

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

PAIX-TRAVAIL- PATRIE

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE (CRFD) EN « SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES »

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE L'EDUCATION ET
INGENIERIE EDUCATIVE

DEPARTEMENT D'EDUCATION

SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

PEACE- WORK-FATHERLAND

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

DOCTORAL RESEARCH AND TRAINING
CENTRE (CRFD) IN "SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCES"

DOCTORAL RESEARCH AND TRAINING
SCHOOL IN EDUCATION AND
EDUCATIONAL ENGINEERING

DEPARTMENT OF SPECIALIZED

EDUCATION

**STRATEGIES D'INTERVENTIONS ET INCLUSION
PSYCHOSOCIALE DES FEMMES VICTIMES DE FISTULES
OBSTETRIQUES DU CENTRE NATIONAL DE
TRAITEMENT DE FISTULE DE N'DJAMENA**

Mémoire rédigé et présenté en vue de l'obtention du Diplôme de Master en Sciences de l'Education

Filière : **Intervention, Orientation et Education Extrascolaire**

Spécialité : **Psychologue en Ecologie Humaine**

Option : **Intervention et Action Communautaire**

Par :

ALLAH-RASSEM Honemadji Constantin

Licence en : Administration et Planification Scolaire

Matricule : 20V3159

Sous la Direction de :

MC. NOUMBISSIE Claude Désiré

Maître de conférences



Janvier 2023

SOMMAIRE

DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	iv
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE, CADRE CONCEPTUEL ET FONDEMENT THEORIQUE DE L'ETUDE	5
CHAPITRE 1 : PROBLEME DE L'ETUDE	6
CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE	34
CHAPITRE 3 : FONDEMENT THEORIQUE	62
DEUXIEME PARTIE : APPROCHE METHODOLOGIQUE ET OPPEATOIRE, PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION.	80
CHAPITRE 4 : LA METHODOLOGIE	81
CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES RESULTATS	104
CHAPITRE 6 : ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS	126
CONCLUSION GENERALE	144
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	149
ANNEXES	156
TABLE DES MATIERES	164

A

Mes parents

ALLAH-RASSEM Koumbaye

Et

MARIAM Saradjibaye

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait pas été possible sans le concours de plusieurs personnes et institutions dont l'aide nous a été précieuse. Qu'elles trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude. D'abord, nos sincères remerciements vont particulièrement à l'endroit de :

- ✓ Pr NOUMBISSIE Claude Désiré, qui malgré ses multiples obligations, son agenda chargé a bien voulu accepter de diriger ce travail, sans lui, nous ne pouvons s'en sortir de l'impasse dont nous étions souvent confronté. Il est plus qu'un père pour nous, sans son apport, ce travail ne serait pas une réalité, c'est le lieu qu'il trouve l'expression de notre déférent respect et gratitude.
- ✓ Pr BELA Cyrille Bienvenu, Doyen de la faculté des sciences de l'éducation, pour son leadership serviteur, son attention et effort consenti durant notre formation. Qu'il reçoive nos sincères remerciements.
- ✓ Pr MGBWA Vendelin, chef de département de l'éducation spécialisée, qui n'a ménagé aucun effort pour nous orienter et qui répond toujours à nos besoins, merci infiniment. Nous réitérons nos reconnaissances les plus sincères à votre égard.
- ✓ Aux enseignants du département d'EDS, merci pour vos engagements durant notre formation et collaboration.
- ✓ MBAIHAINTOLEL Martial merci pour vos conseils et orientations. Que le tout puissant vous garde.
- ✓ REOUNOUDJI Francis, merci pour votre soutien multiforme.
- ✓ ALLAH-RASSEM Koumbaye, MARIAM Saradjibaye et PARDON Madjiangar Djaounsede, ces hommes aux grands cœurs qui ont acceptés de tout donner pour mon bonheur. Je ne saurais vous remercier pour tant d'efforts consentis. Acceptez ce modeste travail comme gage de mon profond amour familial.
- ✓ Au Centre National de Traitement des Fistules obstétricales de N'Djamena, la coordinatrice Dr Haché Haroun et son staff, les femmes victimes de fistule, merci pour collaboration et soutien pendant notre stage et la descente au terrain.
- ✓ Tous les camarades, promotion 2020-2021, frères, amis dont les noms ne sont pas cités, recevez toute notre gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

- AGR** : Activité Génératrice des Revenus
- AJC** : Avant Jésus Christu
- AN** : Assemblée Nationale
- ARFVF** : Association pour la Réinsertion des Femmes Victimes de Fistule
- BET** : Bien-Etre Familial
- BET** : Borkou Ennedi Tibesti
- CNTF** : Centre National Traitement des Fistules
- CNSRF** : Centre National de Santé de Reproduction et de la prise en charge des Fistules
- CPN** : Consultation Périnatale
- EVA** : Education à la Vie et à l'Amour
- EDS** : Education Spécialisée
- FIGO** : Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens
- FO** : Fistule Obstétricale
- FRV** : Fistule Recto-Vaginale
- FVV** : Fistule Vésico-Vaginale
- HG** : Hypothèse Générale
- HS** : Hypothèse Spécifique
- HGRN** : Hôpital Général de Référence Nationale
- IAC** : Intervention et Action Communautaire
- INSEED** : Institut National de la Statistique des Etats Economiques et Démographiques.
- IOE** : Intervention Orientation et Education extrascolaire
- MSF** : Médecins Sans Frontière
- OG** : Objectif Général
- OS** : Objectif Spécifique
- ODD** : Objectifs de Développement Durable
- ONU** : Organisation des Nations Unies
- ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PSLS** : Programme Sectoriel de Lutte contre le Sida
- PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement

QG : Question Générale

QS : Question Spécifique

RDC : République Démocratique du Congo

RS : représentation Sociale

SIDA : Syndrome Immuno-Déficience Acquise

SONU : Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence

TRS : Théorie des Représentations Sociales

UA : Union Africaine

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID : Agence Américaine pour le Développement Internationale

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

VI : Variable Indépendante

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Structure logique des variables et modalités.....	85
Tableau 2: Synoptique d'opérationnalisation des variables.....	86
Tableau 3: Profil des femmes victimes de fistule obstétricale.....	105

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Aperçu et chemin de la fistule obstétricale.....	43
Figure 2: Mécanisme d'apparition d'une fistule obstétricale.....	50
Figure 3: Mécanisme de présentation de la FO.....	52
Figure 4: Carte de localisation du champ d'étude.Source : SOGEFI, réalisation : Baldé Elon (20/03/2021).....	92

RÉSUMÉ

La question de la santé maternelle n'épargne aucun pays. Ainsi, au Tchad comme dans des nombreux pays en développement, on observe des cas comme des femmes victimes de fistule obstétricale qui viennent les plus souvent des zones rurales. Les causes de ce phénomène sont nombreuses et sont devenues une évidence pour l'ensemble des acteurs. Le cumul de certains facteurs socio-économiques tels que la dislocation des liens familiaux, l'ignorance, le mariage précoce, l'alphabétisation, l'insuffisance du système sanitaire, font parties des causes qui ont contribué au développement significatif de ce fléau. Ce qui pose problème alors pour nous est de vérifier si les stratégies d'intervention mise en place peuvent permettre une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena. L'entretien était à cet effet, administrer à un échantillon de huit (08) participantes.

Les données obtenues ont été analysées à l'aide de l'analyse de contenu. Ce qui nous a permis après dépouillement, vérifier la pertinence de nos hypothèses et aussi d'établir une correspondance entre les hypothèses et les résultats obtenus, correspondance appuyée par diverses théories exposées au chapitre insertion théorique.

Les résultats montrent qu'une stratégie d'intervention par la mise à la disposition d'un étayage psychoaffectif et matériel au sein de la communauté peut faciliter l'intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale. En effet, le parcours de vie présente de nombreux facteurs pouvant favoriser l'échec de l'intégration sociale. Cette dernière serait elle-même expliquée par les problèmes socio-affectifs et le faible niveau de revenu. Les inégalités sociales criantes sont symptomatiques de l'absence de politique sociale des gouvernants. On peut aussi y associer, les modifications éventuelles au niveau social et le rejet familial, contribuent à l'isolement des femmes victimes de la fistule impliquant une plus grande difficulté de l'intégration avec une moins bonne récupération face aux événements intercurrents.

Mots clés : stratégie d'intervention, intégration, psychologie sociale, femmes, fistule obstétricale.

ABSTRACT

The issue of maternal health spares no country. Thus, in Chad as in many developing countries, there are cases of women victims of obstetric fistula who most often come from rural areas. The causes of this phenomenon are numerous and have become obvious to all players. The accumulation of certain socio-economic factors such as the dislocation of family ties, ignorance, early marriage, literacy, the inadequacy of the health system, are among the causes that have contributed to the significant development of this scourge. What poses a problem for us then is to verify whether the intervention strategies can allow a psychosocial integration of women victims of obstetric fistula of the CNTF of N'Djamena. The interview was for this purpose, administered to a sample of eight (08) participants.

The data obtained was analyzed using content analysis. This allowed us, after counting, to verify the relevance of our hypotheses and also to establish a correspondence between the hypotheses and the results obtained, correspondence supported by various theories exposed in the theoretical insertion chapter.

The results show that an intervention strategy by providing psycho-affective and material support within the community can facilitate the psychosocial integration of women victims of obstetric fistula. Indeed, the course of life presents many factors that can favor the failure of social integration. The latter would itself be explained by socio-emotional problems and low income. The glaring social inequalities are symptomatic of the government's lack of social policy. We can also associate with it, the possible modifications at the social level and the family rejection, contribute to the isolation of the women victims of the fistula implying a greater difficulty of the integration with a less good recovery vis-a-vis the intercurrent events.

Keywords: intervention strategy, integration, social psychology, women, obstetric fistula.

INTRODUCTION GENERALE

De nombreux pays en voie de développement connaissent la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale, cela est dû à l'injustice qu'est la FO qui persiste. A l'échelle mondiale, le taux de mortalité maternelle causée par la FO est passé à 532.000 par an, soit une augmentation de 175% chaque année.

La fistule obstétricale est une pathologie exclusivement féminine, lorsqu'on entend parler pour la première fois, la réaction est souvent de ne pas vouloir en savoir d'avantage. La fistule obstétricale désigné l'existence d'une communication anormale acquise entre le vagin et la vessie et/ou le rectum survenant au cours d'un accouchement laborieux et dystocique entraînant permanent des urines et/ou des selles par la cavité vaginale. Elle demeure un problème de santé caché parce qu'elle affecte les membres les plus marginalisées de la population à savoir : des filles et des femmes pauvres, jeunes, souvent analphabètes dans les régions les plus reculés du monde (OMS, 2018). À l'échelle mondiale, l'incidence persistance de la fistule obstétricale dans les régions à faibles ressources est l'un des indicateurs les plus visibles des différences énormes qui existent dans le domaine de la santé entre les pays développés et les pays en développement. La fistule obstétricale existe encore parce que les systèmes de santé ne sont pas en mesure de fournir des soins de santé maternelle de qualité et accessible, notamment la planification familiale, l'accouchement en milieu spécialisé, les obstétricaux de base et d'urgence, le traitement de la fistule obstétricale à un coût abordable.

La souillure par les urines et la matière fécale constituent un véritable traumatisme psychologique cauchemardesque aggravé par l'exclusion sociale provoquée par l'odeur nauséabonde qui émane de la femme victime de la fistule obstétricale. Ces femmes ne demandent qu'à être sèche. Malgré les multiples campagnes de sensibilisation, nombreuses sont les femmes qui ignorent qu'il existe un traitement qui est d'ailleurs gratuit. Autres complications et non les moindres dont les infections urinaires, les lésions de macération et la possibilité de survenu de l'insuffisance rénale. La fistule obstétricale reflète les insuffisances des systèmes de santé ainsi que les inégalités socio-économiques et de genre.

La fistule obstétricale doit être considérée comme une injustice sociale causée à la femme en âge de procréer dont la plupart vient à peine d'être pubère. La Fédération International des Gynécologues et Obstétriciens estime qu'au moins 3 millions de nouveaux cas des fistules obstétricales apparaissent chaque année dans le monde. Elles sont presque inexistantes dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord. On trouve les proportions inquiétantes dans les pays en développement de l'Afrique, d'Asie et d'Amérique du sud. La

fistule obstétricale à également une cause structurelle liée au sous-développement avec comme corollaire une insuffisance de système de santé qui est beaucoup plus prononcé dans le milieu rural.

Au Tchad, le nombre exacte des cas de fistule n'est pas connu, mais vu le taux élevé de décès maternel, on peut s'attendre à une prévalence très élevés. Cependant, selon le dernier rapport de Programme National de Lutte contre les Fistules montre qu'il y a plus de 3874 cas de 2002-20017. Le retour à la santé et à la guérison totale des femmes et les filles souffrant d'une fistule obstétricale supposent non seulement un traitement médical ou chirurgical, mais également une prise en charge complète qui répond à leurs besoins psychosociaux et socio-économiques. En état actuel, des choses, le suivi des patientes laisse fortement à désirer. Malgré l'ampleur des besoins, trop peu d'entre elles ne bénéficient pas de service de réinsertion. (OMS, 2014). Et où la société fortement traditionnelle ; il compte plus d'une certaine ethnie caractérisées d'une part, par un ensemble de pratiques et de coutumes aussi tenace les uns que les autres et, par des pratiques religieuses profondes d'autre part. Trois types de croyances se partagent l'espace national : le christianisme, l'islam et l'animisme (religion traditionnelle et africaine). Les données sur la situation de la population en générale et sur l'état de la santé, l'éducation et sur la situation politique et économique des femmes en particulier constituent un indicateur et sur la situation politique et économique des femmes en particulier constituent un indicateur critique dans la mesure des progrès réalisés pour l'amélioration de la condition féminine. Selon le rapport de la Banque Mondiale, le taux d'alphabétisation des femmes au Tchad est élevé.

Sur le plan sanitaire, le Tchad est l'un des pays où l'accès aux services de santé maternelle et infantile est le plus restreint. Le taux de mortalité maternelle à plutôt augmenter ces dernières années. Les études ont montrées que le faible niveau des indicateurs de santé de la femme est en grande partie lié aux inégalités de genre qui affectent sa situation sociale et limite son niveau d'éducation et d'information, son pouvoir économique, ainsi que son pouvoir de décision concernant sa santé reproductive. Cette situation consacre la précarité de la santé de la reproduction de la femme tchadienne et par conséquent affecte sa capacité d'intervention en matière de développement. C'est un véritable problème de santé politique au Tchad à cause à cause de son ampleur et de ses conséquences désastreuses sur la santé de la mère et du nouveau-né. En effet, les femmes qui présentent la fistule obstétricale souffrent d'une incontinence sociale, le rejet social et familial, l'abandon, reniement. Par ailleurs, il arrive bien souvent que la société accuse les femmes porteuses de la fistule d'être

responsables de leur condition perçue comme étant une sanction divine ou un sort lancé. Finalement, quelques femmes finissent par se sentir responsables et font face au rejet familial et social. Elles sont incapables de gagner leur vie. Mais malheureusement, certaines d'entre elles ne peuvent supporter la douleur, la solitude, la souffrance et finissent par se donner la mort.

Pour ce faire, nous avons intitulé notre sujet : « *stratégies d'intervention et intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale : cas du centre national de traitement de fistule de N'Djamena* ». Cette assistance sociale, familiale nous relève non seulement du devoir de l'Etat auquel ressortent ces femmes victimes de la fistule obstétricale, mais aussi de la responsabilité primordiale de leurs familles et de la société civile.

Ce travail de recherche s'articule en deux parties : la première est particulièrement consacrée à la problématique, cadre conceptuel et fondement théorique de l'étude d'où nous aurons trois chapitres. D'abord le chapitre problématique qui nous permettra de questionner le sujet, fixer les objectifs et émettre les hypothèses que nous allons vérifier plus tard. Ensuite, le cadre conceptuel qui est axé essentiellement sur la définition des concepts clés de l'étude. Enfin, le fondement théorique, nous permettra de faire la lecture de ce phénomène. La deuxième partie présente l'approche méthodologique et opératoire, présentation des résultats, analyse et discussion, structurée en trois chapitres : le premier chapitre méthodologie qui retrace la méthode utilisée pour la recherche, les outils de collecte et de traitement des données. Le chapitre cinq intitulé présentation permet de présenter les résultats. Le dernier chapitre analyse et discussion des résultats permet d'analyser d'ouvrir une discussion sur les résultats de l'étude, suggestions et perspectives. Enfin, s'en suivront la conclusion, les références bibliographiques et les annexes.

**PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE, CADRE
CONCEPTUEL ET FONDEMENT THEORIQUE DE
L'ETUDE**

CHAPITRE 1 : PROBLEME DE L'ETUDE

En sciences sociales comme dans d'autres domaines, la recherche scientifique est avant tout un processus, une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations, N'DA P. (2006). Elle est motivée par un constat d'un problème concret fait par le chercheur. Ce dernier se pose tant de questions après ce constat avant de formuler sa problématique. La « problématique est la vision globale de l'objet de la recherche et du domaine où elle se déroule » selon Legendre (2005, P. 1077). Elle est un ensemble construit autour d'une question principale. Elle consiste à formuler l'objet de recherche à partir d'un certain nombre d'observations telles que la présentation du constat et la justification du choix du sujet, l'annonce du problème, la détermination des questions de recherche, des objectifs, hypothèses, intérêts et pertinence, la délimitation thématique, spatiale, temporelle de l'étude, enfin, la clarification des concepts clés du sujet.

1.1 CONTEXTE DE L'ETUDE

L'homme est un être social, dans sa recherche d'une condition de vie meilleure, est confronté à d'énormes problèmes qui sont d'ordre social, éducatif, environnemental et sanitaire. En Afrique subsaharienne, la santé maternelle reste une problématique pour la plupart des pays. Le mariage des enfants encouragé dans certaines cultures a des conséquences dangereuses dans la vie des jeunes filles causant des décès intra-utérins, postnatals et fait tant de victimes, l'analphabétisme et la pauvreté ne sont pas du reste.

