



Article Original

Connaissances, Attitudes et Pratiques des Professionnels de Santé des Districts de Santé du Koung-Khi et De la Mifi à l'Ouest-Cameroun Vis-À-Vis des Fistules Obstétricales

Knowledge, Attitude and Practice of the healthcare professionals of the districts health of Koung-Khi and Mifi in West-Cameroon towards the obstetric fistulas.

Tebeu Pierre Marie¹, Ngameni Herve², Nebardoum Derguedbé³, Tseunwo T Claudine T⁴, Fetse Tama T. Gérard⁴, Rochat Charles-Henry⁵

RÉSUMÉ

Introduction. Dans le monde l'OMS estime 50 000-100 000 nouveaux cas de fistules obstétricales (FO) par an. Au Cameroun, on estime que plus de 9500 à 19000 femmes souffrent de FO. Cette pathologie est responsable de complications anatomiques, fonctionnelles et sociales. Une meilleure pratique des professionnels de santé peut permettre de réduire son incidence. **Objectif.** Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins vis-à-vis des fistules obstétricales. **Population et méthodes.** Il s'agissait d'une étude CAP multicentrique de deux districts sanitaires du Koung-khi et de la Mifi qui s'est déroulée du 10 Janvier au 30 Mai 2016. Un questionnaire pré-testé a été utilisé. Les données ont été analysées avec le logiciel Epi Info version 3.5.3. Les moyennes et les fréquences ont été calculées. Une différence était considérée comme statistiquement significative si $p < 0,05$. **Résultats.** L'âge des prestataires variaient entre 23 et 62 ans, avec une moyenne de $39,2 \text{ ans} \pm 7,8$. La majorité des prestataires étaient des infirmiers à 136(44%). En ce qui concerne l'ancienneté professionnelle variait d'1 an à 40 ans avec une médiane à 10 ans. Parmi les 309 professionnels de santé interrogés, 86(27,83%) avaient de bonnes connaissances, 119 (38,5%) avaient de bonnes attitudes et 86(27,8%) avaient de bonnes pratiques. **Conclusion.** Les professionnels de la santé des formations sanitaires de Koung-khi et de la Mifi au Cameroun ont des connaissances insuffisantes, de mauvaises attitudes et de pratiques inappropriées vis-à-vis des fistules obstétricales. Il y a un besoin de renforcer les capacités des professionnels de santé en service

ABSTRACT

Introduction. The World Health Organization (WHO) estimated an annual incidence of 50.000–100.000 new cases of obstetric fistula. In Cameroon, it is estimated that about 9.500 to 19.000 women suffer from obstetric fistula. Affected women remain anatomically, functionally and socially affected. Good practice of Health professionals can help in reducing it incidence. **Objectives.** This study aimed to assess health professional's knowledge; their attitudes and their practices with regard to obstetric fistula. **Population and methods.** This was a multicenter CAP study of health professionals in the Nkoung-chi and MiFi department, from 10 January to 30 May 2016. We administered one pre- tested questionnaire. Data were analyzed using Epi Info Version 3.5.3. The means and frequencies were calculated. A difference was considered statistically significant if $p < 0.05$. **Results.** The age of the participants varied between 23 and 62 years, with an average of $39, 2 \pm 7.8$ years. The majority of participants are nurses 136(44%). With regard to professional experience it varied from 1 year to 40 years with a median to 10 years. Among the overall 309 participants, 86 (27.83%) had good knowledge, 119 (38.5%) had good attitudes and 86 (27.8%) had good practice. **Conclusion.** The professionals of the health facilities of Koung-khi and Mifi, had insufficient knowledge, bad attitudes and inappropriate practices toward obstetric fistula. There is a need to reinforce the capacities of the health professionals if we want to fight efficiently against the obstetric fistulas in Cameroon.

1. Centre Hospitalier Universitaire
2. Ligue d'Initiative et de Recherche Active pour la Santé et l'Education de la Femme (LIRASEF).
3. Centre Inter-Etats d'Enseignement Supérieur en Sante Publique d'Afrique Centrale, Brazzaville, Congo
4. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, Cameroun
5. Geneva Foundation for Medical Education and Research, Switzerland

Mots clés : connaissances, attitudes, pratiques, santé, fistule obstétricale

Keywords: knowledge, attitudes, practices, health, obstetric fistula.

