UNFPA. Ainsi, dans chacune des trois régions sanitaires, deux districts sanitaires ont été retenus comme sites de l'étude. Il s'agit des districts sanitaires de Dori et Djibo pour la région du Sahel, de Fada N'Gourma et Bogandé pour la région de l'Est et de Tenkodogo et Zabré pour la région du Centre Est. Au sein de chacun de ces 06 districts, l'hôpital régional et l'hôpital de district ainsi que deux centres de sante et de promotion sociale (CSPS) ont été visités par l'équipe de recherche. Les districts, ainsi que les CSPS ont été choisis de façon raisonnée afin de représenter au mieux la spécificité socioculturelle de la population couverte par les régions. Des investigations complémentaires ont été menées auprès des populations dans les villages appartenant à l'aire sanitaire des CSPS retenus pour l'étude.

Plusieurs techniques de collecte ont été utilisées, à savoir des interviews individuelles et de groupe, des interviews informelles ainsi que des récits de vie. Le recrutement des populations cibles a été effectué dans les trois régions sanitaires de façon à toucher toutes les sensibilités.

Avec les populations des aires sanitaires des CSPS échantillonnés, des focus groups ont été

organisés avec des hommes, des femmes adultes (âgées de 25 ans et plus) et des jeunes femmes (âgés de moins de 25 ans). L'âge, le genre et l'appartenance ethnique ont été les critères de sélection des personnes à interviewer. De même, des entretiens individuels approfondis ont été réalisés avec les leaders religieux et coutumiers ainsi que les tradipraticiens. Des récits de vie ont été exécutés avec toutes les femmes victimes de fistule identifiées au cours de la collecte des données. Ces femmes ont pu être approchées par le biais des agents de santé dans les zones où existe une prise en charge médicale des fistules et par l'intermédiaire des intervenants associatifs dans d'autres zones. Certaines d'entre elles ont été directement identifiées au sein des communautés visitées par les équipes de recherche avec le concours de personnes ressources.

Cinq outils de collecte ont été élaborés pour la collecte des données, correspondant aux différentes techniques et populations cibles retenues. Ce sont :

- un **guide de focus groups** à l'attention des hommes, jeunes femmes et femmes adultes ; ce guide a investigué les croyances, attitudes et comportements des communautés à l'égard des fistules obstétricales.
- un **guide d'interview** pour les leaders coutumiers, religieux et les tradipraticiens, qui aborde les mêmes aspects ainsi que toute la représentation sociale faite autour des fistules et les possibilités de prise en charge au niveau communautaire.
- un **guide de récit de vie** pour les femmes victimes de fistules. Il aborde l'histoire de la fistule chez la femme, le vécu de sa maladie ainsi que sa prise en charge.

La collecte des données a été réalisée du 26 septembre au 10 octobre 2004 par dix huit enquêteurs choisis parmi des sociologues. Les critères de langue parlée et d'expérience en matière d'enquête qualitative ont été primordiaux pour la sélection, ainsi que le degré de compréhension et d'appropriation de la problématique des fistules obstétricales observé pendant la formation à l'enquête.

Résultats

Au terme de la collecte, 72 entretiens ont été réalisés avec les leaders religieux, coutumiers ainsi que les tradipraticiens des villages parcourus (24 par région sanitaire), 12 entretiens réalisés avec des femmes souffrant de fistules, dont trois à l'Est, cinq au Centre Est et quatre au Sahel, 36 focus groupes (12 par région sanitaire) réalisés avec les hommes, les jeunes femmes et les femmes plus âgées.

Caractéristiques des femmes victimes de fistule

Une douzaine de femmes ont été interrogées, dont 3 à l'Est, 5 au Centre Est et 4 au Sahel. Le tableau I donne les caractéristiques de ces femmes.