La Fistule Obstétricale (FO) est un défi de la santé publique mondiale, bien qu'il soit difficile d'obtenir un décompte exact étant donné le manque des données et de statistiques précises, et le fait que la fistule obstétricale affecte principalement les femmes habitant les régions les plus reculées.

Jadis la FO était une affection courante dans le monde entier mais elle a été éliminée des régions comme l'Amérique du Nord ou l'Europe grâce à la démocratisation de l'accès aux soins obstétricaux. Elle est quasiment inconnue là où le mariage précoce n'existe pas, où les droits des filles et des femmes sont reconnus et défendus, où des cours d'éducation à la santé sont dispensés et où les soins liés à la grossesse sont disponibles et accessibles, Aurélie Desrumaux, (2013). La FO, dite maladie des pauvres, elle menace que la couche défavorisée

compte tenu des difficultés d'accessibilité aux soins prénatals et néonataux par celle-ci. Cette affection qui fut un phénomène commun dans les pays occidentaux, disparut totalement au début du vingtième siècle (le dernier hôpital traitant les fistules aux Etats-Unis ferma ses portes en 1865) grâce à la mise en place de système de suivi prénatal efficace et le recours à la césarienne dans les cas d'accouchements difficiles, Zachrian R. (2000) cités par Frédéric Ullmann dans son mémoire, (Sorbonne 2009). La difficulté de certains pays à disposer du matériel moderne pour lutter efficacement contre cette pathologie fait que la maladie continue son chemin sans heurte. Cette maladie n'est pas prise au sérieux dans certains pays d'Afrique comme d'autres maladies : le paludisme, la rougeole, le SIDA etc. or elle tue plus que celles-ci bien que la FO n'affecte que les femmes à l'âge de procréation. Plusieurs initiatives régionales ont été lancées, évaluées et renforcées afin de donner suite à l'engagement pris à l'échelle mondiale et régionale de mettre fin à la FO, dans le cadre plus large de l'action menée en faveur de la santé maternelle et néonatale. Mais elles ne sont qu'à la marge et la fréquence ne cesse de croître.

En 2015, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité une résolution intitulée « Développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle », dans laquelle elle demande l'accès aux soins chirurgicaux d'urgence et essentiel pour tous, afin notamment de prévenir et de traiter la fistule obstétricale. A la réunion de l'Initiative Mondiale pour les soins chirurgicaux d'urgence et les soins chirurgicaux essentiels de l'OMS, tenue à Genève en 2015, une feuille de route en vue de l'application de cette résolution a été élaborée. Pour faire suite à l'adoption de la résolution, un rapport sur deux ans a été présenté à la soixante-dixième session de l'Assemblée Mondiale de la Santé, tenue en 2018, 73eme AG de l'ONU A/73/285, (2018, Juillet).

En 2016, l'Assemblée Générale a adopté la résolution 71/169, dans laquelle elle a appelé à une intensification de l'action engagée pour en finir avec la FO. Faisant fond sur des résolutions antérieures adoptées en 2007, 2008, 2010, 2012 et 2014, les Etats Membres ont réaffirmé leur obligation de promouvoir et de protéger les droits de toutes les femmes et toutes les filles, et de faire leur possible pour mettre fin à la FO, notamment en apportant leurs appuis à la campagne pour éliminer les fistules. Avec l'adoption de la résolution 62/138, l'Assemblée Générale a reconnu que la fistule obstétricale était un problème de santé majeure pour les femmes, A/73/285, (2018, juillet).

Chaque année, 200 millions des femmes tombent enceinte dans le monde et parmi elles, plus de 500.000 décèdent des causes de leurs grossesses. L'Afrique subsaharienne représente 47,2% de ces décès. En guise de comparaison, si en Europe de l'Ouest, une femme court un risque sur 3200 de décéder pour des raisons liées à la grossesse ou l'accouchement, en Afrique, ce risque est d'un sur douze (1/12) cas. L'Union Africaine (UA) a franchi un pas important en 2006 à Maputo lorsque les Ministres Africains se sont engagés, dans leurs plans d'action, à soutenir la réalisation de la santé, des droits sexuels et de la procréation. Mais malgré cet engagement fort, le constat reste alarmant dans la sous-région de l'Afrique Centrale. Moins d'une femme sur cinq utilise une méthode contraceptive moderne et une femme sur trois ayant exprimée un besoin en méthode contraceptive mais n'y a pas accès. L'accès des femmes aux services et aux soins de santé de la procréation est extrêmement limité. Au regard de la situation, un constat s'impose : les grossesses sont à risque car elles sont trop précoces, trop rapprochées, ou trop tardives. Au-delà de l'aspect strictement sanitaire, il y a là un véritable déni du statut et des droits des femmes et des filles, Banque Mondiale, Plan d'action (2010-2015).

La campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en Afrique, lancée en 2009, encourage les Etats à intensifier leurs efforts pour mettre en œuvre le Plan d'Action de Maputo pour la mise en œuvre du cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique (2007-2010) et la Stratégie Africaine pour la santé. L'Union africaine a annoncé que la campagne serait prolongée jusqu'en 2030. Elle a été mise en œuvre dans le cadre de feuille de route nationale de 46 pays de la région afin d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle, et les questions de santé maternelle, néonatale et infantile ont été intégrées dans les stratégies de réduction de la pauvreté et les plans sanitaires de ces pays. Parmi eux, 35 ont mis au point des plans opérationnels en faveur de la santé maternelle et néonatale au niveau des districts. Malgré les résultats obtenus, il reste primordial d'intensifier les efforts de promotion et de mobiliser les parties prenantes en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, A/73/285, (2018, juillet).

En Ethiopie, 1400 femmes sur 100 000 meurent de complications liées à la grossesse. Ce chiffre est de 05 pour 1000 dans les pays industrialisés, (UNICEF, UNFPA, 2007). On estime qu'il y a 9000 nouveaux cas de FO par an, et que, 1500 femmes atteintes par cette affection entreprennent chaque année de voyage vers l'hôpital d'Addis-Abeba (SMITH, « A walk to beautiful » film documentaire, 2007). Malgré les actions de terrain menées par

l'hôpital des fistules d'Addis-Abeba, les ONG et la campagne de l'UNFPA pour éliminer les FO durant ces années, le nombre des cas reste croissant. En plus, Doctors on Call for Service (DOCS)/Heal Africa s'engage sur le long terme dans un programme transversal de prise en charge de FO, les interventions et actions de terrain de toutes ces organisations restent extrêmement marginales. En ce domaine, Médecins Sans Frontière (MSF) par exemple, n'effectue que des interventions ponctuelles et prend en charge des patientes uniquement en terme chirurgical sans tenir compte de l'aspect psychologique ni l'intégration sociale des victimes et sur des volumes extrêmement faibles. Cet hôpital élargi ses activités partout en Afrique et ailleurs dans la lutte contre la FO. En partenariat avec les ONG, quatre sections opérationnelles travaillent sur la fistule, MSF/France, Hollande, Belgique et Suisse ont pris en charge 202 patientes toute l'année 2007 et 303 en 2008 au sein de l'hôpital d'Abéché au Tchad. L'hôpital a également effectué des opérations de réparation des FO, et a formé du personnel médical dans d'autres pays, Kenya, Ouganda, Sierra-Léone, Tanzanie, Tchad, Togo ainsi qu'en Inde en Asie du Sud, en Afghanistan au Sud-ouest et au Bangladesh au Nord- Ouest, Frédéric Ullmann (2013). Cette pathologie, est trop fréquente dans les pays Africains, malgré la lutte menée par les Etats en partenariat avec les ONG et l'UNFPA, la prévalence reste croissante.

Au Nigéria, le taux des cas de FO est le plus élevé du monde. On évalue à environ 800 000 le nombre des femmes atteintes de fistules et à 20 000 le nombre de nouveaux cas chaque année. Un projet dénommé « Quinzaine » qui a été financé principalement par Virgin Unite branche Caritative du groupe Virgin, propriété du milliardaire Richard Branson présent sur le terrain lors de la « Quinzaine » et très largement impliqué dans le financement de l'UNFPA pour éliminer la FO a permis d'opérer 545 femmes en quinze jours. Pour cette campagne, 12 médecins Nigériens, 04 médecins étrangers, 40 infirmières, 40 sages-femmes et 40 travailleurs sociaux sont formés pour cette campagne. Cette campagne s'est concentrée sur quatre Etats du Nord du pays où la prévalence de la FO est plus importante. Cette initiative s'est appuyée sur un partenariat entre l'UNFPA, le gouvernement fédéral, les gouvernements du Nord du Nigéria, mais aussi avec la Croix-Rouge Nigérienne, le Laboratoire pharmaceutique Johnson et Johnson, des ONG et structures locales, Frédéric Ullmann, (2013).

Le Nigéria est un vaste pays avec une forte densité de la population, le nombre du personnel formé pour lutter contre cette maladie est trop faible, ce qui explique le manque de

sérieux et la volonté du gouvernement à ne pas s'engager dans la lutte efficace de cette maladie pour sauver cette couche vulnérable.

Au Cameroun, 20.000 cas de FO recensés chaque année. Le gouvernement Camerounais et l'UNFPA, le partenaire incontournable dans la lutte contre cette maladie dans tous les pays œuvrent depuis quelques années pour éliminer la fistule obstétricale au Cameroun. Il est primordial que les pouvoirs publics s'approprient les programmes nationaux de lutte contre la fistule. Les pays doivent consacrer une plus grande part de leur budget national à la santé et la communauté internationale doit leur fournir un soutien technique et financier supplémentaire. Les données collectées par le FNUAP montrent qu'au moins 23 des près de 60 pays concernés par la fistule obstétricale ont des stratégies nationales en vue de l'éliminer et que 13 d'entre eux (Cameroun, Ethiopie, Ghana, Guinée, Madagascar, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone et le Togo) ont des plans opérationnels chiffrés assortis d'un calendrier de mise en œuvre. En outre, plus de 30 pays ont constitué des groupes de travail nationaux sur la fistule, qui sont chargés de coordonner et suivre les dispositifs mis en place pour le compte des gouvernements et les activités des partenaires. C'est dans ce sens que le gouvernement Camerounais a pris une décision ferme en s'engageant à *“Mettre fin à la fistule obstétricale d'ici 2028 au Cameroun...”* tout en considérant que *“...la fistule obstétricale est une violation des droits humains en finir maintenant”*. Eu égard à cette décision forte d'en finir avec la fistule, le gouvernement multiplie les actions dans la lutte contre cette pathologie mais cette maladie rode partout dans le monde rural.

Une campagne nationale de réparation a été organisée du 28 Octobre au 06 Novembre 2019 dénommée “éliminer la fistule“ a permis de sensibiliser et réparer quelques victimes de cette maladie sans tenir compte de l'aspect psychologique ou la prise en charge psychosociale. La fistule obstétricale, est un problème de santé encore un peu tabou dans la société Camerounaise. Lors de cette campagne, 23 femmes ont été réparées de fistule à l'hôpital de Mbalmayo, localité située dans la région du Centre à 48 kilomètre (km) de Yaoundé.

Dans le cadre de cette campagne, Michelle, une ménagère âgée de 30 ans a pu bénéficier d'une opération de réparation chirurgicale exprime sa joie en disant : *« je suis très heureuse, car l'opération s'est bien passée. Je vais recommencer une nouvelle vie après 11 ans avec le père de mes enfants qui m'a abandonnée quand j'étais malade »*. Le témoignage

des victimes explique combien de fois les femmes souffrent gravement de cette pathologie et ont besoin d'une prise en charge. L'effort fourni par les autorités et les institutions en charge de la santé maternelle n'est pas suffisant pour contrecarrer cette pathologie. Pendant 10 jours, l'équipe médicale de la campagne a procédé à la réparation de cette pathologie chez 22 autres femmes. Partant de ce faible taux de réparation par rapport au taux annuel des cas enregistrés, l'effort de font reste à faire avant de baisser le taux de croissance de cette maladie dans la société Camerounaise. Selon le Dr Charlotte Moussi, délégué régional de la santé du centre, la fistule obstétricale est *“généralement, la rupture que constitue la fistule va se traduire par une incontinence permanente : les urines ou les selles vont passer à travers la voie vaginale, ce qui n'est pas normal”*. Dans la société Africaine tout comme au Cameroun, il n'est pas normal qu'une femme fait de selles et les urines sur elle, cette anomalie amène les victimes à vivre caché, à rester isoler. La fréquence reste croissante et nécessite alors une campagne nationale de réparation et de sensibilisation dans toutes les régions du pays pour diminuer le taux des victimes.

L'enquête de l'institut national de statistiques révèle que la prévalence de la FO est de 20.000 cas avec une incidence estimée à 2000 nouveaux cas chaque année. Cette enquête révèle également qu'environ 6000 femmes meurent par an au cours de leurs grossesses ou en donnant la vie. Et pour chaque femme qui meurt, au moins 20 autres survivent, avec des complications dont une des plus graves et mal vécue est donc cette *“fistule obstétricale”*, Fabrice Beloko, Août 2020. De tout ce qui précède, la fistule obstétricale est une maladie qui fait assez de dégâts dans les milieux défavorisés, elle crée toutes sortes de crises aux femmes. C'est ainsi que le Fonds des Nations Unies pour la Population souligne que les femmes qui en souffrent sont souvent condamnées à la dépression, à l'isolement social et à une aggravation de la pauvreté.

Au Tchad comme tout autre pays de l'Afrique, le constat reste le même. Une simple observation dans les Hôpitaux, les cliniques privées dans les villes, le constat sur la santé maternelle reste un sérieux problème. Dans les provinces, les villages ou dans le monde rural, la situation des femmes est alarmante. Considérée comme une malédiction, une fatalité ou une punition divine, la fistule obstétricale cause d'énormes dégâts dans la société Africaine, dans la sous-région et au Tchad en particulier.

La fistule obstétricale qui fait l'objet de notre étude ici est une lésion grave et dangereuse susceptible de survenir lors d'un accouchement. Selon l'OMS, la FO est une

communication anormale entre le vagin, rectum et/ou la vessie qui peut se produire après un travail et un travail obstructif. Cela conduit à une perte continue d'urine et/ou des selles. Dr Edwige Adenkambi Domingo, représentante de Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) au Tchad, conçoit la FO comme « une pathologie liée à la grossesse et à l'accouchement ». C'est-à-dire une maladie qui s'installe après l'accouchement ou le travail à longue durée, elle n'est pas transmissible et contagieuse. Cette maladie qui cause tant de victimes, est due, la plupart à l'accouchement, le travail prolongé de la femme sans un secours sanitaire rapide, quelque fois au viol de la femme. Selon l'OMS, plus de deux millions de jeunes femmes en Asie et en Afrique subsaharienne vivent avec cette maladie et 50.000 à 100.000 développent la fistule chaque année dans le monde (OMS mai 2014). Elle ne touche non seulement une partie de l'Afrique mais la plupart des pays et même dans d'autres continents. La FO survient dans tous les pays en voie de développement mais elle est surtout confinée dans la « ceinture fistulaire » aux travers de la moitié nordique de l'Afrique subsaharienne, qui part de la Mauritanie à l'Erythrée, et s'étend au Moyen-Orient et en Asie du Sud (Tebeu 2012). C'est dans ce contexte très difficile de la situation que vivent les femmes dans le monde, en Afrique et particulièrement au Tchad que nous sommes inspirés pour mener cette étude.

Le Tchad, l'un des pays de l'Afrique Centrale, n'est pas épargné. La fistule obstétricale ne laisse aucune province de ce pays compte tenu du manque ou la distance des infrastructures sanitaires accessibles favorisant la prise en charge des femmes en travail. Le manque du personnel qualifié oblige les femmes à être assistées par les matrones qui, se confient à Dieu n'ayant aucune connaissance scientifique en la matière. Les femmes passent plus souvent 24 heures à 72 heures en travail à la maison. Pour se déplacer d'un village à un centre de santé, par manque de moyens de transport rapide, la plupart de la population utilise le cheval, les véhicules à traction animale, dos d'âne pour se rendre au centre de santé. Pour arriver dans un hôpital de district ou à N'Djamena au centre national de traitement des FO, c'est tout un budget pour un cultivateur pauvre, il faut au moins 40 à 50.000 de nos Francs CFA pour arriver. Plus la femme passe de temps à la maison, le risque de perdre sa vie et de faire un mort-né est évident. L'analphabétisme de la population, la pauvreté, le mariage des enfants en sont aussi les causes. Bien que la prévalence exacte des FO soit difficile à déterminer, sa tendance suit celle de la mortalité maternelle. Ceci est en contraste avec les pays développés où les causes de fistules génitales sont plus souvent iatrogéniques (provoquées par le médecin), (Adler 2013). Il y a bien longtemps que le gouvernement

Tchadien tente de s'engager dans la lutte préventive que curative de cette maladie mais elle existe toujours dans le monde urbain que rural.

La visite des spécialistes composés des médecins gynécologues obstétriciens et médecins généralistes Ethiopiens venus d'Addis-Abeba grâce à Dr Barrah Mallah médecin généraliste formé à Addis-Abeba le 26 Septembre 2002 à l'hôpital sous préfectoral d'Abéché et la deuxième visite le 23 Septembre 2003 à l'hôpital de la liberté de N'Djamena dirigé par le gynécologue Dr Mahamat Koyalta marque le début de la lutte contre la FO au Tchad, plus de 4000 victimes ont été opérées lors de cette caravane (Matteo Maillard, 2016). Chaque année, la sensibilisation se fait dans toute l'étendue du territoire pour informer la population de la dangerosité de cette maladie mais la fréquence reste toujours croissante. La plupart des cultures considèrent la FO comme une malédiction, une fatalité ou une punition divine. L'entourage de la victime pense que c'est le prix d'un acte d'infidélité, ignorant la cause réelle de cette maladie et la femme est totalement négligée voir purement abandonnée par son mari et sa famille. Malgré les campagnes de sensibilisation passagères organisées, le mal n'est pas totalement pris au sérieux et continue par mettre à mal le monde féminin qui constitue la majeure partie de la population.