INTRODUCTION

La fistule obstétricale est la présence d'une communication, soit entre l'appareil génital d'une femme et son appareil urinaire (fistule vésicovaginale) soit entre l'appareil génital et le rectum (fistule recto-vaginale) due à : un travail d'accouchement obstructif non traité, un

accouchement précipité, une manœuvre abortive, ou une cause iatrogène (accouchement instrumental, césarienne) [1, 2]. En 2004, on estime une incidence annuelle de 50 000 à 100 000 nouveaux cas de fistules obstétricales [3].

Au Cameroun par exemple, l'EDS-MICS-2011 rapporte un taux brut de natalité de 37,8/1000, soit environ 700,000 naissances attendues, ce qui correspond à environ 5500 décès maternels au regard du ratio de mortalité maternelle de 782/100,000 naissances vivantes [4]. Nous estimons à une moyenne de 500 à 1'000 le nombre de nouveaux cas de fistules obstétricales attendues chaque année au Cameroun, soit une incidence de 0,7 à 1,5 fistules obstétricales pour 1,000 naissances vivantes.

En 2004, les FO étaient estimées à 2 millions de cas dans le monde [5-7]. En 2007, la prévalence de FO était estimé à 184 cas pour 100,000 femmes âgées de 15 à 44 ans en Afrique sub-saharienne [8]. Plus récemment encore, une prévalence de 220 cas de fistules obstétricales pour 100000 femmes âgées de 15 à 49 ans a été rapportée en Ethiopie [9].

Au Cameroun, l'EDS-MICS-2011, portant sur 15426 patientes, rapporte une prévalence supérieure à celle rapportée en Ethiopie, soit 400 cas de fistules génitales pour 100'000 femmes âgées de 15 à 49 ans [4]. Cependant, ces chiffres pourraient être révisés à la baisse, dans la mesure où ils ne prennent pas en compte les patientes guéries entre temps. Cette réserve nous permet d'adopter pour l'estimation de la prévalence nationale les données de 100 à 200 cas pour 100'000 femmes rapportés dans d'autres pays chez les femmes âgées de 15 à 49 ans. Ainsi, en 2010, avec une population de 19000000 et dont les personnes de 15 à 49 ans représentaient 49,7% (9,500,000 habitants), on estimait entre 9,500 et 19,000 le nombre de cas de fistules obstétricales au Cameroun.

Au Cameroun, 30,8% des fistules opérées à la capitale sont originaires de la région de l'Ouest[10]. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature une étude des personnels de santé de la région de l'Ouest vis-à-vis des FO. La cause la plus commune est la nécrose ischémique due à un travail obstructif suivi des traumatismes direct par déchirure des tissus mous durant un accouchement précipité ou au cours d'un accouchement instrumental et enfin, plus rarement la perforation au cours des manœuvres abortives. Ainsi, il apparaît que beaucoup de fistules pourraient être évitées si la population et les professionnels de santé ont une meilleure pratique. Peu d'études existent sur les connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de santé [11]. Nous avons précédemment trouvé que la population avait une faible connaissance, une mauvaise perception et une mauvaise pratique vis-à-vis des fistules obstétricales [12]. Nous nous sommes proposé de mener une étude CAP (les connaissances, les attitudes et les pratiques) des professionnels de santé des districts de santé des départements de la Mifi et du Koung-khi vis-à-vis des fistules obstétricales

Cette étude visait à analyser les caractéristiques démographiques, sociales et professionnelles, des prestataires de soins des districts de santé des départements de la Mifi et du Koung-khi dans la région de l'Ouest Cameroun, leurs connaissances, leur attitude et leur pratique vis-à-vis des fistules obstétricales,

comme préalable au développement d'un programme de prise en charge dans cette région.

MÉTHODOLOGIE

Type et cadre d'étude

Il s'agissait d'une étude multicentrique, transversale, descriptive CAP dans les services gynéco-obstétrique des structures sanitaires de deux districts de santé dans la région de l'Ouest Cameroun (département du Koung-khi et de la Mifi). Elle s'est déroulée sur une période allant du 1^{er} Mai au 31 Aout 2012).

Au 1^{er} janvier 2010, la région de l'Ouest Cameroun avait une superficie de 13 892 Km² et représentait en termes de poids démographique 9,9% de la population totale du pays. La région de l'Ouest Cameroun a pour chef lieu Bafoussam et se répartit administrativement suivant huit départements, 35 arrondissements et 3 districts.