Caractéristiques des leaders, des hommes et des femmes interrogés

Au nombre de soixante douze (72), ils ont été identifiés parmi les leaders religieux (imams, catéchistes et pasteurs), coutumiers et les tradipraticiens dans les sites d'enquête. Les leaders étaient en majorité âgés de plus de 50 ans, le tiers d'entre eux étant analphabètes. Ils sont en majorité mariés et polygames, pères de familles nombreuses à l'exception d'un prêtre interrogé dans l'Est. Le tableau II donne les effectifs et les caractéristiques sociodémographiques des leaders interrogés tandis que le tableau III donne les caractéristiques des hommes et des femmes inclus dans les focus groupes

Connaissance des fistules au niveau communautaire

D'une manière générale, les fistules n'ont pas été citées d'emblée par la population comme étant une des maladies féminines les plus fréquentes dans les communautés. Cependant, après description, il s'avère que la maladie existe dans la zone d'étude, même si elle a été très peu souvent vue de près, notamment par les plus jeunes. Cette connaissance est variable selon les générations, mais également selon la région et le genre. En effet, on note une bien meilleure connaissance de la maladie dans le Centre Est et dans le Sahel que dans l'Est où la confusion est assez grande avec des affections telles que l'incontinence urinaire et l'hémorragie post-partum. En outre, les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes (environ la

moitié en ont au moins entendu parler contre le tiers à peu près des hommes) à savoir de quoi il s'agit. Chez ces derniers, on constate une connaissance moindre que chez les femmes. Ils sont plus nombreux parmi les plus âgés à avoir rencontré des femmes souffrant de fistules, et ce dans leur jeunesse.

« les gens cachent [leurs maladies] ici. Il y a la maladie en brousse mais tant que la personne n'est pas dans le coma ou que ce sont les autres qui découvrent sa maladie, elle ne le dira jamais ».

Femme peule, musulmane (focus group)

« en brousse elles ont honte, comme c'est en milieu peul, dire que je souffre de telle maladie est honteux pour eux...c'est caché...il y a certaines femmes qui portent des couches en permanence et elles disent que ce sont les règles. C'est faux, c'est la maladie [fistules] mais elles ne le diront pas ».

Femme mossi musulmane (focus group) Cette faible connaissance empirique est expliquée par les enquêtés par le caractère caché entourant la maladie. Il ressort de la majorité des entretiens que de nombreux cas peuvent exister dans une communauté sans que personne ne s'en doute, en dehors des membres de l'entourage proche de la malade. Il s'agit d'une maladie honteuse. Ce tabou autour des maladies touchant aux parties intimes est surtout décrits par les hommes et femmes peul comme étant courant dans leur communauté.

En définitive, parmi les personnes interviewées, celles ayant fait montre d'une certaine connaissance des fistules obstétricales l'ont acquise de façon empirique, c'est-à-dire par la proximité d'un ou plusieurs cas, et dans beaucoup plus de cas par des rumeurs. Selon ces enquêtés, il s'agirait d'une maladie en voie de disparition qui était beaucoup plus fréquente au temps où il n'y avait pas de recours médical.

Pour toutes les personnes connaissant les fistules, la perte des urines est un indice révélateur de l'état d'une fistuleuse. Celle des matières fécales, qui est moins fréquente, est rarement évoquée par la population dans la description des manifestations des fistules.

En somme, environ les trois quarts des hommes et la moitié des femmes interviewés avouent ne pas connaître cette maladie, à plus forte raison ses causes et manifestations. D'une manière

générale, l'ensemble de la population a une faible connaissance empirique de la maladie. En effet, selon les hommes et femmes âgés et les leaders rencontrés, les fistules obstétricales étaient beaucoup plus répandues auparavant qu'à l'heure actuelle. Malgré cette faible imprégnation des fistules, il est ressorti des entretiens avec les personnes ayant une certaine connaissance empirique du mal que l'imaginaire social reste développé autour de la maladie.