De 2012 à 2018, le centre national de traitement des fistules obstétricales de N'Djamena a soigné 3000 femmes souffrantes de cette pathologie.

En 2019, plus de 95 femmes sont guéries de la fistule, or le centre ne cesse d'enregistrer des nombreux cas. L'écart entre 2004 à 2011 prouve à suffisance comment l'Etat Tchadien traite avec légèreté la situation critique de cette maladie que traversent ces femmes.

S'étend sur une superficie de 1284000 km² avec une population totale de 15,48 millions en 2018 selon la Banque Mondiale, le taux d'alphabétisation est de plus en plus bas sur le continent, classé 187^{ème} sur 189 pays selon l'indice de développement humain (PNUD, 2018), le taux national d'alphabétisation est 32% pour les femmes et 48% pour les hommes. Le mariage précoce et/ou des enfants est devenu une norme dans certaines cultures malgré l'ordonnance N* 006/PR/2015. Portant Interdiction du Mariage d'Enfants. Vu la Loi N* 002/PR/2015 du six (06) Janvier 2015 qui ordonne dans son article 1 : *il est formellement interdit en République du Tchad, à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente Loi, le mariage d'enfants mineurs*. Pour rendre cette loi plus claire, l'article 2 de cette même ordonnance stipule que « *l'âge minimum du mariage est fixé à dix-huit (18) ans révolus* ». Toutes ces dispositions prises par le gouvernement ne permettent pas de ralentir le mariage

des enfants, l'un des causes ultimes de la fistule obstétricale, une maladie qui constitue réellement une tragédie à des nombreux égards.

Au-delà de lésion physique, le traumatisme connu pendant le travail, la perte subite après l'accouchement de leurs enfants, la violence que certaines connaissent, les victimes vivent de graves problèmes sociaux, notamment le divorce, rejetées par leurs maris, leurs familles et l'entourage, elles deviennent des êtres à part entière à cause du caractère de la maladie. Elles sont tenues à l'écart de toutes les activités socioéconomiques et culturelles même religieuses. La plupart de ces femmes sont allées en mariage à partir de 12 ans, ce qui constitue un sérieux problème.

En 2018, le taux de mortalité infantile au Tchad est de 71,7% selon l'enquête organisée par l'Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED). Ce pourcentage explique le réel problème de la santé maternelle, malgré le soutien de l'OMS auprès du gouvernement. Selon le représentant de l'OMS au Tchad, le Dr Jean Bosco Ndiokubwayo lors de la cérémonie de remise des kits au gouvernement, précise que le taux de mortalité maternelle du Tchad est l'un des pires au monde avec 860 décès/100.000 naissances vivantes (OMS, 2017). Le Tchad est loin d'atteindre les Objectifs du Développement Durable (ODD) qui est de (70/100.000 naissances vivantes) en 2030. Ces femmes souffrent, elles vivent toujours dans un état d'anxiété à cause du décès postnatal de leurs enfants et de la douleur chirurgicale suite à l'opération de la fistule qui se passe plusieurs fois pour certaines femmes.

Cette situation très lamentable que les femmes traversent nécessite non seulement la réparation chirurgicale, il faudrait prendre en compte l'aspect psychologique et social pour une bonne réinsertion et intégration sociale.

Dans le contexte de notre formation en intervention et action communautaire, la problématique du développement de l'homme dans son milieu de vie, ses relations sociales, la stabilité psychique et psychosociale, les problèmes communautaires sont les piliers de notre formation. S'inscrivant dans cette logique, notre étude s'inscrit dans le cadre de la santé de la femme victime des fistules obstétricales, qui souffre dans son milieu de vie, stigmatisée, abandonnée, considérée comme un être à part entière. Notre sujet de recherche porte sur la « *stratégie d'intervention psychosociale et intégration sociale des femmes victimes de fistule obstétricale* ».

1.2 OBJET DE L'ETUDE

Cette recherche est motivée par le constat fait sur les femmes qui ont survécu de cette malheureuse maladie qui ne dépendait pas de leurs volontés. Elles sont abandonnées, la plupart par leurs familles, rejetées par leurs maris et elles deviennent des objets de raillerie dans leurs milieux de vie sans aucun soutien psychosocial. Cette couche qui souffre a besoin d'une prise en charge psychosociale pour son insertion sociale, d'un accompagnement pour se sentir au moins soulagé du pire moment qu'elle ne cesse de traverser. La FO est considérée comme une maladie négligée. La majorité des cas survient dans les milieux défavorisés. Cette affection touche les pauvres et aggrave leur niveau de pauvreté. Elle est sous-estimée comme cause majeure de morbidité et mortalité. De toutes les souffrances qu'elles endurent, ces femmes ne sont pas socialement assistées ni aucun service d'accompagnement psychosocial pour leur permettre de se reconstruire psychologiquement avant de s'insérer dans la société. Pourtant les langues proclament le bonheur de la femme partout d'ailleurs mais pratiquement le constat sur le terrain prouve le contraire. La FO est très stigmatisant, elle est à la fois évitable et traitable, cependant les ressources pour le faire ne sont pas suffisamment mobilisées. Elle diffère des autres pathologies de la pauvreté car elle n'est pas d'origine infectieuse et affecte seulement les femmes. La prévention et le traitement sont chirurgicaux (The Global Health Network. Aout 2012). La société a toujours une mauvaise représentation de cette maladie à l'égard de cette couche vulnérable.

1.3. LES POSITIONS EMPIRIQUES ET THEORIQUES SUR LE PROBLEME DE L'EDUDE

D'après une étude menée sur la déstigmatisation des troubles psychiques et du handicap par le centre de ressources spécialisé dans le champ du handicap psychique (crehpsy) en 2018, certaines personnes développent des stratégies lorsqu'elles sont stigmatisées pour ne pas sombrer dans la dépression. Il ressort de la littérature que la stigmatisation peut aussi avoir un impact positif sur l'individu en lui permettant de développer des stratégies de résilience. Certaines patientes stigmatisées ont senti qu'elles devaient faire un effort pour développer leur résilience par un soutien accru de la part de leur entourage et le développement d'émotions positives et des forces internes pour contrecarrer l'effet négatif de la stigmatisation. Les développements des thérapies sont lourds et constituent un effort supplémentaire. Cependant, le développement de ces thérapies pour la construction du sentiment social chez ces dernières doit tenir compte de l'interaction entre la communauté et

l'acceptation. Plusieurs patientes peuvent compter sur les relations sociales et leurs forces personnelles pour augmenter leur capacité de résilience, d'autres n'ont pas cette capacité de résilience (Boardman *et al.* 2011).

La stigmatisation perçue en fin d'hospitalisation et de la réinsertion sociale de ces personnes en situation de handicap nécessite une thérapie centrée sur la résistance aux préjugés constatés chez ces dernières. Certaines femmes développent des stratégies en quittant le groupe qui les dévalorise pour s'isoler. L'aménagement perceptif de la réalité est une autre stratégie. Il est possible de minimiser la discrimination pour préserver son estime de soi.

Ces personnes à besoin spécifique, développent ou contribuent à assurer la capacité d'adaptation et la capacité de faire face à la stigmatisation, à la discrimination et à la maladie. Le renforcement de la résilience de ces personnes vulnérables est un processus cumulatif. D'où la première étape consiste à faire de la résilience un but, en plus des buts actuels d'amélioration de la santé de ces femmes en difficulté de construction du sentiment social, de réactivité et d'efficacité et aussi de fournir une protection sociale et financière. Et la deuxième étape, comprend le renforcement des capacités dans les domaines suivants : reconnaître son état de santé, anticiper les risques sanitaires et l'impact de la stigmatisation lié au changement corporel, de s'y préparer et communiquer à ce sujet, prévenir et gérer l'incertitude et le stress et y faire face. Ces dernières font face à toutes formes de stigmatisation et de discrimination à cause de leur incontinence

Le sujet qui fait l'objet de notre étude, nous renseigne sur le fait que les femmes souffrant de FO sont marginalisées à cause de leur incontinence. Cette situation a un impact négatif dans leur construction du sentiment social. Ces dernières sont mises à l'écart et au bout de compte exclues de la société. Ces personnes handicapées sociales ne souffrent non seulement des répercussions psychologiques, physiques, sociales et de la stigmatisation mais elles sont comptées souvent parmi les groupes les plus vulnérables au monde. Les soins et le soutien dont elles ont besoin peuvent reconstruire leur vie ou leur sentiment social. C'est ainsi que le psychanalyste et psychologue autrichien, Adler dans sa théorie du sentiment social stipule que, toutes les valeurs humaines sont nées des « besoins de la vie sociale » c'est-à-dire le sens du social est à la base de toute notre activité psychique saine et qui augmente la confiance en soi et l'estime de soi. Autrement dit, ces femmes souffrant de ce handicap ont besoin du soutien social et psychologique pour se reconstruire.

La fistule obstétricale est une situation handicapante qui peut facilement être éradiquée avec un accès aux soins obstétricaux d'urgence. Pourtant elle est fréquente au Cameroun parce que non seulement les femmes n'ont pas accès aux soins maternels appropriés, mais aussi parce que les pratiques traditionnelles mettent les filles en danger permanent, notamment les mutilations génitales féminines, le mariage d'enfants et la grossesse précoce et non désirée qui exposent les filles aux risques physiques avant la pleine maturité de leur corps. (UNFPA Tchad 2016).

La pauvreté est l'une de cause déterminante de la fistule obstétricale, car le mauvais état de santé en général et les présents soins sont liés avec la fistule à des nombreux niveaux. Elle peut contribuer à la formation de fistule en causant la malnutrition, qui peut à son tour entraver le développement du bassin. Elle peut également déterminer les mariages et accouchements précoces. La pauvreté réduit également la possibilité pour une femme de s'adresser à un chirurgien, car le coût des opérations est important. Donc, le Cameroun est particulièrement touché par le phénomène à cause de l'immensité de son territoire et du manque d'accès aux soins maternels et obstétriques.

La fistule obstétricale est un défi de santé publique mondiale, bien qu'il soit difficile d'obtenir un décompte exact étant donné et des statistiques précises, le fait que la fistule affecte principalement les femmes habitant les régions reculées. Selon l'OMS, en Afrique uniquement, entre 50.000 et 100.000 nouveaux cas d'apparition chaque année.

Depuis 2012, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), initiateur de la campagne pour l'élimination des fistules et ses partenaires, ont rendu possible près de 45 interventions chirurgicales qui ont changé la vie des femmes en guérissant leurs blessures physiques et psychologiques. Or 19 000 sont victimes de cette maladie. Ce qui explique une faible prise en charge des femmes souffrant de fistule obstétricale au Cameroun.

Au Tchad précisément à N'Djamena les femmes victimes de FO sont rejetées par leurs proches. Elles reprennent espoir et vie au Centre National de Traitement de Fistule Obstétricale (CNTFO) de N'Djamena et de prise en charge de la FO dans ce centre. Tous les cas qui sont opérables attendent la mission du professeur Gueye, un Gynécologue sénégalais qui travaille dans le cadre du projet Fistules appuyés par l'UNFPA s'effectue chaque mardi et jeudi indique Docteur Aché Haroun, gynécologue obstétricienne, coordinatrice du programme national de lutte contre la fistule obstétricale au Tchad et responsable du Centre National de Traitement des Fistules de N'Djamena.

Au Cameroun la dernière campagne lancée par le Gouvernement avec UNFPA cette affection d'ici 2028 sous le slogan « Rendre le sourire aux femmes et aux filles qui l'ont perdu à cause de la FO ». Placée sous le haut patronage de Madame Chantal Biya, Première Dame du Cameroun, l'évènement a eu lieu le 20 novembre 2020 à Yaoundé. Selon l'enquête à indicateurs multiples par grappe conduite au Cameroun en 2014, la prévalence de la fistule obstétricale est de 21 000 cas et environ 2 000 nouveaux cas surviennent chaque année. La grande majorité des femmes affectées par la fistule obstétricale sont très jeunes et issues des familles démunies. Outre le manque des ressources pour payer les frais médicaux, elles sont victimes de stigmatisations, de violence psychologique et autres pratiques culturelles néfastes qui les contraignent parfois à l'isolement, voire à l'exclusion sociale. Pour la plupart de ces femmes affectées, la fistule obstétricale n'est ni plus ni moins qu'une vie détruite, physiquement, économiquement, socialement et émotionnellement.

Selon Thaddeus et Maine (1994), il y a trois retards qui contribuent aux complications obstétricales, y compris le travail obstructif. Ces retards sont :

Le premier retard : La décision de demander des soins peut être retardée par les facteurs socio-économiques et culturels dans l'environnement d'une femme. Comme exemple de raisons au 1^{er} retard :

- Dans une étude prospective examinant les profils des femmes qui cherchent un traitement de la fistule obstétricale, les femmes du Bangladesh et de la Guinée disaient que leurs maris ou d'autres membres de la famille ne leur permettaient pas d'aller dans un centre de santé ;
- Dans certaine communauté, la femme qui accouche dans un établissement de santé est considérée comme faible, car incapable d'accoucher à domicile.

Le deuxième retard : l'arrivée tardive au centre de santé. Ceci peut être favorisé par :

- Des mauvaises conditions routières, de transport ou de communication ;
- L'insécurité peut dissuader une femme de se rendre au centre de santé pendant la nuit et d'attendre jusqu'au matin ;

Le troisième retard : une fois arrivée dans l'établissement sanitaire, la femme ne pourra pas accéder à des soins adéquats. Ces retards peuvent agir en synergie et constituent un cercle vicieux. Par exemple :

- Lorsqu'une femme rejoint le dispensaire alors que le travail a déjà débuté, l'attitude du personnel peut l'embarrasser s'ils se disputent au sujet de la raison de son retard ou bien s'ils la trouvent trop jeune ;
- Les soins de maternité ne sont pas gratuits, les coûts supplémentaires pour césarienne ou le coût de la réparation de fistule peut pousser la famille encore un peu plus dans la pauvreté.

Hormis les trois retards qui contribuent aux complications obstétricales, y compris le travail obstructif que nous avons souligné ci-haut, il y a aussi le sentiment de honte, il peut y avoir la honte chez les femmes souffrant de fistule qui les pousse à s'isoler, de ne pas parler ou parler rarement aux gens de leur maladie à cause de la stigmatisation. Raison pour laquelle une femme souffrant de cette pathologie peut rester des mois, des années voire une vie entière avec la fistule obstétricale sans être prise en charge. Elles ont honte d'elles-mêmes, réduites à vivre en cachette, ne sachant pas qu'il y a un espoir de guérison, elles n'ont pas recours à un traitement en partie parce qu'elles ignorent que la fistule obstétricale peut être opérée.

Cependant, la fistule obstétricale est source d'exclusion sociale et demeure un fléau au Cameroun, véritable problème de santé publique qui continue de nos jours à faire encore des victimes dans la société. Les souffrant de cette pathologie sont confrontées à d'énormes difficultés de réinsertion sociale. Alors que la réinsertion sociale est importante pour toutes les femmes souffrant de fistule obstétricale car c'est un processus par lequel ces femmes apprennent à comment surmonter ou confronter les défis physiques, psychologiques et socio-économiques, librement identifiés par elles-mêmes, afin d'améliorer leur niveau de fonctionnement social dans les communautés. Les difficultés que les femmes souffrant de fistule obstétricale font face pour se réinsérer dans la vie sociale sont d'ordre social, économique et structurel.

1.4. PROBLEMATIQUE THEORIQUE DE L'EDUDE

La fistule obstétricale est une grave maladie qui menace les femmes partout en Afrique, surtout en Afrique subsaharienne. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS), en Asie et en Afrique subsaharienne, plus de deux millions de jeunes femmes vivent avec des fistules obstétricales non traitées.

Dans de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires, les complications qui surviennent pendant la grossesse et l'accouchement constituent l'une des principales causes

de mortalité chez les filles âgées de 15 à 19 ans. Dans le monde, près d'une fille sur cinq se marie avant ses 18 ans. Du fait des mariages d'enfants et des grossesses précoces, notamment dans les milieux défavorisés, les filles sont plus exposées au risque de mourir et de tomber malade, y compris de souffrir d'une fistule obstétricale. Les filles pauvres et marginalisées sont plus susceptibles de se marier et de tomber enceinte pendant l'adolescence que celles qui ont une meilleure éducation et des perspectives économiques plus favorables. Les adolescents, filles ou garçons scolarisés ou non, doivent tous avoir accès à l'éducation, à l'information et aux services de santé pour préserver leur bien-être, A/73/285, (P. 3, 31/07/2018).

Au Tchad, plus de 10.000 femmes opérées pendant les 15 dernières années (journal Tchad info 2018). La fistule obstétricale est due, la plupart des cas d'accouchement.

En dehors de la mortalité maternelle, il y a des morbidités maternelles dont la plus dévastatrice est la FO. Il est estimé que pour chaque décès maternel, 20-30 femmes développent des complications obstétricales sérieuses telles que la fistule. Ces femmes qui ont survécu aux supplices du travail obstructif font face à des défis physiques et psychosociaux de la vie avec une FO (Ahmed 2015).