Le département de la MIFI dont le chef lieu Bafoussam compte trois (03) arrondissements et une population de 301 456 habitants soit 156 968 femmes (122 711 en zone urbaine et 34 257 en zone rurale). Le département de Koung-Khi dont le chef lieu est Bandjoun compte 03 arrondissements (Bayangam, Bandjoun et Poumougne), trois communes (Bandjoun, Bayangam, Demding) et un district (Djembem). Sa superficie est de 353 Km². Sa population est estimée à 281 021 habitants, soit 34 878 femmes (24 019 en zone urbaine et 22 167 en zone rurale).

Population et méthodes

La cible primaire était les formations sanitaires. Dans la Mifi, nous avons identifiés 42 formations sanitaires, nous en avons exclu 10 et 32 ont été retenues pour exploitation. Dans la KOUNG-KHI, nous avons identifiés 33 formations sanitaires, nous en avons exclu 6 et 27 ont été retenues pour exploitation.

La cible secondaire les professionnels de santé. Nous nous sommes intéressés aux professionnels de la santé en service dans les unités de santé de reproduction (maternité) des centres de districts de santé public et privés des départements du Koung-Khi et de la Mifi.

Notre échantillonnage était consécutif et exhaustif. Il était constitué des infirmiers, sages-femmes, médecins présent dans l'unité gynéco-obstétrique au moment de l'enquête et ayant une ancienneté professionnelle de plus de 3 mois. Au total, 309 personnels de santé ont été interrogés. Nous avons exclu tout personnel ayant refusé de participer à l'étude et toutes formations sanitaires ne possédant pas de service de maternité.

Variables

Les variables d'intérêt concernaient, les caractéristiques socio-démographiques, les connaissances sur les fistules obstétricales, les attitudes face aux fistules obstétricales, les pratiques face aux fistules obstétricales. Le recueil des données s'est fait à l'aide d'un questionnaire pré établi et pré-testé

Analyses statistiques

L'analyse des données qualitatives a consisté en un regroupement des réponses sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en bonne et en mauvaise. Les données quantitatives ont été introduites et analysées

grâce des logiciels *Epi info (Epidemiological Information) version 3.5.3*. Les moyennes avec leurs écarts type, les médianes avec leurs quartiles ont été

calculés. Une différence était considérée comme statistiquement significative si $p < 0,05$.

RÉSULTATS

Caractéristiques des participants

Au total, 309 personnels de santé ont été interrogés, parmi lesquels 213/309 (68,9%) originaires de la Mifi et 96/309 (31,1%) du Koung-khi. Les centres de santé intégrés étaient plus représentés, 93/309 (72,1 %). L'âge des prestataires variaient entre 23 et 62 ans, avec une moyenne de $39,2 \text{ans} \pm 7,8$. La tranche d'âge de 33 à 42 ans était la plus représentée soit 49/309 (15,9 %). La majorité des prestataires étaient mariés soit 266/309 (86 %) et 201/309 (65%) étaient de sexe féminin. Parmi les 309 prestataires de l'étude, 197 (63,7 %) avaient au moins un niveau d'étude secondaire et les infirmiers étaient majoritaires à 136 (44 %). En ce qui concerne la durée dans le service, elle variait de 0,2 ans à 21 ans avec une médiane de 3 ans. La tranche la plus représentée était de 1 à 5 ans soit 168/309 (54,4 %). L'ancienneté professionnelle variait d'1 an à 40 ans avec une médiane à 10 ans, cependant la tranche 1 à 9 ans était la plus représentée soit 141/309 (45,6 %) (Tableau 1)

Tableau 1. Répartition des prestataires selon les caractéristiques socioprofessionnels.