Explication des fistules au niveau communautaire

Les fistules proviendraient dans la plupart des cas d'un sort jeté à la victime. Cette explication surnaturelle ressort surtout chez les hommes et femmes âgées. Les hommes plus jeunes semblent également y adhérer dans une plus grande mesure que leurs congénères femmes, probablement à cause de leur relative ignorance des problèmes de santé maternelle. Enfin, les populations de l'Est et du Sahel semblent beaucoup plus enclines que celles du Centre Est à associer la fistule à des raisons occultes. Cette compréhension du phénomène est courante dans les trois régions ; la cause mystique est sans cesse évoquée, liée soit au sort jeté par une personne que la fistuleuse aurait offensée, soit à l'infidélité de la fistuleuse, qui a rendu son accouchement difficile. Le sort pourrait également être jeté par une femme jalouse ou une rivale de la victime.

Les hommes évoquent en premier un sort jeté à la femme suite à son comportement irrévérencieux à l'égard des personnes âgées, ou encore à l'égard d'un prétendant malheureux. La même explication est donnée par une grande partie des leaders ainsi que par les tradipraticiens en général. Un chef religieux rencontré au Sahel affirme avoir lui-même détenu ce sort auparavant.

D'autres, pour la plupart musulmans, vont plus loin en l'assimilant à une punition divine contre les femmes de mauvaise vie et les infidèles. Cette explication ressort dans les trois régions, et est plus le fait des musulmans.

« Il y a l'impolitesse [des femmes] envers les hommes et les vieilles personnes... quand une femme manque de respect aux hommes ou ne les laisse pas la courtiser, et elle fait le malin, pour la punir on lui jette un mauvais sort ». Homme peul musulman (Focus group)

« C'est le mauvais comportement de la femme envers les personnes âgées qui entraîne cette maladie »
homme mossi musulman

« C'est une femme qui va avec tel homme aujourd'hui et qui est avec tel autre demain, c'est ce genre de femmes qui contractent ce mal là. Donc, une femme qui ne couche qu'avec son mari n'aura pas ce mal » homme musulman gourmantché (focus group).

Outre ces causes mystiques, certains font intervenir des problèmes relatifs à la santé des populations de la zone. Ainsi, sont citées des causes directes, la mauvaise alimentation des femmes enceintes qui, ne respectent plus les interdits alimentaires pendant la grossesse, le manque d'hygiène et la consommation d'eau non potable par la femme.

Les jeunes femmes possèdent une plus grande connaissance sur la question, notamment chez celles ayant d'une manière ou d'une autre entendu parlé de la maladie. Quelques femmes âgées ont également établi le lien entre l'accouchement et la survenue des fistules. Elles expliquent ce mal par la déchirure survenue lors de l'accouchement, du fait de la durée du travail, et de la grosseur du bébé notamment.

Analyse sémantique associée à la fistule

Des investigations menées tant auprès des populations que des leaders, 7 dénominations courantes de la maladie ressortent dans l'ensemble des trois régions de l'étude. Le tableau IV indique les termes génériques (Moore, Bissa, Gourmantché et Peul, selon la localité), la désignation de la maladie et la traduction littérale de l'expression.

Facteurs occasionnant la survenue des fistules au niveau communautaire

De façon générale, on note, comme en ce qui concerne les causes directes de la maladie, une prise en compte par les enquêtés des facteurs liés à la morbidité et à la mortalité maternelle dans leurs communautés. Ainsi sont évoqués en premier lieu, dans la logique de l'explication mystique, les mauvais comportements qui seraient à la source de la punition des femmes

victimes de fistules. Cependant, pour les personnes liant de près ou de loin la survenue de la fistule à la maternité, les facteurs sont surtout culturels. Ces facteurs sont le mariage précoce, la sexualité et les grossesses précoces, l'excision ainsi que les pratiques des accoucheuses traditionnelles. La faible qualité des prestations des services de santé est citée dans une moindre mesure.

Vécu de la maladie par les femmes victimes de fistules obstétricales

Des caractéristiques communes ressortent de l'historique de la maladie tel qu'évoquée par les femmes interrogées. Ce sont, outre la quasi absence de suivi médical de la grossesse : travail dystocique, tentative d'accouchement à domicile, recours très tardif au centre de santé dans une situation d'urgence extrême, perte de l'enfant dans la majorité des cas. En témoigne le cas de la jeune femme dont le premier accouchement à l'âge de quatorze ans s'est déroulé par césarienne après un travail de cinq jours.