Elle résulte généralement d'un travail prolongé (souvent de plusieurs jours) et difficile, sans intervention obstétricale (césarienne) pratiquée en temps voulu pour aider la femme. La fistule obstétricale peut avoir plusieurs causes, elle peut être due à une nécrose ischémique des parois des organes pelviens (vessie, rectum), suite à leur pression prolongée par la présentation bloquée dans le pelvis. Elle peut être également faite suite à la déchirure des tissus mous, pendant un accouchement précipité ou des manœuvres obstétricales. Enfin, d'une manière moins fréquente, l'interruption volontaire des grossesses peut entraîner la fistule obstétricale. Elle apparaît quelques jours après l'accouchement par chute d'escarres au quatrième (4 e) et cinquième (5 e) jour (Tebeu, Luc de Bernis, et al. 2009 ; Melah et al. 2007). Cité par Aduragbemi B.T, (juin 2013).

La FO attaque le plus souvent les filles qui sont allées en mariage à partir de 12ans et sont en majorité des classes pauvres et illettrées. Dans la plupart des cultures Tchadiennes, envoyer les filles à l'école leurs expose à un désordre. Elles constituent aussi la main d'œuvre aux parents, elles sont totalement soumises malgré l'égalité, le droit de la femme prôné par les plus hautes autorités du pays. L'inégalité du genre est une logique dans certaines cultures, la femme est reléguée au second rang, elle devient une machine pour l'homme. Or, la constitution Tchadienne du 04 Mai 2018, dans son préambule : Reconnaissons la promotion

du genre et de la jeunesse comme facteur de réalisation de l'égalité entre hommes et femmes dans notre pays et l'impératif de sa prise en compte pour le développement humain durable. Dans la plupart du milieu, la planification des naissances n'est pas reconnue, les nouvelles méthodes de contraception ne sont que de tabous, ce qui expose les femmes aux grossesses trop rapprochés, trop tôt. Compte tenu des conditions de suivi des grossesses moins efficace et de qualité, la fréquence du nombre de cas reste croissante.

Une caravane d'opération chirurgicale a été organisée au centre national de traitement des fistules obstétricales de N'Djamena du 02 au 07 mars 2020, plus de 250 femmes sont opérées mais la plupart vit encore dans les campagnes avec cette maladie tout en considérant comme une fatalité et n'ayant pas de solutions. Cette grave maladie préoccupe tous les Etats et les organisations qui œuvrent dans le domaine de la santé. La fistule obstétricale, à cause de sa mauvaise prise en charge médicale par les institutions en charge auprès de la population, son traitement moins efficace, la FO a causé beaucoup de victimes malgré l'implication de toutes les corporations dans la lutte préventive que curative de cette maladie. Dégageant des odeurs nauséabondes par son caractère, ces femmes sont rejetées dans leurs milieux de vie, par leurs maris, leurs parents et sont exposées à la dépression, l'anxiété, le stress et sont stigmatisées. Issues la plupart du milieu pauvre, elles perdent le goût de vivre, n'ayant aucun soutien en prise en charge ou accompagnement psychosocial malgré les traumatismes subis lors de cette période douloureuse. Dans les services sanitaires, les hôpitaux et centres de traitement de fistule, ces femmes vivent la même situation partout, il n'existe pas un programme d'accompagnement psychosocial ni service de counseling pour enclencher un bon processus d'intégration sociale des victimes. Ce qui fait que malgré la réparation chirurgicale, le mal reste toujours dans le cœur et dans l'esprit des victimes. L'état de vulnérabilité de ces femmes nécessite une bonne conduite de santé, un service d'observance thérapeutique, des dispositifs d'éducation thérapeutique qui permettront la prise en charge de ces femmes. L'intérêt est d'identifier les dimensions sociales, psychologiques et leurs répercussions biologiques, de manière à aider la victime en lui et autour de lui des ressources pour faire face à la situation qu'elle traverse. La quasi-totalité des organisations, les Etats qui luttent contre cette maladie dévastatrice ne prennent pas en compte l'aspect psychosocial des victimes. Elles portent dans leurs cœurs la douleur, dans leurs esprits ce mal tout en pensant que c'est une malédiction à leur égard, elles considèrent cette maladie comme inguérissable, donc, la plupart des victimes de la fistule obstétricale n'éprouvent que l'envie de se suicider.

Selon l'atelier d'évaluation du traitement de l'incontinence urinaire après cure de fistule obstétricale organisé conjointement en janvier 2016 entre l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN) de N'Djamena-Tchad et l'Hôpital Protestant de N'Gaoundéré-Cameroun, les chiffres de ces assises sont plus parlant. Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive ayant porté sur 84 cas d'incontinence urinaire après cure de fistule vésico-vaginale obstétricale chez 363 patientes sur une période de 3 ans. Le résultat de cette étude fait mention sur l'âge moyen qui était plus ou moins (\pm) 26,8 ans avec les extrêmes de 12 et 40. La fréquence des incontinenances urinaires après cure de fistule obstétricale était de 23,1 %. Les patientes non alphabétisées représentaient (91,6 %), les mariées avant 18 ans représentaient (79,8 %) et les primipares (les femmes qui accouchent pour la première fois) représentaient 63,1 %. La durée du travail était de 2 à 3 jours dans 69 %, l'accouchement était à l'hôpital dans 65,5 %. Le siège de la fistule était cervico vésico-vaginale (36,9 %) et de type III dans 40,5 %. L'incontinence urinaire d'effort représentait 44,1 %. La brièveté de l'urètre (30,9 %), l'insuffisance sphinctérienne (23,8 %) étaient les principales causes de ces incontinenances urinaires. La cure chirurgicale consistait en une urétroplastie c'est-à-dire une opération autoplastique destinée à combler une perte de substances ou à fermer une fistule urétrale, Garnier Delamare P.1287 (28,6 %) suivie de bandelettes aponévrotiques (une membrane fibreuse qui enveloppe un muscle) sous urétrale (21,4 %).

La fréquence de l'incontinence urinaire était élevée chez nos patientes. Le traitement chirurgical faisait appel à l'urétroplastie et à la bandelette aponévrotique sous urétrale. La guérison a été obtenue dans 72,2 %, Kimassoum Rimtebaye, HGRN (Janvier 2016).

D'après cet exemple de l'évaluation du traitement de l'incontinence urinaire après cure de fistule obstétricale sur 82 cas étudiés chez 363 patientes, nous avons remarqué le taux d'analphabétisme élevé (91,6 %), l'âge des patientes trop bas (12-40) dont la plupart sont des enfants. Elles sont très jeunes mais perdent le goût de vivre compte tenue de la mauvaise image que l'entourage ait à leur égard, elles mènent une vie en cachette, souvent isolées, elles ont honte d'elles-mêmes et se sentent neutres. L'analphabétisme reste un réel problème et représente la cause principale de cette maladie. Partout et tout le monde se penche sur la réparation physique de la fistule, ignorant l'aspect psychologique et l'insertion sociale de ces victimes.

Ces femmes, victimes de cette maladie ont besoin d'une aide psychosociale, d'un service de counseling et un travail de fond dans l'accompagnement psychosocial dans les

hôpitaux et centres de prise en charge pour une bonne intégration sociale mais aucun regard n'est porté sur ce côté. Ce sujet qui relève du domaine de la santé implique aussi d'autres disciplines connexes afin d'apporter quelques solutions palliatives à ce problème récurrent. Ces femmes, pour une construction mentale et sociale, ont besoin d'une prise en charge psychosociale et un accompagnement psychologique afin de se sentir soulagés de leur mal. Il s'agit de recourir aux théories et adopter des stratégies plus congruentes dans la pratique de l'intervention pour juguler en partie cette maladie dans le milieu social. Cette étude a pour finalité d'amener les acteurs institutionnels de la santé, les Etats, les ONG qui œuvrent dans la lutte contre cette maladie, les étudiants à s'approprier de nouveaux outils d'intervention pour sensibiliser la population sur l'éducation à la santé communautaire et publique, faire face à ce mal qui détruit la couche vulnérable.

Le but ultime de cette étude est de parvenir finalement de chercher à savoir les méthodes de prise en charge et comment se fait la prise en charge, la stratégie d'intervention mise en place par le Centre National de Traitement des Fistules Obstétricales de N'Djamena auprès de ces femmes fistuleuses. Evaluer cette mission dans le cadre de l'intégration sociale de ces patientes. Cette étude nous permettra d'avoir des dispositifs dans le domaine d'accompagnement psychosocial de ces femmes et de développer la stratégie d'intervention auprès de celles-ci. Les campagnes de sensibilisation dans les provinces, les villages et ferriques (villages des peuls au Tchad), identifier les zones cibles afin de combattre le mal à la racine, les débats publics sur la menace de cette pathologie, l'éducation à la santé, et les différents maux sociaux qu'elles sont victimes.

1.5. QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESE GENERALE DE L'ETUDE

Selon Paul N'DA. (2015), les questions de recherche explicitent et approfondissent le sujet et précisent le problème à l'étude. L'objet même de la recherche, c'est le problème identifié qui subit un questionnement élaboré et dont l'étude est susceptible de contribuer à l'avancement des connaissances. La question doit être cruciale, essentielle par rapport au problème de recherche, et donc par rapport au sujet. Pour ne paraphraser Michel Beaud, la question de recherche ne doit pas être à côté du sujet, ou décalée, désaxée par rapport à lui. Pour rendre plus explicite le sujet, au cours de notre étude, nous allons poser une question principale et trois questions spécifiques qui nous aideront comme fil conducteur de ce travail.

Selon (GRAWITZ, 1990) : « l'hypothèse est une proposition de réponses à la question posée. Elle tend à formuler une relation entre des faits significatifs ». C'est un énoncé

affirmatif, elle établit une relation qu'il faudra vérifier en la soumettant ou en la comparant aux faits. Pour (Tsala Tsala, 1992), l'hypothèse est une affirmation provisoirement suggérée comme explication d'un phénomène. Une hypothèse est donc une affirmation provisoire concernant la relation supposée entre deux ou plusieurs variables et qui, après l'expérimentation peut être confirmée ou infirmée.

1.5.1. Question de recherche

La question de recherche donne des indications sur ce qu'il faut résoudre au cours du travail de recherche, elle permet de structurer le travail. Elle est la question à laquelle le mémoire va répondre, elle découle de la problématique qui, elle met en exergue "un problème".

Qu'elles sont les stratégies d'intervention qui peuvent contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena ?

1.5.1.1 Question de recherche secondaire

QS1 : Est-ce que les techniques d'assistance sociale peuvent contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena ?

1.5.1.2- Question de recherche secondaire

QS2 : Est-ce que l'assistance médicale peut contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena ?

1.5.1.3- Question de recherche secondaire

QS3 : Est-ce que l'assistance communautaire peut contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena ?

1.5.1.4. Question de recherche secondaire

QS4 : Est-ce que le suivi psychologique peut contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena ?

1.5.1.5- Hypothèse générale

L'hypothèse générale traduit le sens et la portée de la recherche en affirmant la proposition globale de relations entre variables à vérifier à l'épreuve des faits.

Nous formulons en guise de réponse anticipée à notre question de recherche, l'hypothèse générale suivante : « *Les stratégies d'intervention qui peuvent contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale : cas du centre national de traitement de la fistule obstétricale de N'Djamena.* »

1.5.1.6- Hypothèse secondaire

HS1 : Les techniques d'assistance sociale peuvent contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

1.5.1.7- Hypothèse secondaire

HS2 : L'assistance médicale peut contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

1.5.1.8- Hypothèse secondaire

HS3 : L'assistance communautaire peut contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

1.5.1.9- Hypothèse secondaire

HS4 : Le suivi psychologique peut contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

1.6. OBJECTIFS ET BUT DE L'ETUDE

Il s'agit de déclarations affirmatives qui expliquent ce que le chercheur vise, cherche à atteindre. Les objectifs expriment l'intention générale du chercheur ou le but de la recherche

et spécifient les opérations ou actes que le chercheur devra poser pour atteindre les résultats escomptés N'DA, P. (2015).

1.6.1- Objectifs de l'étude

Nous voulons à travers cette étude ; Évaluer l'impact de certaines stratégies d'intervention sur l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

1.6.1.1. Objectif spécifiques

OS1 : Déterminer si les techniques d'assistance sociale peuvent contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

1.6.1.2. Objectif spécifiques

OS2 : Montrer l'influence de l'assistance médicale sur l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

1.6.1.3. Objectif spécifiques

OS3 : Évaluer l'impact de l'assistance communautaire sur l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

1.6.1.4. Objectif spécifiques

OS4 : Évaluer l'impact du suivi psychologique sur l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

1.6.2. But de l'étude

Notre but est d'offrir à la communauté internationale et scientifique une banque de données susceptibles de le situer sur l'un des problèmes exacts de l'intégration des femmes victimes de fistule obstétricale. Notre étude constitue ainsi une base de données pour les recherches ultérieures sur la stratégie d'intervention et plus précisément sur la résistance au changement de comportement sociale face aux femmes victime de fistule obstétricale.

1.7. INTERETS ET PERTINENCE DE L'ETUDE

1.7.1 Intérêt de l'étude

Le sujet qui fait l'objet de ce travail de recherche est d'actualité aujourd'hui dans le monde, en Afrique et au Tchad en particulier. Notre étude est orientée surtout au Centre National de Traitement des Fistules obstétricales (CNTF) de N'Djamena où s'effectue un travail scientifique à l'égard des femmes victimes des FO pour leur donner un peu de sourire.

D'abord l'intérêt de notre étude est scientifique, comme tout autre travail de recherche, nous allons nous appuyer sur les écrits existants, les mémoires, articles, les journaux et les travaux des scientifiques qui se sont penchés sur la question de la santé de la femme, tous les documents scientifiques qui traitent le problème de la FO. Cette problématique retient l'attention de tous les décideurs de la santé publique, les organisations internationales de la santé et plusieurs partenaires des pays. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le partenaire privilégié qui s'occupe de la santé publique, dans sa recommandation concernant les soins prénatals met plus l'accent sur la santé maternelle et demande aux autorités en charge de la santé de mobiliser les moyens matériels et humains pour que la grossesse soit une expérience positive (outil de counseling, 18 décembre 2018). Cette interpellation de l'OMS ait un intérêt pour le monde scientifique de pencher à au moins un aspect de la santé de la femme pour enfin éradiquer la fistule obstétricale dans notre pays. Ces femmes sont souvent condamnées à la dépression, à l'isolement social et à une aggravation de la pauvreté, souligne le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). Il est important pour nous, étudiants en Intervention et Action Communautaire d'orienter notre étude sur cette question de l'intégration sociale de ces femmes victimes des FO et la manière dont les institutions en charge du traitement de cette maladie viennent en aide à ces femmes. L'objectif pour nous est d'évaluer la mission assignée à ce centre et d'analyser les stratégies d'intervention mises en œuvre par ce centre pour aider cette population vulnérable. Le but de ce travail est de faire un travail scientifique, qu'il soit un outil d'édification, de sensibilisation de la population dans le milieu social. Il est question de faire recours aux théories et techniques de recherche en intervention et action communautaire pour finaliser ce travail qui serait mis à la disposition des étudiants qui pourront bénéficier de son caractère scientifique, le résultat de cette recherche et à la communauté scientifique. Par le biais de cette étude, faire connaître les enjeux de cette maladie dont souffrent les femmes. Ce travail nous permettra de chercher à connaître les méthodes, stratégies et moyens mis en œuvre pour le traitement, la prise en

charge médicale et psychosociale des patientes de fistule. Mais aussi de connaître les problèmes d'ordre éducatif, environnemental et sanitaire de la population, dans leur milieu social afin de proposer des solutions palliatives. Notre étude a un caractère scientifique comme tout autre travail de recherche. Il faut noter que la FO fasse l'objet de plusieurs études scientifiques dans le monde. Plusieurs spécialistes se sont consacrés à la recherche de solutions à cette pathologie. Nous ne remettons pas en cause leurs méthodes, cependant, nous pensons que l'aspect psychosocial manque. Notre travail participera scientifiquement à combler ce vide. Ce sera aussi l'occasion pour nous d'apprendre pratiquement l'utilisation des théories et méthodes de la psychologie sociale.

Ensuite, le second intérêt de ce travail est social. Ayant constaté la marginalisation, l'abandon, le rejet de ces femmes dans la société, il est urgent de mettre sur pieds des services compétents pour aider cette couche défavorisée. Dans un article publié par Pan African Medical Journals (PAMJ) le 06 Avril 2020, il est remarqué que 50% des femmes ont été abandonnées par leurs conjoints. La longue durée de la perte incontrôlée d'urines pourrait justifier cela. En effet, les fortes odeurs repoussent le voisinage. La tendance à se cacher a été retrouvée dans 36% de cas. Cela pourrait se justifier par le fait que certaines patientes ont été humiliées du fait des représentations sociales et des stéréotypes sur la maladie et l'image de la femme. A Maroua au Cameroun, un résultat similaire, 32% avait déjà été rapporté. Ces résultats constituent des preuves supplémentaires de la grande souffrance dont sont victimes les femmes qui vivent avec une FO. Au vu de ces écrits sur la représentation sociale, l'objectif serait de disposer ce travail comme un moyen de sensibilisation de la population, de dénoncer la marginalisation que sont victimes ces femmes, d'éducation à la santé, un outil d'édification du public sur la problématique de la FO. Par cette étude, nous voulons chercher à comprendre ce que les femmes victimes des fistules vivent pendant leurs processus de traitement et de la réparation dans leurs milieux de vie. Sur le plan social, beaucoup de travaux sur la fistule se basent sur la réparation physique. C'est-à-dire la prise en charge médicale. Cependant, nous nous rendons compte aujourd'hui que la prise en charge médicale seule n'est pas suffisante. Notre travail va fournir des données nécessaires pour assurer la prise en charge psychosociale. Elle peut se concrétiser par la mise en place des services de counseling et d'accompagnement psychosocial des femmes fistuleuses.