Caractéristiques	Population N=309	
	N	%
Département d'origine		
Koung-khi	96	31,07
Mifi	213	68,93
Catégorie hospitalière		
CSI	93	72,1
Structures privées confessionnelles	63	44,7
Structures privées laïques	74	39,9
CMA	55	30,4
Hôpital de district	16	10,9
Hôpital régional	8	3,76
Age (moyenne, écart type)	39,2±7,8	
] 23 -32]	105	33,9
] 33 -42]	49	15,9
] 43 -52]	86	27,9
] 53 -62]	69	22,3
Statut Matrimonial		
Marié	266	86
Célibataire	34	11
Divorce	6	2
Séparé	3	1
Niveau d'éducation		
Secondaire	197	63,7
Universitaire	109	35,3
Primaire	3	1
Statut socio professionnel		
Aide-soignante	67	21,7
Sage-femme	17	5,5
Infirmier breveté	136	44
IDE	69	22,3
ISSR	6	1,9
Médecin Généraliste	11	3,6
Gynécologue-Obstétricien	3	1
Durée dans le service médian (année)	3 (0,2-21)	
] 0- 1]	78	25,2
] 1 - 5]	168	54,4
] 5- 10]	57	18,5
] 10- 21]	6	1,9
Année d'expérience médiane (années)	10(1-40)	
] 1 -9]	141	45,6
] 10- 19]	126	40,8
] 20 - 29]	31	10,0
] 30 - 40]	11	3,6
Sexe		
Féminin	201	65
Masculin	108	35

Connaissances des participants

En ce qui concerne les connaissances des professionnels de santé, 86/309(27,83%) avaient de bonnes connaissances contre 223/309(72,17%) de mauvaises connaissances. Seuls 32/309 (10,4%) des prestataires connaissaient la définition de la fistule. Et, parmi ceux qui la connaissaient, 73/309(23,6%) disaient qu'elle n'était qu'une communication entre le vagin et le rectum et 78/309(25,2%) disaient qu'elle n'était qu'une communication entre le vagin et la vessie. La cause des FO était connue par 46/309(14,9%) des participants. Presque la moitié 145/309 (46,9%) connaissaient les signes de la FO. (Tableau 2).

Tableau 2. Participants selon les connaissances sur les fistules obstétricales.

	Population N=309	
	n	%
Niveau de connaissances globales		
Bon	86	27,83
Mauvais	223	72,17
Définition de la FO		
Toujours une communication entre le vagin et la vessie.	78	25,2
Peut-être une communication entre le rectum et la vessie.	32	10,4
Toujours une communication entre le vagin et le rectum.	73	23,6
Aucune proposition ci-dessus n'est exacte.	57	21,7
Toutes les propositions ci-dessus sont exactes.	59	19,1
Aucune idée	10	3,2
Cause (Le travail obstructif)		
Oui	46	14,9
Non	238	77,0
Aucune idée	25	8,1
Symptômes		
Écoulement des selles en continu	45	14,6
Écoulement des selles et les urines en continu	17	5,5
Écoulement des urines en continu	50	16,2
Émission continue des gaz	17,7	5,5
Toutes ces propositions sont exactes	145	46,9
Aucune idée	35	11,3
Prévention		
Pose de sonde urinaire à demeure 30 minutes après l'accouchement.	65	21,0
Pose de sonde urinaire dès l'accouchement pendant 10 à 15 jours.	79	25,6
Par un sondage urinaire répétitif pendant la journée.	79	25,6
En laissant la femme au repos sans sonde urinaire à demeure.	17	5,5
Par un traitement antibiotique.	19	6,1
Ne savent pas.	50	16,2
Traitement chirurgical		
Oui	212	68,6
Non	66	21,4
Aucune idée	31	10

Les éléments qui permettaient de distinguer les prestataires avec de bonnes connaissances de ceux avec de mauvaises étaient le niveau d'instruction, l'ancienneté dans le service et le statut socio-professionnel. Ainsi, parmi les prestataires ayant une bonne connaissance de la fistule, 45/86(52,3 %) avaient un niveau universitaire, la majorité des prestataires avec une ancienneté professionnelle entre 10 à 19 ans avaient de bonne connaissance soit 38/86(44,2%) et les gynécologues obstétriciens et les infirmiers spécialisés en santé de reproduction étaient les seules classes professionnelles qui n'avaient que de bonnes connaissances. En ce qui concerne la prévention, seuls 46/309(14,9%) savaient qu'elle était causée par un travail obstructif alors que 25 (8,1%) ne connaissaient pas la cause de la fistule obstétricale. Seuls 79/309 (25,6 %) des prestataires savaient que la prévention secondaire passait par la pose d'une sonde urinaire à demeure dès l'accouchement pendant 10 à 15 jours en cas de travail obstructif. Le reste soit n'avaient aucune idée 50(16,2%), soit préconisaient un sondage urinaire répétitif pendant la journée 79(25,6%) ou alors un traitement antibiotique 19(6,1%). La majorité des prestataires savaient que le traitement de la FO était chirurgical soit 212 (68,6%) (Tableau 3)