« À mon premier accouchement j'avais quatorze ans ... Quand le travail a commencé, ce sont les accoucheuses villageoises qui m'ont aidée mais elles n'ont pas pu. J'ai fait quatre jours à la maison et au cinquième on m'a amenée au CSPS de Tarpacou... Nous avons dormi et le lendemain, nous sommes venus au CHR de Dori ici. ... Quand on m'a opérée, j'ai fait plusieurs jours sans boire de l'eau jusqu'au jour où j'ai bu de l'eau et la bouillie petit à petit et ça commencé à couler. » Femme peule musulmane, 23 ans, Sahel (Récit de vie)

Le non recours au centre de santé ressort également des témoignages des fistuleuses : les femmes victimes sont toutes conscientes du lien entre leur accouchement difficile et la survenue de la fistule. Si l'amertume est générale et ressort à travers des expressions telles que « *l'enfant m'a gâtée, ils m'ont laissée et l'enfant m'a gâtée* », les responsabilités sont situées à des niveaux divers selon les cas. La majorité incrimine les personnes de l'entourage et particulièrement le conjoint et sa famille. En effet, il ressort de nombre de ces témoignages l'entêtement de ces derniers qui, par manque de moyens ou par conviction, ont persisté à vouloir les faire accoucher à domicile malgré leur souffrance

« L'enfant là ! Le travail d'accouchement a commencé la nuit. A un certain moment, l'enfant qui commençait à venir s'est bloqué au niveau de mon vagin. Il ne pouvait ni sortir ni rentrer. Ils m'ont laissée... à Zabré [26 km environ] il y avait un docteur. Ils ne m'ont pas conduite chez lui. C'est quatre jours après que le bébé qui était coincé dans mon vagin est finalement sorti en même temps que le placenta. Ah ! L'accouchement a été la cause de mes malheurs... Mon mari n'était pas à la maison. Il était parti au champ. On a envoyé l'appeler pour me conduire à l'hôpital. Il a refusé sous prétexte qu'il n'avait pas d'argent. Ils m'ont laissée et l'enfant m'a gâtée. Oui ! » Femme de 40 ans, bissa catholique, Centre Est (Récit de vie)

De l'avis de toutes les personnes interrogées, la recherche quasi obsessionnelle de la propreté corporelle ainsi que l'usage important du parfum constitue une caractéristique et même un indice d'identification de la femme victime de fistule.

« Que puis-je faire. Je passe tout mon temps à faire la lessive. J'utilise rien que des pagnes pour me protéger. Sinon, quelqu'un ne peut même pas s'approcher de moi. On ne peut pas rentrer dans ma case. Ca sent... » Femme gourmantché, 46 ans, catholique, Est (Récit de vie)

De l'avis de toutes les personnes interrogées, la femme victime de fistule vit une très grande souffrance morale. En effet, la caractéristique commune retrouvée chez les femmes fistuleuses interrogées est une très faible estime de soi, allant parfois jusqu'au dégoût d'elles mêmes.

« Si cette maladie t'attrape, ton mari ne voudra plus de toi. Même si tu es jeune, tu deviens comme une vieille. Aucun homme ne voudra plus de toi. Même si tu étais une femme de prière, ce n'est plus possible. Chaque jour, tu es sale, même si tu pries, Dieu ne t'écouterà plus. Là où tu es, ton travail est gâté... parmi tes coépouses, si tu arrives, chacune détournera le visage parce que tu sens. Elles se mettront à l'écart pour te laisser seule. Tu deviens quoi ? Une personne dépourvue de valeur. Tu ne peux plus aller en public. » Femme mossi musulmane, Centre Est (Focus group)

Attitude et comportement de la communauté à l'endroit des femmes victimes de fistules

Les réactions de la communauté face à la femme souffrant de fistules sont complexes et multiformes. Les personnes qui considèrent que les fistules obstétricales proviennent d'un sort jeté à la femme à cause de son inconduite, sont moins indulgentes envers cette dernière et ont

tendance à être sans clémence pour elle. Cette perception de la maladie, associée au dégoût suscité par ses manifestations, notamment les souillures des vêtements et les odeurs, entraîne naturellement une attitude très peu charitable à leur endroit.