Enfin, l'intérêt psychologique nous permettra d'avoir recours aux théories psychologiques afin d'intervenir auprès de ces femmes qui souffrent après la réparation chirurgicale. Cette étude nous aidera à connaître les mécanismes psychiques et de mettre en

pratique notre connaissance dans le domaine. Les patientes ont donc besoin d'un counseling préopératoire et un suivi après l'opération, d'une éducation adaptée et adéquate visant à améliorer leurs états psychologiques et leurs santé physiques. Cette méthode permettra aux femmes atteintes des fistules d'améliorer aussi leurs capacités d'estime de soi, de parler à leurs familles et à la communauté à propos de la fistule (Johnson 2010). La réinsertion dépend fortement de la restauration de l'état physique, psychosocial et économique de la femme après la fistule afin d'éviter le vicieux de la FO. L'intérêt est de proposer un service de counseling, d'accompagnement psychosocial et psychothérapeutique pour aider ces femmes à une bonne intégration sociale. Cette intégration sociale permet de briser le cycle de récurrence de la fistule dans laquelle l'état physique de la femme est inextricablement lié à son état mental et à sa situation socio-économique.

1.7.2 Pertinence de l'étude

Ce sujet est pertinent par ce qu'il entre dans le champ de la filière Intervention Orientation et Education Extrascolaire (IOE) et précisément dans la spécialité Intervention et Action Communautaire (IAC). En lien avec les axes d'intervention de cette spécialité, la souffrance des femmes victimes des FO après une observation, un constat dans le milieu social, dans les médias et les réseaux sociaux, nous amène à se rendre compte que la fistule obstétricale reste jusqu'à présent une maladie grave et continue à mettre à mal les femmes.

Prenant appui sur l'étude menée et publiée par PAMJ (2020, P. 3) dans son article *« besoin en réinsertion psycho-sociale et économique des patientes opérées de fistule vésico-vaginale au Cameroun »*, le besoin de prise en charge psychologique est un sérieux problème pour ces femmes : « Pour ce qui est des besoins psychologiques non couverts, les besoins psychologiques non couverts étaient dominés par la paucité (moins) de counseling focalisé en cas du décès périnatal 5/37 (13,5%), la paucité du counseling en cas d'abandon par la famille/conjoint, 9/28 (32,1%), la paucité de counseling spécifique en cas d'idée suicidaire 2/16 (12,5%) et l'absence de prise en charge des patientes avec anxiété/dépression. Le même constat a été fait pour les patientes avec décès du nouveau-né 86,5% (32/37) et les patientes abandonnées 67,9% (19/28), aucune des femmes présentant une dépression et/ou une anxiété n'a été suivie par un psychologue/psychiatre ». Cette maladie qui crée la stigmatisation aux victimes dans le milieu social, une source de marginalisation de l'entourage amène ces femmes à se sentir des personnes à part entière et ne sachant où aller. Négligées, abandonnées par leurs maris, rejetées par leurs familles,

entourages, ces femmes vivent la psychose dans leurs cœurs, stressées à tout moment, condamnées à la dépression mais n'ayant aucun soutien psychologique. Cette situation fait mouvoir tout le monde, les organisations internationales, les autorités à se pencher sur la réparation physique de cette maladie mais la construction psychosociale reste négligée. C'est ainsi qu'elle attire notre attention et suscite en nous une motivation de nous pencher sur cette problématique particulière qui est la construction psychosociale de ces femmes.

En 2005, sur 529000 cas de décès d'une jeune fille ou d'une femme durant un accouchement, 99% se sont produits dans des pays en développement, dont 48% chez les femmes Africaines, alors que seules 17% des naissances ont lieu sur le continent Africain qui ne constitue que 12% de la population mondiale. La mortalité néonatale, souvent liée aux conditions de suivi et de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, c'est de 45 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes en Afrique et il est de 05 pour 1000 dans les pays industrialisés (OMS, UNFPA, Maternal Mortality 2000, cité par Frédéric ULLMANN Mémoire 2008-2009). Ce problème de santé maternelle fait rage dans le milieu pauvre, donnant le dégoût aux victimes, souvent isolées, la plupart d'entre elles éprouvent l'idée de suicide. L'OMS estime qu'en plus de 529000 cas de décès annuel durant un accouchement, 10 à 15 millions de femmes vont développer des infirmités conséquentes à leurs grossesses ou aux accouchements.

Comme partout d'ailleurs, au Tchad, cette maladie menace dangereusement les femmes du monde rural. La lutte contre la FO se fait de manière sectorielle.

En 2011, un Centre National de Traitement des Fistules Obstétricales est ouvert à N'Djamena pour la prise en charge de cette maladie. Ce centre signe de partenariats avec les ONG qui œuvrent dans le domaine de la santé maternelle afin de s'occuper des victimes de FO. Issue la plupart du milieu défavorisé, l'ouverture de ce centre leur donnerait un peu de sourire mais malheureusement, le coût de l'opération empêche la plupart d'entre elles de bénéficier de ce service qui devrait être gratuit. Selon la coordinatrice du Programme National de Lutte Contre la FO, le Dr Aché Haroun ; « *les femmes qui vivent dans les zones rurales sont les plus exposées, à plus de 90%. Elles sont jeunes, pauvres et illettrées, elles ont un accès limité aux soins médicaux. Beaucoup d'entre elles n'ont pas recours aux services de traitements, soit parce qu'elles ne savent pas que la FO peut être guérie, soit parce qu'elles ne peuvent pas honorer le coût de l'opération* ». Cette situation liée à la pauvreté, l'analphabétisme et au mariage des enfants qui reste jusqu'aujourd'hui une norme dans

certaines cultures malgré son interdiction par la loi, nécessite un travail de fond dans la couche vulnérable afin d'endiguer en partie cette pathologie. Lors de l'Atelier organisé au Séminaire Saint Luc de BAKARA (N'Djamena), du 21 au 23 Août 2014, le rapport présenté par les partenaires (revue à mi-parcours du programme de coopération Tchad-UNFPA 2012-2016) dénombre les femmes victimes de FO traitées à 1200 à 1950 et 620 préopératoires. Vu le nombre croissant des victimes, l'existence de cette maladie est un réel problème qui nécessite une forte mobilisation, la fréquence croit chaque jour, la lutte à travers les sensibilisations dans toute l'étendue du territoire serait nécessaire. Parmi les maladies réputées dangereuses au Tchad, la FO occupe une place non négligeable.

1.8. LIMITES ET TYPE D'ETUDE

Pour la clarté de notre étude, il serait nécessaire de circonscrire notre champ d'étude. Le champ d'étude est un espace auquel le chercheur doit mener une investigation sur un phénomène, un problème en vue d'apporter une réponse. La délimitation est l'action de circonscrire le champ d'étude dans l'espace géographique précis, dans une période déterminée et dans une discipline précise. Sans prétendre cerner ce sujet dans toute sa globalité, Grawitz cité par Nana Njiki Derrick dans son mémoire de master (2017) affirme que « la science n'est ni un acquis définitif, ni une initiation confidentielle à l'interprétation des textes sacrés. La vérité est une conquête et le savant n'est plus celui qui sait mais celui qui cherche » (1986 :52). C'est dans cet esprit de recherche que nous allons circonscrire notre terrain d'étude pour une clarté et aborder le problème que nous attendons apporter une réponse.

Délimitation thématique, notre étude porte sur un sujet d'actualité et porteur. Les pays en voie de développement ne cessent de se mobiliser au sujet de la santé maternelle, le sujet qui fait l'objet de notre étude s'inscrit dans cette optique. Nous parlerons des « Stratégies d'interventions et intégration psychosociale des femmes victimes de fistule obstétrical. ». Cette recherche s'appuie sur les analyses, les écrits de nos prédécesseurs et le monde scientifique qui traite ce phénomène considéré comme la maladie des pauvres et ses enjeux, sa dangerosité dans la vie de la population.

Délimitation temporelle, cette étude couvre un travail de master qui s'étend sur une année, elle s'inscrit dans une période de 2011 à 2022. Cette période marque le début de la lutte franche contre la FO avec la création du CNTF à N'Djamena avec les quatre unités dans les quatre provinces du pays par le gouvernement Tchadien. Cette étude veut s'inscrire dans ce temps présent et dans le mouvement actuel en évaluant les stratégies et les méthodes de prise

en charge de la femme victime de FO au Tchad. Elle concerne les femmes ayant la tranche d'âge allant de 12 à 35 ans. Ces femmes qui ont encore besoin de vivre dans le foyer avec leurs maris, elles ont besoin de l'affection, de l'attention, de vivre en famille sont obligées de vivre isolées.

Délimitation spatiale, elle permet de circonscrire et situer très clairement notre zone d'étude, mais il est difficile car le centre reçoit les patientes venant de toutes les provinces du pays et certaines du Cameroun (Kousséri). Néanmoins, il est nécessaire de situer ce centre selon sa position géographique dans la ville de N'Djamena. Le Centre National de Traitement des Fistules obstétricales de N'Djamena (CNTF) est implanté dans le 6eme arrondissement de la ville de N'Djamena. Il est limité au Nord par l'avenue Charles de Gaulles qui le sépare avec Gredia (champ de fil), au Sud par le quartier Moursal, à l'Est par le Programme Sectoriel de Lutte contre le Sida (PSLS) et à l'Ouest par l'Eglise Fraternelle Luthérienne Paroisse de Francophonie.

Dans chaque domaine d'étude, il existe divers types de recherches, pour notre cas, nous avons choisi la recherche qualitative de type exploratoire et descriptif. Elle est descriptive parce que nous essayons dans ce travail de mettre à la connaissance des acteurs du Centre National de Traitement des Fistules obstétricales et d'autres acteurs sociaux les éléments perceptibles dans la qualité d'intervention et de la prise en charge psychosociale et d'autres services d'accompagnement auprès des femmes victimes de fistule obstétricale. Or, la nature exploratoire de notre recherche vient du fait que, nous avons voulu décrire les facteurs comportementaux qui, dans la vie quotidienne des victimes de fistule, ont un impact négatif sur l'intégration sociale de la femme victime de fistule, tout en faisant une descente sur le terrain. D'une manière générale, notre étude étant qualitative, elle est basée sur une approche systématique de collecte et d'analyse des informations obtenues à partir d'un échantillon de la population. Elle s'attèle à fournir les résultats valides sur le plan descriptif.

1.9. DEFINITION DES CONCEPTS CLES DE L'ETUDE

Cette partie est consacrée exclusivement à la définition des concepts clés de l'étude. Pour définir un concept, nous tiendrons compte de nos objectifs avant de préciser le sens ou la signification que nous retiendrons dans le cadre de notre étude.

1.9.1- Définition de stratégie d'intervention

Selon Giorgio Agamben, le dispositif est tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants.

1.9.2- Définition de la psychosociale

Allport (1923) : « la psychologie sociale a pour objet l'étude des relations réelles ou imaginées de personne à personne dans un contexte social donné, en tant qu'elles affectent les personnes impliquées dans cette situation ».

L'auteur propose la définition suivante : « La psychologie sociale est un domaine de la psychologie qui étudie les relations et les processus de la vie sociale inscrits dans les formes organisées de la société (groupes, institutions...), d'une part, et pensés et vécus par les individus, d'autre part ; l'approche du sociale comme ensemble de processus relationnels met en lumière la nature dynamique des conduites et des phénomènes sociaux, qui se traduit par l'importance des influences sociales et la valeur des représentations en œuvre dans un contexte déterminé.

1.9.3- Définition de la fistule obstétricale

La fistule obstétricale est l'une des lésions les plus graves et les plus dangereuses susceptibles de survenir lors d'un accouchement. Il s'agit d'une perforation entre le vagin et la vessie ou le rectum, due à un arrêt prolongé du travail en l'absence de soins obstétricaux. Elle provoque une fuite d'urine et/ou de matières fécales par le vagin, et entraîne à plus long terme des problèmes médicaux chroniques. Les femmes qui en souffrent sont souvent condamnées à la dépression, à l'isolement social et à une aggravation de la pauvreté.

1.9.4- Définition de l'intégration sociale

L'intégration est la résultante d'un processus d'apprentissage et de développement qui implique : une fonctionnalité dans l'exécution de rôles sociaux appropriés à son groupe d'âge (travailleur, étudiant, ami, partenaire amoureux, citoyen) et à ses capacités ; une appartenance à des groupes dont le fonctionnement respecte les règles, les valeurs et les normes, morales et légale, ainsi que des relations adéquates, stables et réciproques avec ces groupes (dimension objective) dans lesquelles on se sent apprécié et investi en tant qu'individu (dimension subjectives

CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

Pour rendre compréhensible le problème à aborder, il est nécessaire de clarifier les concepts qui sous-tendent, c'est dans ce sens que Cohen cité par Akoulouze (1993) affirme que « la définition des concepts permet de faciliter la communication et de promouvoir un usage commun des termes contenus dans le sujet de recherche ». C'est dans le même ordre d'idée que Durkheim (1962) cité par Tsafack (1998.17) se réclame de dire que « la première démarche du sociologue doit être de définir les choses qu'il traite afin que l'on sache bien de quoi il est question ». Cette préoccupation de concision amène la fondation pour le développement en Afrique (1993.11) à dire que la conceptualisation est « le fait d'affirmer et de préciser ses concepts, c'est-à-dire le stade auquel est spécifié précisément la signification des termes clés utilisés dans la formulation du problème de recherche » (Nana Njiki Derrick, mémoire 2017). Pour que notre recherche, l'étude soit bien appréhendée dans notre logique conceptuelle, il est nécessaire de définir ou clarifier les concepts clés de notre sujet : dispositif, prise en charge, psychosociale, fistule obstétricale et intégration sociale.

2.1. LE CONCEPT STRATEGIE D'INTERVENTION

La stratégie d'intervention, bien que souvent confondues avec les concepts d'intervention et de programme, sont des éléments distincts quoique complémentaires. En effet, une stratégie d'intervention peut être définie comme étant un savoir-faire basé sur une série de règles précises mises en évidence par des pratiques (Legendre, 1993). Tout comme il existe des stratégies entourant diverses activités humaines, il existe des stratégies spécifiques à l'intervention sociale. Historiquement, elles ont d'abord été systématisées par Fritz Redl et David Wineman (1964) sous l'appellation « Technique de maniement des comportements ». D'après ces pionniers de l'intervention sociale, la stratégie d'intervention a pour but de s'attaquer au comportement lui-même sans faire une recherche clinique de ses causes. Elles sont des interventions immédiates, des « techniques éducatives simples », visant à manipuler et à résoudre une problématique comportementale dans l'ici et maintenant (Wineman et Redl, 1964, p.142). Autrement dit, elles constituent des moyens visant à diminuer un comportement indésirable. Elles répondent à la question: «Comment dois-je l'empêcher d'agir ainsi? ». Dans le même ordre d'idées, le dictionnaire Larousse (2015) définit la stratégie intervention comme étant « une manière de faire pour obtenir un résultat ». En somme, l'objectif visé justifie les stratégies d'intervention mises en place pour l'atteindre, tel le propose le vieil adage : « la fin

justifie les moyens ». Cette notion a, par la suite, été reprise et affinée au sein de divers milieux d'intervention.

Dans le champ de la pratique en psychoéducation, Gendreau définit les stratégies d'intervention comme étant « des moyens pouvant mettre en relation le jeune avec lui-même, avec les autres, avec la réalité extérieure et avec la personne de l'éducateur » (1968, p 54). Elles sont intégrées à la composante « moyens de mise en interaction » de la structure d'ensemble puisqu'elles permettent de favoriser la participation de l'individu au programme et à l'intervention en visant principalement la gestion des comportements (Gendreau, 2001; Renou, 2005). D'ailleurs, cette définition est grandement similaire à celle proposée en éducation spécialisée. Selon Capul et Lemay (1996), elles sont décrites comme des interventions sur-le-champ, dans l'ici et maintenant, qui visent à résoudre des symptômes négatifs d'un individu, autrement dit, à diminuer les problématiques comportementales. Dans le domaine de l'éducation, les stratégies d'intervention permettent principalement d'apporter un soutien réel aux élèves en difficultés afin que ceux-ci se centrent sur l'impact de leurs comportements. Elles se basent sur les faits plutôt que sur les raisons et les interprétations expliquant une action. Plusieurs auteurs affirment que le principal bénéfice à faire usage de stratégie d'intervention systématisées et clairement définies est que cela permet de « nommer et valider des gestes posés quotidiennement » (Trudeau *et al.* 1997, p.92). Massé, Desbiens et Lanaris (2006) soulignent que l'intervention est utilisée afin de « prévenir certains comportements ou pour résoudre des situations problématiques » (p.157). En d'autres mots, c'est une intervention concrète ayant pour but de permettre à l'enseignant de « garder le contrôle de sa classe, de fournir de l'aide aux élèves sans pour autant prendre une attitude coercitive » (p.160). Elles sont ainsi complémentaires aux techniques pédagogiques employées par l'enseignant. Enfin, dans le domaine de la psychologie, les stratégies d'intervention prennent un sens beaucoup plus large puisqu'elles englobent une panoplie d'actions utiles à améliorer le bien-être d'un individu ou d'un groupe, à actualiser leur potentiel et ce, autant dans l'ici et maintenant qu'à long terme (Balou, 1995). Dans ce domaine, les objectifs visés par les stratégies d'intervention dépassent largement la gestion des comportements. Elles comprennent des techniques d'entrevues, des techniques d'écoute, etc.

Pour situer les stratégies d'intervention par rapport aux autres concepts psychoéducatifs, il est intéressant de définir les termes intervention et programme. D'une part, le terme intervention peut être défini comme « une activité ou une technique propre à une

discipline visant à prévenir, à soulever ou à régler des problèmes physiques ou psychologiques de personnes ayant des difficultés ou des incapacités » (Atlan, 2014). D'autre part, le programme, selon Gendreau (1978, 2001), concerne plutôt les activités qui sont offertes au sujet par le milieu d'intervention. En d'autres mots, le programme est le contenu de l'intervention. En somme, le terme « stratégie d'intervention », tel qu'il est employé dans le domaine de la psychoéducation, revêt généralement un caractère ponctuel et concret. Les stratégies d'intervention visent principalement à prévenir ou à résoudre des problématiques comportementales précises dans l'ici et maintenant. En plus de ce rôle, elles évoluent en parallèle dans le cadre d'objectifs à atteindre visant la réadaptation d'un individu ou un groupe.