Tableau 3. Connaissances globales des participants selon les caractéristiques

Caractéristiques	Niveau de connaissance des prestataires						P
	Bon N=86		Mauvais N=223		Total N=309		
	N	(%)	n	%	n	%	
Niveau d'éducation							
Secondaire	41	47,7	156	70	197	63,7	0,00
Universitaire	45	52,3	64	28,7	109	35,3	
Primaire	0	0	3	1,3	3	1	
Statut socio professionnel							
Aide-soignante	9	5,3	58	26	67	21,7	0,000
Sage-femme	8	9,3	9	4	17	5,5	
Infirmier breveté	36	30,8	100	44,8	136	44	
IDE	19	22,1	50	22,4	69	22,3	
ISSR	6	7	0	0	6	1,9	
Médecin Généraliste	5	5,8	6	2,7	11	3,6	
Gynécologue-Obstétricien	3	3,5	0	0	3	1	
Temps mis dans le service							
] 0 - 5]	55	64	191	85,6	246	79,6	0,000
] 6 - 10]	26	30,2	31	13,9	57	18,4	
] 11- 21]	5	5,8	1	0,5	6	2	
Année d'expérience							
] 1 -9]	28	32,5	113	50,7	141	45,6	0,000
] 10- 19]	38	44,2	88	39,5	126	40,8	
] 20 - 29]	11	12,8	20	9	31	10,0	
] 30 - 40]	9	10,5	2	0,9	11	3,6	

Attitudes des prestataires

Parmi les prestataires interrogés, 119/309 (38,51%) avaient de bonnes attitudes contre 190/309(61,48%) de mauvaises attitudes. De manière spécifique, plus de la moitié des prestataires proposaient de référer les cas de FO du centre de santé vers les centre de traitement des FO soit 184/309(59,5%).Cependant, pour prévenir la FO seuls 59/309(19,1%) proposaient de réaliser une césarienne en cas de travail obstructifs, 21/309(7,1%) proposaient de boire beaucoup d'eau en cas de FO et 55/309(17,8%) ne savaient pas comment prévenir la surinfection des FO. (Tableau 4)

Tableau 4. Participants selon l'attitude vis-à-vis des fistules obstétricales.

Attitudes	Population interrogée N=309	
	n	%
Niveau global d'attitude		
Bonne	119	27,83
Mauvaise	190	72,17
Référer les FO *		
Oui	184	59,5
Non	73	23,7
Aucune idée	52	16,8
En cas de FO demander de doit boire beaucoup d'eau.		
Oui	21	7,1
Non	237	76,4
Aucune idée	51	16,5
En cas de travail obstructif		
Césarienne d'urgence	59	19,1
Vider le rectum.	24	7,7
Sondage vésical.	134	43,3
Aucune idée	33	10,6
Autres (a).	59	19,1
Prévention de la surinfection des FO		
Toilette vaginale avec un antiseptique gynécologique.	88	28,5
Antibiotiques	83	26,9
Changer régulièrement les garnitures stériles.	81	26,2
Sonde urinaire à demeure	2	0,6
Ne savent pas.	55	17,8

* : des centres de santé vers un centre de traitement de fistules le plus tôt possible

(a) : Episiotomie, référer à l'échelon supérieur, appel du major du service ou du médecin, limitations des touchers vaginaux, antispasmodique/myorelaxant, protéger le périnée

Pratiques des prestataires

En ce qui concerne les pratiques des prestataires de soins, au total, 86/309(27,8%) des prestataires avaient de bonnes pratiques contre 223/309(72,2%) de mauvaises pratiques. L'analyse détaillée montre que seules 12/309(3,9%) des prestataires avaient assisté à aux soins des femmes présentant une FO, suivi de 8/309(2,6%) des prestataires ayant assisté à la chirurgie des FO (Tableau 5).

Tableau 5. Pratiques des prestataires de soins face aux fistules obstétricales.