C'est dans leur famille d'origine que les femmes victimes de fistules rencontrées ont rencontré le plus grand soutien, qu'il soit moral ou matériel. Dans la plupart des cas, ces aides sont complémentaires, car même étant dans leur foyer, ces femmes sont énormément soutenues par leur famille d'origine, pour peu que celle-ci dispose d'un minimum de moyens.

« Mon père a vendu la cour, ma tante [qui l'a élevée] aussi a vendu ses bijoux en or, son bétail, tout ce qu'elle avait pour me soigner parce que nous croyions que le médicament existe, en vain. Jusqu'au jour où Aminata [matrone] m'a contactée et m'a expliqué qu'il y a des blancs qui vont venir au CHR de Dori pour réparer le genre de maladie que j'ai. » Femme peule de 22 ans, musulmane, Sahel (Récit de vie)

Discussion

Le constat majeur qui ressort de cette étude est la méconnaissance totale ou partielle de la fistule obstétricale par les communautés étudiées. Des femmes en sont pourtant victimes de nos jours dans ces sociétés. Cette méconnaissance n'est pas seulement le fait des populations rurales analphabètes, puisque aucun des enquêteurs n'avait entendu parler des fistules avant la réalisation de l'étude. Ces femmes victimes de fistules existent pourtant. Cette ignorance résulte bien sûr du fait que ces malades vivent en dehors de la société, elles ne sont pas présentes là où tout le monde peut se rencontrer, se parler, communiquer, partager ses peines et joies. Elles vivent dans la misère, loin des regards et des moqueries pouvant leur rappeler leur état. En dépit de cette ignorance sur la maladie, les informations collectées lors de l'étude ont permis d'appréhender la construction sociale de la fistule obstétricale dans les régions sanitaires visitées. Les fistules obstétricales font l'objet en général d'une interprétation mystique chez les enquêtés dans la communauté. Elle est une punition infligée à la victime du fait de son mauvais comportement. Cette compréhension de la maladie détermine de fait

l'attitude négative généralement observée envers les femmes victimes de fistules.

Le second constat important est le fait de la quasi inexistence d'une réponse à la détresse de ces femmes qui ne savent souvent pas qu'il existe des possibilités de se faire réparer avec la chirurgie. Les structures de santé visitées ne disposent pas au stade actuel de moyens humains et logistiques pour faire face à ce problème. Cette situation entraîne une errance au niveau des itinéraires thérapeutiques des malades de guérisseurs en guérisseurs, jusqu'à l'épuisement économique et moral. Si la réparation chirurgicale est fondamentale, une action palliative peut énormément améliorer la qualité de vie des fistuleuses. Ces dernières éprouvent un besoin urgent de maintenir un minimum de propreté. Cette recherche de la propreté constitue une caractéristique importante chez ces femmes et est aussi le signe qui permet à la communauté de les identifier. Cette recherche constante frise quelquefois l'obsession, ce qui les épuise financièrement et moralement et les conduit quelquefois à des comportements sociaux atypiques (refus de s'asseoir, refus de boire pour éviter de perdre des urines...). L'urgence devrait donc être évaluée à plusieurs niveaux. Avant la réparation chirurgicale, la femme a besoin de pouvoir se prendre en charge au niveau de la propreté. Stigmatisée par la population, elle a une image de soi très négative. La question fondamentale est de pouvoir aider la femme victime à vivre avec les autres de manière digne. Cet état de faits appelle une réponse appropriée, allant au-delà de la chirurgie réparatrice. Des actions doivent être entreprises tant en amont (soins palliatifs et accompagnement psychosocial) qu'en aval (réinsertion et réhabilitation sociale et économique) en direction de ces femmes. Les communautés ne doivent pas être en reste dans le processus. Tous ces comportements et attitudes conjugués, alliés à l'abandon par le mari, conduisent la femme victime de fistule à une « *mort sociale* » allant de la subtile mise à l'écart de la vie communautaire à la claustration et à la folie dans le pire des cas.