2.1.1 Objectifs des stratégies d'intervention

Les stratégies d'intervention ne sont jamais une fin en soi et poursuivent toujours un objectif. Traditionnellement, en psychoéducation, les stratégies d'intervention visent deux principaux objectifs. D'abord, elles ont un rôle de protection. Par exemple, lorsqu'une personne manifeste des comportements indésirables et menace ainsi sa propre sécurité ou celle d'autrui, l'importance est d'agir dans l'ici et le maintenant en utilisant des stratégies efficaces pour empêcher que la situation s'aggrave. De ce fait, le recours à une thérapie entraînant des modifications de comportements à long terme ne suffit pas pour faire cesser le problème rapidement. Pour les personnes devant faire face régulièrement à une panoplie de comportements inadéquats, autant dans leur métier que leur vie personnelle, il est nécessaire de trouver des stratégies d'intervention efficaces à court terme permettant de réduire les impacts négatifs des comportements problématiques rencontrés (Gendreau, 1978).

Leur second rôle est celui de la réadaptation. Même si une stratégie d'intervention permet de diminuer les comportements problématiques de l'individu dans l'immédiat, il est important de s'interroger à savoir si elle est adéquate dans le cadre d'un plan d'intervention et dans un objectif de réadaptation à long terme. Dans l'exercice de ses fonctions, l'intervenant utilise des stratégies afin de favoriser l'apparition de comportements alternatifs socialement plus acceptables permettant une meilleure adaptation du sujet dans son environnement. Il serait donc inutile d'utiliser des stratégies d'intervention dont «le prix payé pour influencer le comportement était la destruction de la tâche thérapeutique qu'il s'est assignée» (Redl & Wineman, 1971, p.143-144). Intervenir dans le but de «contrôler par des interdits et provoquer l'inhibition de l'action, plutôt que d'enclencher un processus de conscientisation»

(Renou, 1999, p.301) du sujet sera toujours une pratique défavorable à faire à long terme. Autrement dit, le fait d'employer des stratégies d'intervention causant des effets secondaires nuisant à l'atteinte des objectifs d'un plan d'intervention est une pratique sujette à être réévaluée afin d'en venir à soutenir l'individu dans sa croissance personnelle.

2.1.2 Le concept psychologie sociale

La psychologie sociale ou psychosociale selon Serge Moscovici « est la science du conflit entre l'individu et la société ». Pour plus de clarté l'auteur s'exprime de manière explicite dans cette formule : la psychologie sociale est la science des phénomènes de l'idéologie (cognitions et représentations sociales) et des phénomènes de communication. Et aux divers niveaux (Doise, 1982) des rapports humains : rapport entre individus, entre individus et groupes et entre groupes.

Psychosocial est un terme qui décrit chez une personne, son développement psychologique et son interaction dans un environnement social. Il existe en sciences humaines une variété d'approches au confluent des champs psychologiques et sociaux. L'une d'entre elles concerne le domaine de l'assistance aux personnes en cas d'événement critique, comme une catastrophe. L'assistance psychosociale est une démarche qui vise au rétablissement des personnes à travers une approche collective centrée sur la connaissance des besoins individuels et du processus de deuil.

Appui psychosocial est le nom donné à une démarche à la frontière du domaine de la psychologie de crise, de la victimologie et des secours. Cette démarche vient en aide aux victimes d'évènements critiques (catastrophe, accident majeur, acte terroriste) pour permettre, si nécessaire, que le vécu potentiellement traumatique soit assimilable par le groupe ou les personnes touchées. En d'autres termes, l'appui psychosocial entre en jeu pour prévenir et soulager les blessures morales encourues consécutives aux catastrophes ou évènements violents.

Le nom psychosocial fait référence à une méthode qui débute de préférence par un abord collectif pour favoriser le bien-être psychique des individus. La démarche psychosociale n'est pas une action psychologique ni psychothérapeutique même si ses principes d'action s'inspirent des acquis de la psychologie et de la psychothérapie. Le soutien psychosocial aux victimes de catastrophe fonctionne selon le principe de bienveillance et à ce titre n'est pas une prise en charge de la personne ou des personnes affectées.

Un des pères de la démarche est Henri_Dunant, fondateur de la Croix-Rouge, qui lors de sa fameuse intervention après la bataille_de_Solferino prit soin des blessures physiques et donna du bien-être aux blessés en rédigeant sous leur dictée des messages à leur proches, en leur fournissant du tabac, en mettant en relation les blessés et leurs familles. Aujourd'hui encore la Croix-Rouge est une pionnière de l'appui psychosocial.

2.3. LA FISTULE

La fistule est un canal, un trajet irrégulier allant de la muqueuse rectale à la marge de l'anus et faisant communiquer l'une de ces surfaces, ou toutes les deux, avec la cavité d'un abcès péri-anal. C'est un canal pathologique qui met en communication directe et anormale deux viscères avec la peau, Larousse (2019, P. 501).

La fistule, selon le dictionnaire des termes techniques de médecine, c'est un trajet, congénital ou accidentel, livrant passage à un liquide physiologique ou pathologique, et entretenu par l'écoulement même de ce liquide.

2.4. LA FISTULE OBSTETRICALE

La fistule obstétricale se définit comme une mauvaise communication acquise (trou) entre la vessie et le vagin (fistule vésico-vaginale), (FVV), parfois entre vagin et rectum (fistule recto-vaginale), (FRV) survenue après un accouchement prolongé ou bloqué, se manifestant par une perte permanente des urines ou matières fécales à travers le vagin (BANGSE 2006 ; Cook et al. 2004) cités par ADURAGBEMI BANKE Thomas Juin 2013.

La FO est une blessure d'accouchement, se produisant habituellement lorsqu'une femme est en travail trop longtemps, ou lorsque l'accouchement est obstrué, et qu'elle n'a pas accès à une césarienne. Elle subit des blessures internes qui la rendent incontinente, libérant de l'urine et parfois de la matière fécale à travers le vagin (Agence américaine pour le développement international (USAID), fistula care 2012).

Selon l'OMS, la FO est une communication anormale entre le vagin, rectum et/ou la vessie qui peut se produire après un travail prolongé et un travail obstructif. Cela conduit à une perte continue d'urine et/ou de selles. Un orifice entre la vessie et le vagin est une fistule vésico-vaginale tandis qu'un orifice entre le vagin et le rectum est une fistule recto-vaginale (Tunçalp 2015). La compression prolongée de la tête du fœtus sur les tissus du bassin engendre un manque d'irrigation sanguine qui provoque la nécrose de la paroi vaginale,

formant un orifice entre le vagin et la vessie, entre le vagin et le rectum ou les deux à la fois. C'est ce que l'on appelle une fistule obstétricale.

Selon Docteur Aché Directrice du CNTF de Ndjamena, il s'agit d'une affection qui survient chez la femme lorsqu'à l'accouchement, le travail se prolonge pendant quatre ou cinq jours. La tête de l'enfant fait pression sur le bassin si longtemps qu'un trou peut se former entre le vagin et la vessie, ou entre le vagin et le rectum, ce qui provoque une incontinence urinaire ou fécale.

Pour Tebeu (2016), la fistule obstétricale est la présence d'une communication, soit entre l'appareil génital d'une femme et son appareil urinaire (fistule vésico-vaginale) ; soit entre l'appareil génital et le rectum (fistule recto-vaginale) due à un travail d'accouchement précipité, une manœuvre abortive, ou une cause iatrogène (accouchement instrumental, césarienne).

2.4.1 Les travaux relatifs à la fistule obstétricale

Pour une prise en charge adéquate de la fistule obstétricale en Afrique subsaharienne, quelques auteurs décrivent la défaillance du système sanitaire qui occasionne et rend vulnérable les femmes de cette partie de l'Afrique.

A. Diallo dans la Revue africaine d'urologie et d'Andrologie 2020, aborde la problématique de la Fistule vesico-vaginale. L'auteur souligne dans cette revue que la fistule vesico-vaginale comme une communication anormale et acquise entre l'appareil urinaire et génital. Pour lui, en Afrique Subsaharienne, les fistules urogénitales d'origine obstétricales sont très fréquentes et sont le reflet d'un système sanitaire défaillant, mais il existe aussi les fistules urogénitales liées à la chirurgie gynécologique. Parmi les différents types de fistules, la fistule vesico-vaginale est la plus dévastatrice dans la sous-région.

Depuis 2003, une campagne internationale coordonne le plaidoyer pour l'élimination des fistules, soutient les interventions de "prévention – traitement – réinsertion" et encourage la recherche scientifique. Toutes les dispositions sont prises sur papier pour l'éradication de cette maladie, mais ne se manifestent pas sur le terrain, les campagnes de sensibilisation et les caravanes d'opérations passent de façon périodique pourtant chaque jour, les femmes souffrent. La prévention, le traitement et la réinsertion prônée par toutes les corporations, si ce travail est fait, le taux de cette maladie ne restera pas croissant. La prise en charge

psychosociale ou le counseling qui devrait être un préalable dans le processus de traitement et de réinsertion est absent dans tous les sens.

En 2014, les Nations Unies annoncent qu'en douze ans 47 000 femmes ont bénéficié d'un traitement chirurgical; le 23 mai est déclaré "Journée internationale pour l'élimination de la fistule obstétricale". En une dizaine d'années, la fistule obstétricale passe du rang des maladies négligées à celui des problématiques de santé publique globale. Si la réparation physique, chirurgicale est une préoccupation de tous les décideurs de la santé, la prise en charge psychosociale qui est primordiale est omise, pourtant il est nécessaire de faire ce travail psychique, préparer l'esprit de la victime avant d'enclencher le processus de réparation physique. Il serait nécessaire que dans chaque hôpital obstétrique ou dans chaque centre de traitement, le service d'accompagnement et de counseling soit créé avec les psychosociologues, les psychothérapeutes en tête pour aider ces femmes avant, pendant et après la réparation physique ou chirurgicale.

PanAfrican Medical Journal, dans son article intitulé la fistule obstétricale dans la province du Haut-Katanga en République Démocratique du Congo (RDC) : à propos de 242 cas au département de gynécologie obstétrique, faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, publié le 16/01/2018, aborde les différents problèmes de la fistule dont souffrent les femmes.

Les fistules obstétricales constituent un problème majeur de Santé Publique dans les pays pauvres. L'objectif de ce travail est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des fistules obstétricales dans la province du Haut-Katanga, République Démocratique du Congo. L'étude est transversale descriptive, portant sur 242 patientes souffrant de la fistule obstétricale dans la province du Haut-Katanga durant la période allant de Septembre 2009 à Décembre 2013. Les paramètres étudiés étaient les données sociodémographiques maternelles, les paramètres obstétricaux et néonataux, les caractéristiques spécifiques de la fistule ainsi que les modalités et l'issue de la prise en charge. Il s'avère dans cette étude que sur 242 cas de fistules étudiés, le nouveau-né était décédé en période périnatale dans 93,4% des accouchements. L'âge moyen des patientes était de $27,9 \pm 10,3$ ans (27,9 plus ou moins 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. Il y a 7 patientes sur 10 avaient une parité inférieure à 3 et la parité moyenne était de $2,5 \pm 2,0$. Nonante cas c'est-à-dire 90% des cas avaient un niveau d'études bas et 95% vivaient seules. La fistule avait en

moyenne plus de 4,7±4,4 ans d'âge, était vésico-vaginale (96%), de type 2-3 (37%) et réparée par voie vaginale (67%). Le taux d'échecs était de 14%. La fistule obstétricale constitue un réel problème de Santé Publique dans notre milieu et mérite une réflexion profonde pour son éradication. Cette étude révèle tous les problèmes qui concernent la fistule obstétricale : la pauvreté, le mariage précoce, l'analphabétisme, les défaillances du système sanitaire. Aucune prévention n'est prévue, la prise en charge psychosociale malgré ce pourcentage élevé des cas n'est pas envisagée.

La fistule obstétricale, la notion de cette infirmité est une entité très ancienne. La première fistule a été décrite par Avicenne au X^{ème} siècle lors de l'examen de la momie Egyptienne Henhonit 2000 ans Avant Jésus Christ (AJC), il a fait la relation entre les fistules et l'accouchement.

L'année 1595, Louis de Mercada introduit la notion de "fistule", après cette année, en 1597, SPACH, Platter et Mercato décrivent de façon précise et proposent un traitement chirurgical des fistules. Les premiers principes de cure chirurgicale des fistules vésico-vaginales ont été publiés en 1663 par Hendricks Van Roohuyse de l'école gynécologique d'Amsterdam (il proposa vivement et la suture en bloc de la fistule).

La première cure chirurgicale connue ne date que de 1752, J. Fatio, qui expose le trou grâce à un spéculum, en dissèque les bords et les sutures par voie vaginale.

En 1832, Alfred Valpeau émit l'idée qu'on pourrait fermer les pertes de substances de l'urètre avec un bouchon de tégument.

En juin 1834, Jobert de Lamballe (1755-1865) ou prince de la chirurgie pratiqua la première opération d'élythroplastie par méthode Indienne, son procédé consistait à raviver la fistule et à combler la perte de substances à l'aide d'un lambeau cutané emprunté soit à la face interne de la cuisse, soit à la fesse.

Le 09 juin 1845, Jobert créa la cystostomie par glissement. Selon François Malgaigne (1806-1865), cette technique date une ère nouvelle pour les fistules vésico-vaginales ramenées au rang des lésions curables.

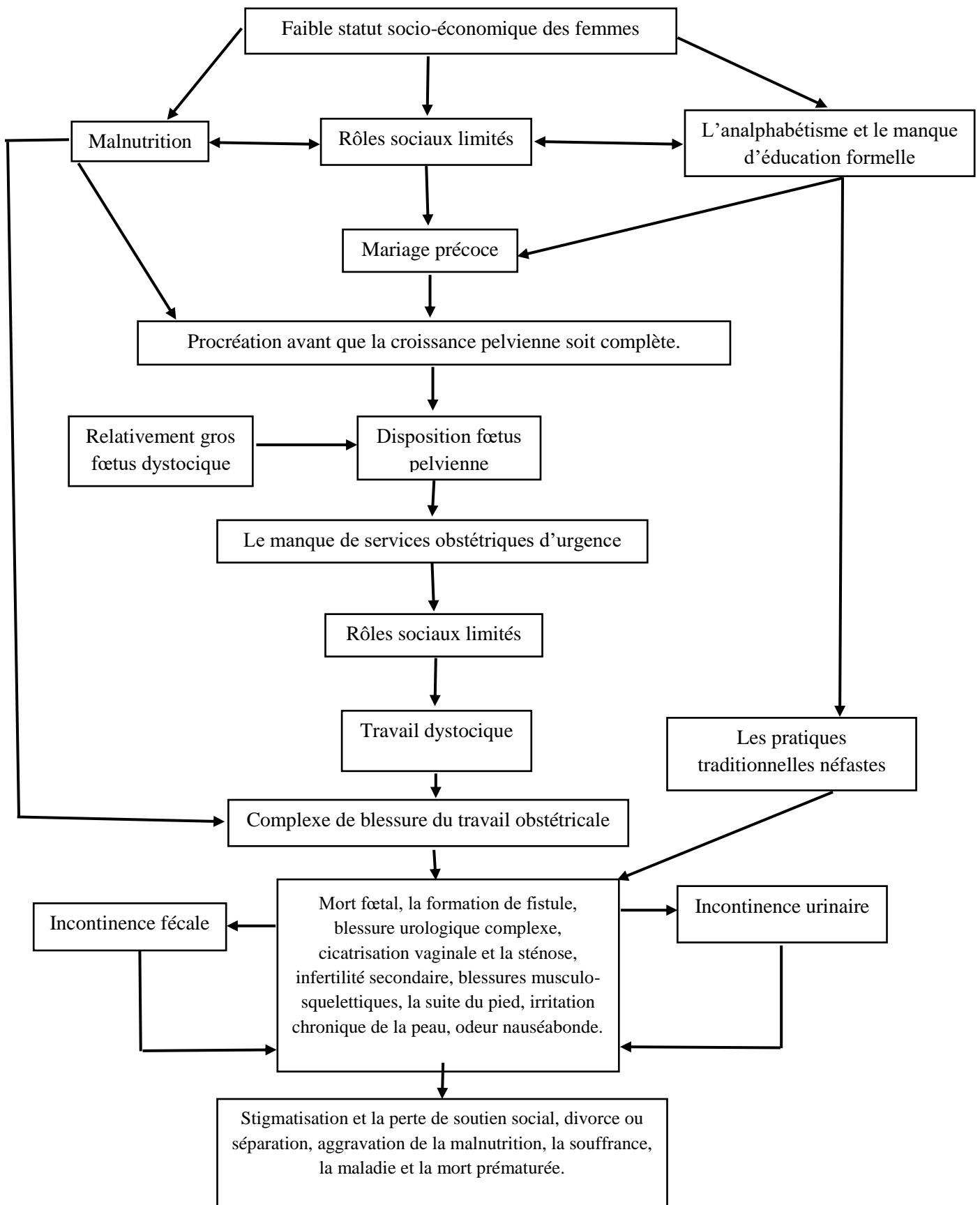
En 1851, Simon pratiqua la première dérivation urinaire en implantant les urètres au niveau du colon et proposa le cloisonnement vaginal colpodeisis en 1856.

Le dédoublement de la cloison vésico-vaginale avant la fermeture séparée des deux organes a été réalisé par Colis en 1857, Duboué en 1865 et Mackenrodt en 1894.