Pratiques	Population interrogée (N=309)	
	n	%
Niveau global de pratique		
Bon	86	27,8
Mauvais	223	72,2
A assisté aux soins des femmes ayant des FO		
Non	297	96,1
Oui	12	3,9
A assisté à la chirurgie des fistules obstétricales		
Non	301	97,4
Oui	8	2,6
Nombre de cas de fistules identifiés		
0	308	99,2
2	1	0,8

DISCUSSION

Caractéristiques des participants

Nous avons trouvé que les prestataires avaient un âge compris entre 23 et 62 ans avec un âge moyen de $39,2 \pm 7,8$. Le Fond des Nation unies pour la population (UNFPA) en 2007, dans une enquête CAP sur les FO des professionnels de la santé à Madagascar avaient rapporté une tranche d'âge variant entre 25 et 60 ans avec une moyenne d'âge de 43,2 ans[11]. Soixante-cinq pourcent des prestataires interrogés étaient de sexe féminin (201/309) avec un *sex ratio* de 1,86. UNFPA en 2007 a également trouvé une prédominance féminine à 75,3% soit 61/81 prestataires avec un *sex ratio* à 3,05 à Madagascar [11]. Nous avons noté dans cette étude que les infirmiers brevetés étaient les plus représentés à 44% soit 136 prestataires. UNFPA en 2007 avait trouvé une prédominance des prestataires paramédicaux à 58/81(71,6%)[11].

Connaissances des prestataires

Nous avons trouvé que 86/309 (27,8%) des prestataires avaient de bonnes connaissances sur les fistules obstétricales. La littérature sur cette question reste très pauvre. Cependant, cette prédominance de mauvaises connaissances pourrait s'expliquer par un manque de formation de base et de formation continue des professionnels de santé et en particulier des infirmières sur les fistules obstétricales. Ceci justifie la nécessité d'organiser des modules de formation continue pour les professionnels en service, mais également d'introduire un module sur les fistules obstétricales dans la formation de base de tous les professionnels de santé. De manière plus spécifique, 46/309(14,9%) des prestataires savaient que la FO était principalement due à un travail obstructif. Le travail obstructif est pourtant la cause principale des fistules obstétricales [13]. Ce faible taux de connaissances des professionnels de santé sur le travail obstructif comme cause de FO est similaire aux 12,3%

(10/81) retrouvé par UNFPA en 2007 à Madagascar[11]. Cette méconnaissance de la cause principale des fistules pourrait être explicative à des mesures de prévention insuffisantes. Ainsi sur une série de fistule obstétricales opérées à Yaoundé, seules 7 (17,9%) avaient eu la sonde de Foley en prévention secondaires [14].

145/309 (46,9%) connaissaient les signes d'appel de la FO, ce qui est inférieures aux 65/81(80,2%) retrouvé l'UNFPA en 2007[11]. Cette différence pourrait s'expliquer par le nombre plus important de médecin 21/81(25,9%) dans l'enquête malgache comparée aux 14/309(4,6%) retrouvé dans la nôtre. En effet, même s'il n'exerce pas des activités de routine de prise en charge des fistules, les médecins sont plus à même d'avoir eu des enseignements sur les fistules au cours de leur formation de base, ce qui justifie la nécessité de mettre un accent sur le renforcement des capacités des infirmiers.

Attitudes des prestataires

Les bonnes attitudes vis-à-vis des fistules obstétricales étaient retrouvées chez 119/309 (38,5%) des professionnels de santé. La littérature reste pauvre sur ce sujet. Cependant, ces mauvaises attitudes pourraient s'expliquer par le faible niveau de connaissance des prestataires tel que retrouvé dans cette étude. De manière spécifique, nous avons trouvé que 59/309 (19,1%) des prestataires pensaient que le travail obstructif devait nécessiter une prise en charge par la césarienne d'urgence et que seuls 33/309(10,6%) n'avaient aucune idée de l'attitude à adopter. Peu de professionnels évoquaient aussi l'importance de boire beaucoup d'eau en cas de FO. Dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé de données sur les attitudes des prestataires de soins vis-à-vis des fistules obstétricales. Cependant, ces attitudes négatives justifient la nécessité d'une meilleure implication du personnel de santé sur les FO.

Pratiques des prestataires

En ce qui concerne le niveau de performance des pratiques, les bonnes pratiques étaient retrouvées chez 86/309 (27,8%) des professionnels de santé interrogés. Dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé de données sur les pratiques des prestataires de soins vis-à-vis des fistules obstétricales. Cependant, ces résultats justifient la nécessité de formation continue des professionnels de santé sur les FO à l'Ouest Cameroun. De manière spécifique, 12/309 (3,9%) des prestataires avaient assisté aux soins des femmes présentant une FO, 8/309 (2,6%) avaient assisté à une chirurgie des FO et 99,2% (308/309) n'avaient jamais posé le diagnostic de FO. Cette faible pratique est d'autant plus préoccupante qu'environ une patiente sur trois opérée dans le centre de prise en charge des fistules obstétricales du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé est originaire de l'Ouest Cameroun, et est souvent référée de la région [15]. Dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé de données sur les pratiques des prestataires de soins vis-à-vis des fistules obstétricales. Cependant, ces faibles pratiques pourraient s'expliquer par le niveau de connaissance et d'attitude faible.