Dans de nombreuses études, le lien a été établi entre la jeunesse de la femme et l'apparition de

la fistule. Dans le cadre de cette recherche, nous avons pu constater que la fistule est intervenue chez certaines femmes plus tard et après plusieurs accouchements. Qu'elles soient jeunes ou non, les traits communs à toutes ces histoires de vie des fistuleuses résident dans les faits suivants : des femmes pauvres, avec des accouchements à domicile sans assistance médicale, le retard accusé avant d'évacuer les femmes vers une structure de santé. La décision d'aller vers une structure de santé reste au dessus de la parturiente qui est pourtant la seule à en subir les conséquences plus tard. On retrouve chez ces femmes les effets néfastes des trois retards décrits dans l'analyse des facteurs favorisant la mortalité maternelle.

En butte aux railleries et au dégoût rarement dissimulé, la fistuleuse trouve rarement une consolation au sein de son foyer. L'ultime refuge de ces femmes demeure leur famille d'origine qui se ruine dans la recherche de traitements traditionnels et/ou modernes même au delà des frontières nationales. De façon générale, l'entourage aussi bien que la communauté se retrouve désemparé face à ces femmes, ne sachant quelle réponse apporter à la situation.

Source : Maine, D. *et al.* Août 1997. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*. UNICEF/OMS/UNFPA, p. 25.

Voir Freedman, L. P. 2001. « Using Human Rights in Maternal Mortality Programs: From Analysis to Strategy ». *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75: 51-60.

Approche axée sur les droits de la personne

Tableau I: Caractéristiques sociodémographiques des femmes « *fistuleuses* » interviewées

Région sanitaire	Age	APM ¹	APN ²	Rang grossesse ³	Age surv fistule ⁴	Statut mat ⁵	Act éco avant ⁶	Act eco après ⁷
Est	36	17	20	8	-	Mariée mono	Non	Non
	46	17	27	2	30-35	Mariée poly	Non	Non
	35	-	-	5	34	Mariée poly	Non	Non
Centre Est	40	17	19	4	25-30	Mariée poly	Non	Non
	35	15	17	9	30-35	Mariée mono	Commerce	Non
	28	17	18	2	19	Mariée poly	Commerce	Commerce
	+50	20	21	9	25-30	Mariée mono	Dolo	Dolo
	80	11	-	3	-	Veuve	Non	Non
Sahel	22	Célib	18	1	18	Célibat	Non	Commerce
	23	10	13	1	14	Mariée mono	Non	Artisanat
	35	22	24	2	25-30	Divorcée	Non	Non
	21	18	20	1	20	Mariée mono	Non	Non

¹ Age au premier mariage

² Age à la première naissance

³ Rang de l'accouchement lors duquel est survenue la fistule

⁴ Age auquel est survenue la fistule

⁵ Statut matrimonial actuel

⁶ Activité économique autre que l'agriculture exercée avant la survenue de la fistule

⁷ Activité économique autre que l'agriculture exercée après la survenue de la fistule

Tableau II: Caractéristiques sociodémographiques des leaders interrogés

Caractéristiques		Coutumiers			Religieux			Tradipraticiens			Ensemble
		E	C	S	E	C	S	E	C	S	
Age	Moins de 30 ans				1	1					2
	40-49 ans	2	3	4	4	3	2	3	2	1	24
	50 ans et plus	5	6	4	3	3	7	5	5	8	46
Instruction	Aucune	4	6	2	2	1		3	4	4	26
	Primaire	1	1	3	2	2			1	1	11
	supérieur				1			2		1	4
	Ecole coranique		2	3	2	2	5		2	2	18
	Alphabétisation	2			1	1	5	1	1	2	13
Statut matrimonial	Mariée polygame	3	6	8	3	5	5	5	6	4	45
	Mariée monogame	3	2	1	3	2	5	5	1	1	23
	célibataire				1						1
	Veuve	1							1	1	3
Nombre d'enfants	Moins de 5	3			4	1		1		1	9+1(prêtre)
	5 et Plus	4	9	7	4	6	10	8	7	7	62
Religion	Catholique	1	2		2	1	1	4	3		14
	Protestante	2			2	3	3	1			9
	Musulmane	4	7	7	4	3	5	2	5	8	45
	Animiste	1						2		1	4
Ethnie	Peul			6	1	2				1	10
	Mossi		2	2	2	3	7		2	8	26
	Gourmantché	6			5			9			20
	Bissa		8			4			4		16