En 1881, Trendelbourg pratiqua la première cure par voie haute transvésicale décrite par Von Ditell en 1893, il proposa aussi le drainage de la vessie par cystostomie sous-pubienne. Legueu et Forgue eurent défini la voie trans-péritonéale en 1906.

Au XXème siècle, plusieurs chirurgiens, urologues, gynécologues vont par leur empreinte particulière révolutionner la chirurgie de la fistule. Couvelaire en 1939 (application de la voie vagino-périnéale proposée par Picot pour la chirurgie gynécologique par voie basse pour exposer par les fistules hautes à vagin étroit), Châtelain en 1964 (propose la mobilisation d'un lambeau vésical pour remplacer la perte de substance du trigone), Benche Kroun en 1976 (il proposa une vessie iléo-caecale continente), Symmon en 1978, Martius 1984 pour ne citer que celles-ci. En fait l'histoire de la fistule vésico-vaginale se confond avec le traitement chirurgical.

Figure 1: Aperçu et chemin de la fistule obstétricale.



Source : Tebeu (2012)

Ces facteurs de risque sont largement évitables et leur connaissance devrait informer le ciblage des mesures préventives. Dans un examen de systématique, 8,9 à 86% des patientes souffrantes de fistules étaient des adolescentes au moment de la prise en charge, Tebeu, (2012).

Comparativement aux européennes, les femmes africaines sont davantage prédisposées à une dystocie en raison de l'architecture relativement étroite de leurs bassinets. En réalité, dans certaines régions d'Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, où la FO est la plus courante, les femmes se marient et deviennent enceintes à l'adolescence. A ces âges, leurs bassins ne sont suffisamment développés pour permettre la procréation dans des conditions satisfaisantes, (UNFPA and Engender Health, 2003). Aussi on remarque une aggravation de ces problèmes développementaux lorsque les femmes ont souffert de sous-alimentation tout au long de leur enfance et de leur adolescence. Tous ces facteurs de risques ont été succinctement résumés aux causes d'une étude sur des patientes atteintes de FO dans la région de l'Extrême- Nord du Cameroun. L'étude conclut que le risque de développement d'une fistule était plus accru chez les jeunes filles qui ont un niveau d'éducation faible, mariées à un jeune âge et ayant un accès limité aux services de santé maternelle de qualité, Tebeu P.M (2009). Partageant les mêmes réalités, ce même constat est observé au Tchad par Dr. Kymassoum (2016). Toutefois, une étude conduite à Kumasi au Ghana a conclu que la fistule obstétricale est commune aux âges extrêmes de fécondité et aux deux extrêmes de parité (primigeste et multigeste), (Danso et al. 1996). Une autre étude, en Zambie, a montré que sur 259 femmes avec la fistule obstétricale, 50% d'entre elles n'avaient pas terminé le cycle d'éducation primaire et que l'âge médiane du mariage était de 18 ans, le début du développement de la fistule était de 22 ans. Dans cette étude, le délai de réception des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) a été atteint par 67,5% des femmes qui ont accouché à la maison, du fait de difficultés de transports. Il n'est atteint que par 49,4% de celles qui ont accouché à l'hôpital, Holme et al. (2007). En effet, il est commun de dire que la fistule obstétricale est dérivée de la combinaison de « travail obstrué et transport obstrué », (Wall L. et Arrowsmith 2005). Selon ces auteurs, le travail obstrué ici désigne le fait que la femme ne peut accoucher en temps réel, elle rencontre des difficultés à accoucher normalement, mais d'autres difficultés liées aux moyens économiques, transports. Dans certaines cultures Tchadiennes, la femme doit faire un effort pour accoucher à la maison, c'est un signe de bravoure pour sa famille, son mari et pour elle-même, elle ne doit pas aller à l'hôpital. Toutes ces difficultés constituent encore un autre problème à la femme et aggrave sa situation pendant le travail. C'est l'un des trois stades de retard qui résultent de la

mortalité maternelle. Les deux autres étant des retards dans la décision de se faire soigner et un retard dans la réception des soins adéquats une fois que la femme arrive dans un établissement de santé, Thanddeus et Maine, 1994). Souvent, on suppose que le travail de l'accouchement se déroulera sans encombre. C'est pourquoi, le personnel soignant laisse les mères accoucher seules. D'autres femmes de certaines communautés ont peur de se faire soigner ; les soins étant réputés pour ne pas être fiables et certaines communautés expriment la peur de l'étrange environnement hospitalier. L'accès financier aux soins est également un problème. Certaines femmes ne consultent du fait des frais exorbitants. Comme indiqué précédemment, la recherche de soins peut s'avérer difficile du fait de la faible qualité des infrastructures de communication (mauvais état de route, insuffisance des transports en commun). De ce fait, cela compromet l'accès aux établissements de santé, Wall L. et Arrowsmith (2005).

Certaines femmes victimes des FO qui arrivent à rejoindre une structure de soins, les problématiques de personnels apparaissent. La plupart du temps, le personnel qualifié n'est pas disponible ou manque de matériels adéquats et de qualité pour les soins obstétricaux d'urgence. Ces difficultés sont récurrentes et constituent un obstacle dans la prise en charge chirurgicale malgré les efforts dans ce sens par les responsables en charge. Pour ces femmes, les facteurs physiques responsables des fistules obstétricales incluent le travail prolongé au cours de l'accouchement, les accidents survenant au cours de la césarienne, de l'accouchement au forceps, la craniotomie (opération consistant à sectionner les os du crâne) et la symphyséotomie (c'est une technique liée à l'élargissement du bassin, elle a pour but de faciliter l'accouchement par les voies naturelles dans le cas de rétrécissement du bassin), (UNFPA, 2009). Les pratiques rationnelles néfastes peuvent favoriser l'apparition de fistule chez les femmes. Les résultats d'une évaluation des besoins réalisée par Engender Health dans les pays d'Afrique subsaharienne dont le Tchad, ont révélé que la pauvreté, le manque de soins qualifiés à la naissance, le manque de soins obstétricaux d'urgence, le manque de transport, les connaissances limitées et la pénurie des prestataires qualifiés pour réparation de la fistule, la mauvaise intégration des services et la marginalisation des femmes atteintes d'une fistule sont quelques-uns des facteurs qui contribuent au taux élevé de prévalence de la fistule obstétricale, Cook et al. (2004).

L'Afrique subsaharienne a le plus haut niveau de grossesses chez les adolescentes, avec plus de 50% des femmes qui accouchent avant l'âge de 20 ans.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, les taux varient généralement de 5 à 10 pour 100 naissances.

En Asie du Sud-Est, le Bangladesh a le plus haut niveau de fertilité chez les adolescentes : 14 pour 100 naissances, OMS (2007). Des facteurs tels que la pauvreté, le manque d'éducation et les pratiques culturelles qui encouragent les mariages d'enfants conduisent à procréer avant que le bassin ne soit mature. La malnutrition favorise aussi le défaut de croissance, une petite taille et un petit bassin, Miller (2005). Cette réalité n'épargne aucun pays de la sous-région et du Tchad en particulier. Les femmes sont considérées souvent comme des êtres inférieurs. Cette situation est due la plupart par la détention des moyens financiers restreinte aux hommes, la nécessité pour les femmes en travail obstructif d'obtenir la permission de leurs maris ou de la belle-mère pour chercher des soins. Comme bon nombre des filles sont mariées tôt, la fistule se produit le plus souvent à la première grossesse, Roush (2012).

➤ **Quelques causes de la fistule obstétricale.**

Le terme générique de fistule obstétricale utilisé dans cette étude couvre ces deux cas de figure. Les causes des fistules obstétricales sont à chercher bien en amont de la dystocie ou du trauma iatrogène. Elles sont principalement structurelles et socio-culturelles et sont souvent représentées par une chaîne causale :

- ❖ La pauvreté entraîne une malnutrition chronique, laquelle augmente les risques de disproportion céphalo-pelvienne à l'accouchement ;
- ❖ La faible fréquentation scolaire des filles, souvent associée à un mariage précoce, contribue à leur faible pouvoir de décision au sein de leurs familles et communautés, notamment pour l'accès aux soins obstétricaux ;
- ❖ Les pratiques locales encouragent l'accouchement à domicile et/ou retardent le départ vers le centre de santé ;
- ❖ Un manque de soins obstétricaux d'urgence, de système référence effectif, de personnel de santé assurant des soins de qualité, d'ambulance, de réseau routier, etc. La chaîne causale de la fistule obstétricale est quasiment identique à celle des autres morbidités et de la mortalité maternelle rencontrées dans les pays à faibles revenus. La fistule obstétricale tend à être considérée comme la plus sévère des morbidités maternelles.

Dans son rapport présenté lors de la 73eme Assemblée Générale des Nations Unies le 31 juillet 2018, le Secrétaire général de cette grande institution relève les causes de la fistule obstétricale en mettant l'accent sur la pauvreté, les barrières socioculturelles, l'inégalité entre les sexes, l'analphabétisme, les mariages d'enfants, les grossesses précoces, les difficultés d'accès et de recours aux services de santé sexuelle et procréative, et la marginalisation autant des causes profondes de mortalité et de morbidité maternelles, A/73/285 (2018, P. 3). Dans de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires, les complications qui surviennent pendant la grossesse et l'accouchement constituent l'une des principales causes de mortalité chez les filles âgées de 15 à 19 ans. Dans le monde, près d'une fille sur cinq se marie avant ses 18 ans, Unicef (Mars 2018). Du fait des mariages d'enfants et des grossesses précoces, notamment dans les milieux défavorisés, les filles sont plus exposées au risque de mourir et de tomber malades, y compris de souffrir d'une fistule obstétricale. Les filles pauvres et marginalisées sont plus susceptibles de se marier et de tomber enceintes pendant l'adolescence que celles qui ont une meilleure éducation et des perspectives économiques plus favorables, Banque Mondiale et Centre International de Recherche sur les femmes, (2017).

En Afrique subsaharienne, une étude des systèmes de fistules obstétricales à travers l'Enquête Démographique de Santé (EDS) a analysé les circonstances de survenue des fistules génitales, Maheu G. (2015) :

- Grossesses (90,4%) ;
- Opérations pelviennes (5,3%) ;
- Agressions sexuelles (4,3%).

L'agression sexuelle a été liée à la fistule obstétricale en particulier dans les situations de conflits armés, Maheu G. (2015).

➤ **Types de fistules obstétricales.**

La fistule qui représente 80 à 88% de toutes les fistules est la Fistule Vesico-Vaginale (FVV) :

- ❖ Les fistules gynécologiques traumatiques s'observent au cours des agressions sexuelles perpétrées une, deux ou trois personnes voire plusieurs personnes. Cette fistule se rencontre beaucoup plus dans les zones de conflits armés (par exemple en RDC où la violence sexuelle est utilisée comme une arme de guerre mettant la vie des femmes en danger).

- ❖ Les fistules iatrogènes, s'observent au cours de chirurgies non maîtrisées entraînant des lésions de la vessie ;
- ❖ Les fistules congénitales sont des malformations congénitales, très souvent comme une imperforation anale, il y a aussi l'ectopie vésicale ;
- ❖ La fistule canal, c'est un trajet congénital ou accidentel, livrant passage à un liquide physiologique ou pathologique et entretenu par l'écoulement même de ce liquide ;
- ❖ La fistule gastrique, c'est aussi un trajet faisant communiquer la cavité gastrique avec celle d'un viscère voisin ou avec la peau. Elle peut être spontanée, traumatique ou chirurgicale ;
- ❖ La fistule stercorale (stercorale fistule), c'est la fistule mettant en communication la lumière intestinale avec cavité naturelle ou avec la peau et laissant qu'un faible des matières ;
- ❖ La fistule intra sphinctérienne ou sous muqueuse, c'est une fistule anale dont le trajet est situé en dedans du sphincter ;
- ❖ La fistule entre la vessie et le vagin ;
- ❖ La fistule entre le rectum et le vagin ;
- ❖ La fistule utérovaginale entre l'urètre et le vagin.

Ces différentes fistules ont le même effet, stigmatisant et donne l'envie de suicide aux victimes. La présentation des différentes fistules nous amène à comprendre en détail comment cette pathologie fragilise les femmes. Cette déstabilisation tant physique, psychologique et sociale nécessite une intervention dans toutes les dimensions de la vie de la victime « comprendre qu'il faut traiter la personne atteinte de la fistule "dans son ensemble" non pas simplement ses lésions vésicales ou rectales est la notion la plus importante dans la prise en charge de la fistule » Lewis w. (1998).

➤ **Classification des trois grands types de fistules obstétricales.**

La fistule vaginale est une ouverture anormale entre le vagin et la vessie et/ou entre le vagin et le rectum. Privées du contrôle de leurs vessies et/ou rectum, les femmes souffrent d'un écoulement continu d'urine et/ou de selles. Cette incontinence chronique provoque une dégradation progressive de leur santé physique, psychologique, et sociale.

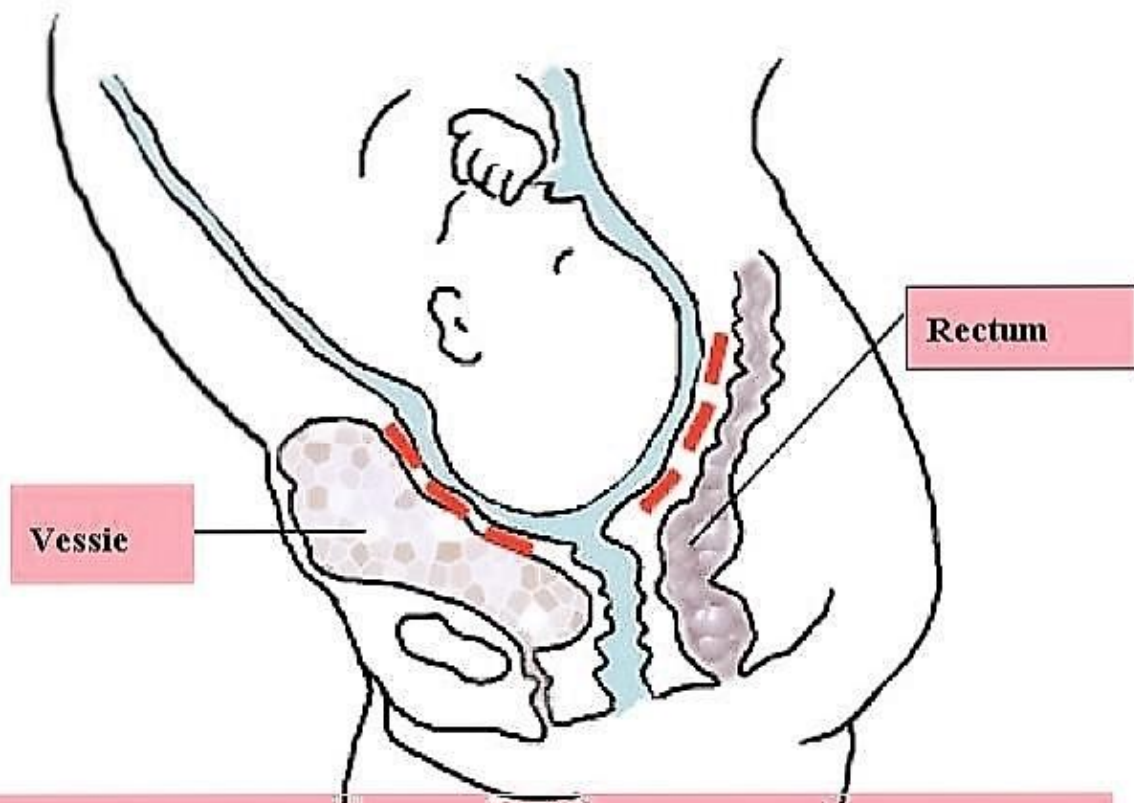
Les comorbidités les plus souvent observées sont : une paralysie temporaire des membres inférieurs et un steppage latéral, des excoriations chroniques sur les parties génitales et les jambes, des infections urinaires fréquentes, une aménorrhée et une infertilité secondaire, des problèmes rénaux un état dépressif ou de détresse psychologique, la perte du soutien conjugal, familial ou communautaire qui contribue à une stigmatisation et à une paupérisation accrue.

Selon Benchekroun A., Ha El Alj et al. (2003), ils rapportent leurs expériences à propos d'une série de 1050 fistules vesico-vaginales colligées sur une période de 30 ans. Ils analysent les aspects épistémologiques, anatomocliniques et thérapeutiques. Les patientes ont pu être classées en fonction du site de la fistule :

✓ **Fistule obstétricale type III**

Appelée fistule vesico-vaginale, elle a une forme anatomique, elle est la plus fréquente. La Fistule Vesico-Vaginale (FVV) est due à la plus grande probabilité de compression de la paroi vaginale antérieure par la tête du fœtus contre le bassin osseux entraînant donc plus ischémie de la vessie que le rectum. Elle survient d'une absence ou d'un retard dans la prise en charge médicale d'un accouchement dystocique. L'enfant à naître est bloqué dans le bassin en raison d'un problème mécanique (disproportion céphalo-pelvienne), d'une mauvaise présentation à la sortie ou d'un travail dysfonctionnel (contractions utérines insuffisantes). La pression continue et la durée de l'enfant sur la vessie et/ou le rectum finit par nécroser les tissus qui se décomposent, laissant une ouverture entre le vagin et les organes adjacents.

Figure 2: Mécanisme d'apparition d'une fistule obstétricale.



Durant un travail prolongé, la compression des tissus mous (lignes rouges) entre la tête du bébé et le bassin de sa mère stoppe le débit sanguin de la paroi de la vessie et/ou du rectum. Avec pour résultat, une nécrose (mort de tissu), laissant ensuite la place à un trou ou fistule.