CONCLUSION

Les professionnels de la santé des formations sanitaires de Koung-khi et de la Mifi, au Cameroun ont des connaissances insuffisantes, de mauvaises attitudes et de pratiques inappropriées vis-à-vis des fistules obstétricales. Il y a un besoin de renforcer les capacités des professionnels de santé en service si on veut lutter efficacement contre les fistules obstétricales.

Remerciements:

L'équipe de recherche remercie pour leur collaboration le personnel administratif, médical et paramédical de la région de l'Ouest Cameroun, et en particulier ceux des départements du Koung-khi et de la Mifi.

RÉFÉRENCES

- [1] Muleta M. Socio-demographic profile and obstetric experience of fistula patients managed at the Addis Ababa Fistula Hospital. *Ethiop Med J* 2004 Jan;42(1):9-16.
- [2] Rijken Y, Chilopora GC. Urogenital and recto-vaginal fistulas in southern Malawi: a report on 407 patients. *Int J Gynaecol Obstet* 2007 Nov;99 Suppl 1:S85-9.
- [3] WHO [homepage on the Internet]. Geneva: Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development. [Updated 2006, cited 2009 January]. 2006.
- [4] DHS cameroon 2011, Ngono G, Evina F. Enquete Demographique et de Sante et a Indicateurs Multiples du Cameroun. Claverton, Maryland, USA: INS et ICF International: 2011. p. 133-4.
- [5] Waaldijk K. The immediate surgical management of fresh obstetric fistulas with catheter and/or early closure. *Int J Gynaecol Obstet* 1994 Apr;45(1):11-6.
- [6] Shittu OS, Ojengbede OA, Wara LH. A review of postoperative care for obstetric fistulas in Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet* 2007 Nov;99 Suppl 1:S79-84.
- [7] Hilton P, Ward A. Epidemiological and surgical aspects of urogenital fistulae: a review of 25 years' experience in southeast Nigeria. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998;9(4):189-94.
- [8] Stanton C, Holtz SA, Ahmed S. Challenges in measuring obstetric fistula. *Int J Gynaecol Obstet* 2007 Nov;99 Suppl 1:S4-9.
- [9] Muleta M, Fantahun M, Tafesse B, Hamlin EC, Kennedy RC. Obstetric fistula in rural Ethiopia. *East Afr Med J* 2007 Nov;84(11):525-33.

[10] Tebeu PM, Maninzou SD, Kengne FG, Jemea B, Fomulu JN, Rochat CH. Risk factors for obstetric vesicovaginal fistula at University Teaching Hospital, Yaounde, Cameroon. *Int J Gynaecol Obstet* 2012 Jun 20.

[11] UNFPA-Madagascar. Analyse-situation-de-base-sur-les-l-ampleur-et-les-impacts-des-fistules-obstetricales-a-Madagascar. <https://www.scribd.com/document/4855278> 2007

[12] Tebeu PM, de Bernis L, Boisrond L, Le Duc A, Mbassi AA, Rochat CH. Connaissance, attitude and perception vis-à-vis des fistules obstétricales par les femmes camerounaises. *Prog Urol* 2008 Jun;18(6):379-89.

[13] Tebeu PM, Kemfang Ngowa JD, Noa Ndoua C, Ekono MR, Maninzou SD, Rochat CH. Causes of Obstetric Genito-urinary Fistula: an experience from the University Hospital, Yaounde, Cameroon. *Int J Curr Res* 2015;7(9):20589-93.

[14] Tebeu PM. Risk Factors for obstetric vesico-vaginal fistula: An Experience from the University Hospital, Yaounde, Cameroon. 2012. p. 41.

[15] Tebeu PM, Maninzou SD, Kengne FG, Jemea B, Fomulu JN, Rochat CH. Risk factors for obstetric vesicovaginal fistula at University Teaching Hospital, Yaounde, Cameroon. *Int J Gynaecol Obstet* 2012 Sep;118(3):256-8.