(E= Est ; C = Centre Est ; S = Sahel)

Tableau III : Répartition des focus groupes réalisés par région et par ethnie

Région	N°	Ethnie/Religion	Groupe d'âge	Nombre de participants	Nombre moyen d'enfants
Femmes adultes					
Sahel	1	Mossi/musulman	[32-43]	7	7
	2	peuhl/musulman	[35-55]	7	7
	3	Mossi/musulman	[32-40]	8	5
	4	Peul/Musulman	[35-55]	12	5
Centre-Est	5	Bissa/musulman	[41-50]	9	6
	6	Bissa/musulman	[49-57]	7	7
	7	Mossi/musulman	[30-40]	6	5
	8	Bissa/musulman	[49-57]	11	7
Est	9	Gourmantché/chrétien	[48-75]	7	5
	10	Gourmantché/protestant	[46-54]	7	7
	11	Gourmantché/chrétien	[51-60]	6	6
	12	Gourmantché/chrétien	[40-53]	9	4
S/Total				96	
Jeunes femmes					
Sahel	1	peuhl/musulman	[17-25]	10	2
	2	Mossi/musulman	[23-25]	8	3
	3	Mossi/musulman	[18-23]	12	2
	4	peuhl/musulman	[16-22]	7	2
Centre-Est	5	Bissa/musulman	[20-25]	8	2
	6	Bissa/musulman	[18-22]	8	3
	7	Mossi/musulman	[20-25]	8	2
	8	Bissa/musulman	[15-25]	8	3
Est	9	Gourmantché/protestante	[18-23]	12	2
	10	Gourmantché/catholique	[19-25]	7	1
	11	Gourmantché/ musulman	[20-26]	8	2
	12	Gourmantché/ musulman	[19-26]	7	3
S/Total				103	
Hommes					
Sahel	1	Mossi/musulman	[44-61]	10	7
	2	Mossi/musulman	[32-54]	8	2
	3	Mossi/musulman	[30-66]	8	4
	4	Peuhl/musulman	[28-68]	6	5
Centre-Est	5	Bissa/musulman	[31-40]	8	3
	6	Bissa/musulman	[30-40]	6	5
	7	Mossi/musulman	[41-50]	9	6
	8	Bissa/musulman	[41-50]	6	8
Est	9	Gourmantché/chrétien	[50-78]	7	6
	10	Gourmantché/musulman	[33-40]	6	7
	11	Gourmantché/protestante	[37-50]	7	5
	12	Gourmantché/musulman	[35-50]	9	5
S/Total				90	

Tableau IV: Différentes appellations de la fistule obstétricale recensées au sein des communautés au Burkina Faso

Origine linguistique	Désignation de la fistule	Type de désignation	Traduction littérale
Bissa	« <i>Daari zeiman</i> »	Péjoratif	Cette femme souillée par les urines
	« <i>Sosana bo yaare</i> »	Descriptif / péjoratif	Uriner au hasard.
Fulfulde	« <i>Natoudo</i> »	Descriptif	Pendant l'accouchement, la vessie s'est déchirée et ça s'est mélangé.
	« <i>Debomo eougougou bonni</i> »	Emotif	La femme que l'accouchement a gâtée.
Gulmancema	« <i>Oyigué</i> »	Générique/descriptif	Elle s'est vidée, son appareil génital est sorti
	« <i>Karigu</i> »	Générique	Maladie de femme, idée d'un sort
Moore	« <i>Kaodgo</i> »	Péjoratif / punitif	Fissure/ cassure de l'appareil génital de la femme en vue de la punir (idée d'un sort).