Source : campagne pour éliminer la FO, UNFPA, (2016, P. 7)

✓ **Fistule obstétricale type II.**

La fistule cervico-vaginale est l'acquisition d'une aptitude au diagnostic de la pathologie cervicale et aux différents traitements ambulatoires des anomalies du col de l'utérin. C'est aussi la connaissance des risques évolutifs des différentes lésions génitales basses. C'est une manœuvre de délivrance obstétricale (césarienne, forceps, ventouse, extraction manuelle) qui provoque une déchirure spontanée (tissus déjà abîmés) ou fortuite (geste imprécis du soignant). Parce que résultant d'une prise en charge souvent très tardive, la distinction entre fistule découlant d'une dystocie et fistule dite iatrogène est difficile à faire.

✓ **Fistule obstétricale type I.**

La fistule urètro-vaginale est rare. Durant une période de 10 ans, Tazi au Maroc a colligé 12 fistules urètro-utérines contre 116 fistules vesico-vaginales. Elle est souvent due à une ligature urétrale pendant l'hystérectomie et les fistules vesico-utérines surviennent souvent après césarienne.

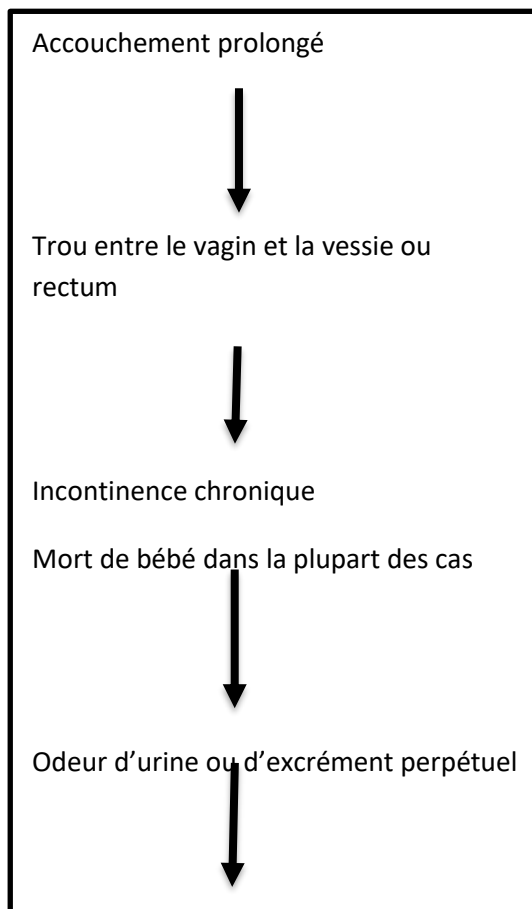
➤ **Fistule obstétricale, une maladie des femmes.**

La fistule obstétricale est un défi de santé publique mondiale, affectant principalement les femmes surtout en milieu rural. Cette maladie, malgré les multiples efforts du gouvernement Tchadien et les organisations qui œuvrent dans la lutte contre celle-ci, va toujours à une vitesse exponentielle dans la société tchadienne.

Le programme de développement durable à l'horizon 2030 vise à transformer le monde grâce à la concrétisation de 17 objectifs de développement durable. Il est un engagement à éliminer la pauvreté, à parvenir à l'égalité des sexes et à garantir la santé et le bien-être de tous. C'est pourquoi l'élimination de la fistule obstétricale contribuera à la concrétisation de plusieurs de ces objectifs, A/73/285 (31 juillet 2018, P.4). En tenant compte de la vision ODD, le Tchad que nous voulons d'ici 2030, selon le vœu des autorités tchadiennes, la santé maternelle est loin d'atteindre l'objectif fixé. Cette maladie, qui est due à l'accouchement, au travail à longue durée sans un secours obstétrique urgent est un sérieux problème dans les milieux défavorisés. En raison de la rareté des ressources, le suivi à long terme est quasi inexistant dans de nombreux contextes et la réadaptation des patientes ainsi que leur réinsertion sociale sont difficiles à réaliser (Ahmed 2017).

Il y a une disproportion foeto-pelvienne, notamment chez des parturientes jeunes appelés l'accouchement des « femmes-enfants ». Cependant, certains auteurs pensent que ce facteur ne joue pas un rôle prépondérant dans la mesure où 70% de leurs malades ont dépassé l'âge de 20 ans. Cet accouchement peut aussi survenir lorsqu'il y a une anomalie de la présentation (front, face dans la variété mento-postérieure, bregma), ou que les contractions utérines sont inefficaces pour l'accouchement, souvent en rapport avec la multiparité, ou en présence d'anomalie tissulaire vulvo-vaginales ou vésicales notamment à la suite de mutilation génitales traditionnelles (90% à 98% des femmes sont excisées dans les pays du sahel) ou à la suite d'infection pelvienne ou vésicale, UNFPA, (2018, P.28). La dystocie va être à l'origine d'un travail prolongé pouvant durer plusieurs jours, la moyenne étant de 58 heures avec un maximum de 4 jours en l'absence d'assistance médicale.

Figure 3: Mécanisme de présentation de la FO.



Source : UNFPA. Campagne pour éliminer la fistule (2016).

En fait, la survenue de la fistule vésico-vaginale est multifactorielle, outre les facteurs médicaux : à savoir l'insuffisance de personnes qualifiées et d'infrastructures sanitaires dont la conséquence est la médiocrité et l'inaccessibilité à l'aide obstétricale qualifiée, d'autres facteurs notamment socio-culturels et économiques interviennent : la pauvreté, l'illettrisme et l'attachement aux traditions, facteurs qui ne font que retarder la prise en charge du travail déjà prolongé.

Le postulat de Berzonsky (1988, 1989, 1992, 1993, 2003) est que les « individus jouent un rôle, tant dans la construction de ce qu'ils pensent être que de la "réalité" dans laquelle ils vivent. Ce sont les interprétations personnelles des expériences et non les événements en eux-mêmes qui constituent la réalité d'une personne » (2003, p. 239).

➤ **Acteurs de lutte contre la fistule obstétricale.**

La fistule obstétricale est une grave pathologie qui menace dangereusement la santé publique. La lutte contre cette maladie est une problématique qui préoccupe tous les décideurs de la santé publique, les organisations internationales, le gouvernement de chaque pays, les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les bailleurs de fonds, les médias, les leaders religieux et tous ceux épris de paix et de la stabilité sanitaire de l'être humain sont impliqués pour l'éradication de cette maladie.

2.4.2. Le rôle des organisations internationales

Dans le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, adopté au Caire en 1994, il est établi que la santé maternelle est une composante essentielle de la santé sexuelle et procréative, des droits liés à la procréation. Dans son rapport sur le Plan directeur pour le suivi du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014, le Secrétaire général a souligné que « l'incidence de la fistule obstétricale illustre la défaillance de la communauté mondiale qui n'a pas su protéger les droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes et des filles », (A/69/62, P. 384).

En 2018, la commission de la condition de la femme a rappelé le lien de la causalité entre les inégalités d'accès aux soins de la santé dont sont victimes les femmes vivant dans les zones rurales, auxquelles s'ajoute le pouvoir de décision limité qu'elles ont sur leurs propres vies et la prévalence de la fistule obstétricale et de la mortalité maternelle et néonatale. Le programme de développement durable à l'horizon 2030 que nous avons précité, vise à transformer le monde grâce à la concrétisation de 17 objectifs de développement durable (ODD). Il est un engagement à éliminer la pauvreté, à parvenir à l'égalité des sexes et à garantir la santé et le bien-être de tous. C'est pourquoi, l'élimination de la fistule obstétricale contribuera à la concrétisation de plusieurs de ces objectifs A/73/285 (2018, P. 4).

La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) est un outil fondamental dans le combat engagé pour mettre fin à la fistule obstétricale. Elle a pour but d'éliminer les causes évitables de mortalité maternelle et néonatale, de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes et d'aider les pays à concrétiser les objectifs de développement durable. De même que le cadre opérationnel adopté par l'Assemblée Mondiale de la Santé à sa soixante-neuvième session tenue en 2016, elle donne aux pays un rôle moteur et met fortement l'accent

sur le renforcement du principe de responsabilité grâce au suivi des progrès faits à l'échelle nationale et au renforcement des capacités de collectes, d'analyses et d'utilisation des données. Elle souligne qu'il importe d'élaborer une stratégie durable de financement de la santé s'appuyant sur des données factuelles, de renforcer les systèmes de santé et d'établir des partenariats stratégiques avec des acteurs multisectoriels, A/73/285 (2018, P. 5).

Le 23 mai 2016, à l'occasion de la journée internationale de l'élimination de la fistule obstétricale, l'ONU a fait montre d'une détermination nouvelle et appelé à éliminer la fistule obstétricale en une génération. Cette volonté a été entérinée par le Secrétaire général dans son intensification de l'action engagée pour en finir avec la fistule obstétricale (A/71/306) et par l'Assemblée Générale dans sa résolution 17/169 sur la même question, l'inscrivant dans le cadre des activités de promotion de la femme menées par l'ONU.

Particulièrement au Tchad, les organisations qui œuvrent dans le domaine de la santé apportent un soutien multiforme par le biais des représentants au Tchad au côté du gouvernement pour lutter contre cette maladie dévastatrice :

- Médecins Sans Frontière (MSF) qui prend en charge uniquement des patients en terme chirurgical. Quatre sections opérationnelles travaillent sur la fistule obstétricale, MSF France, MSF Hollande, Belgique et Suisse, le nombre total des femmes prises en charge est 302 patientes en 2007 et de 487 patientes en 2008 au sein de l'hôpital d'Abéché au Tchad. Cette intervention consiste aussi en l'ouverture d'un village des « femmes » recevant les patientes en attente de réparation chirurgicale ou en cours de rémission et proposant autres assistances médicales, des formations de type artisanal. L'objectif étant que les femmes puissent en sortant de l'hôpital, réintégrer de nouveau leurs sociétés et envisager un nouveau départ, Frédéric U. (2013, P.55).
- Selon la revue à mi-parcours du programme coopération Tchad-UNFPA 2012-2016, le nombre des femmes victimes de fistule obstétricale traitées et insérées était de 1200 à 1950 femmes et 620 cas en cours de suivi.
- Lors de la Journée Internationale de lutte contre la fistule obstétricale célébrée le Mercredi 23 Mai 2018, Nijki Dounou Rostand, représentante de la Directrice Générale de l'UNFPA au Tchad a déclaré dans la capitale Tchadienne que depuis 2003, l'UNFPA, l'initiateur de la campagne mondiale pour éliminer la fistule et ses partenaires ont rendu possible près de 10 000 interventions chirurgicales qui ont

changé la vie des femmes ayant vécu la fistule en guérissant leurs blessures physiques et psychologiques.

« Nous avons fait du chemin. Mais il est temps que nous mettions fin aux souffrances inutiles provoquées par la fistule. En accord avec le programme 2030 et les objectifs de développement durable, engageons-nous à venir en aide aux personnes défavorisées en priorité et garantir le respect des droits fondamentaux, le bien-être et la dignité pour toutes et pour tous », UNFPA (2018).

- Le 22 Mai 2018, la Directrice exécutive de l'UNFPA, Dr. Natalia Kanem à l'occasion de la Journée Internationale pour l'élimination de la fistule obstétricale 7eme édition à N'Djamena le 23 mai, placée sous le thème : « la fistule est une violation des droits humains, éliminons la maintenant » martèle que les filles et les femmes touchées par la fistule obstétricale, qui est évitable et en grande partie traitable, souffrent souvent d'incontinence chronique. En conséquence, elles sont confrontées à une stigmatisation sociale dévastatrice : « la honte, l'isolement et la ségrégation font partie des comportements indignes auxquels sont confrontées des centaines des milliers de femmes et de filles dans le monde qui souffrent de la fistule obstétricale » déclare-t-elle. Elle appelle le monde entier à prendre en compte l'appel lancé par les Etats membres de l'ONU dans la résolution 2018 des Nations-Unies sur l'élimination de la fistule, Charfadine A. (mai 2019).

- Le 22 Juin 2020 lors de la caravane organisée par FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) sous le thème : « éradiquons la fistule au Tchad », le formateur de cette institution Dr. Valentin V. réitère son engagement en ce terme : « pour moi, être un chirurgien de fistule, c'est mettre son expertise chirurgicale pour redonner la dignité aux femmes touchées par la fistule ».

Le 25 Mai 2021 à Moundou dans la capitale économique du Tchad, l'UNFPA rappelle ses efforts dans la lutte contre cette pathologie auprès du gouvernement tchadien, cette institution œuvre dans le domaine de renforcement des capacités techniques, l'approvisionnement en matériels médicotechniques et en médicaments, pour la prise en charge médico-chirurgicale des patientes, sans oublier l'appui à la réinsertion des femmes guéries, journal Alwihda Info (Mai 2021).

- L'OMS par le biais de son représentant au Tchad Dr. Jean Bosco N. œuvre aussi inlassablement auprès du gouvernement Tchadien pour une lutte farouche en mettant à la disposition du ministère de la santé publique et de la solidarité nationale des

moyens roulants et les matériels médicaux, les kits aux victimes de fistule obstétricale.

- Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de 2012 à nos jours, fourni des machines à coudre, les tissus et autres matériels pour la formation des femmes opérées de fistule au sein de leur association logée au Centre National de Traitement des Fistules obstétricales de N'Djamena sous la charge, UNFPA (2018).

2.4.3. Le rôle du gouvernement tchadien dans la lutte contre la fistule obstétricale.

Plusieurs initiatives et engagements ont été pris par le gouvernement dans cette bataille sanitaire. La sensibilisation de la population à travers les médias, les campagnes de sensibilisation sur le terrain sont entre autres les activités menées sous la direction du ministère de la santé publique et de la solidarité nationale.

Le 26 septembre 2002, un partenariat entre l'hôpital d'Addis-Abeba et le ministère de la santé publique a permis une visite à l'hôpital provincial d'Abéché pour les premières opérations des fistules obstétricales, 214 lits ont été donnés grâce au Dr. Barrah Mallah médecin généraliste formé à Addis-Abeba. Pour lutter efficacement contre cette mauvaise maladie, le deuxième médecin, gynécologue obstétricien, Dr. Koyalta M. formé au Sénégal reçoit la deuxième visite de l'hôpital d'Addis-Abeba le 23 septembre 2003 à l'hôpital de liberté dans le cadre d'une caravane d'opération des fistules obstétricales, où plusieurs femmes victimes de fistule obstétricale ont été opérées prises en charge. Selon le ministre tchadien de la santé publique de l'action sociale et de la solidarité nationale Dr. Ngariera R., la prise en charge des femmes victimes des fistules obstétricales a connu un progrès remarquable ces dernières années. Mais le gouvernement et ses partenaires ne baissent pas la garde devant un mal favorisé par les pesanteurs socioculturelles et le manque d'information et d'éducation. Selon lui, « grâce à l'implication de la première dame, le gouvernement et nos partenaires, la prise en charge des femmes victimes de fistule obstétricale s'est nettement améliorée dans notre pays » déclare Dr. Ngariera R. (mai 14).

La création du premier Centre National de Traitement des Fistule obstétricale à N'Djamena marque le début d'une lutte sérieuse contre cette maladie en dehors de quelques caravanes organisées par le ministère de la santé publique les années antérieures. Le CNTF compte aujourd'hui plus de 16 000 femmes guéries de la fistule.

L'Association pour la Réinsertion sociale des Femmes Victimes de la Fistule (ARFVF), avec l'appui du gouvernement, la première dame du Tchad, Hinda Deby Itno et les

partenaires forment gratuitement les femmes victimes de fistule en couture, tissage, broderie, et teinture. Ce qui leur permet de se prendre en charge. L'ARFVF accompagne psychologiquement ces femmes à surmonter le traumatisme grâce au gestionnaire du programme l'Abbé Benjamin Toidibaye, qui pratique le counseling selon lui dans le tas juste pour les aider à surmonter leurs douleurs sans une formation professionnelle. Selon Abbé Benjamin : *« premièrement on les amène à dire doucement ce qu'elles ont vécu. Pour qu'elles sortent de ce traumatisme, on leur fait comprendre que ce n'est pas une malédiction. On leur dit qu'elles ne sont pas responsables de cette situation dramatique. Cette phase terminée, on les amène à intégrer la société, tout en leur disant de se mettre debout et travailler mettant en œuvre des activités génératrices des revenus »*, UNFPA Tchad (27/07/2017). Ce travail fait par ce prêtre mérite d'être pérennisé et surtout nécessite de le rendre professionnel avec un personnel qualifié ayant été formé dans le domaine de la psychologie, le service social et de l'intervention et action communautaire afin d'apporter de soutien psychologique, de l'aide sociale à ces victimes. Ce Centre qui naît de l'espoir pour ces femmes ne dispose d'aucun service de counseling ou d'accompagnement psychosocial, pourtant le besoin est intense.

2.4.4. Le rôle des leaders religieux

Dans le programme de lutte contre la fistule obstétricale au Tchad, les leaders religieux (églises catholiques) jouent un rôle primordial dans la prise en charge psychologique. Dans la capitale de N'Djamena, par le biais du responsable Diocésain de prière Abbé Benjamin Tordibaye, organise les prières avec les femmes dans les différents hôpitaux et au CNTF, ce qui a abouti à la création de l'Association pour la Réinsertion Sociale des Femmes Victimes de la Fistule dont il est le gestionnaire. Chaque paroisse de la capitale a une cellule de prière dédiée à ces femmes, elles organisent des quêtes pour soutenir les victimes de fistule obstétricale qui traversent les moments difficiles de leurs vies. Suivant cet exemple, d'autres Diocèses du pays emboîtent les pas pour voler au secours de ces femmes dans les sous centres de traitement de fistule obstétricale (Moundou, Sarh et Abéché). Au-delà de la prière et de soutien financier, les visites en groupe organisées dans les familles, à l'hôpital pour rehausser le moral des victimes et leur donner l'espoir de vivre.

2.4.5. Le rôle de la tradition et de la culture dans certaines régions du Tchad.

Si tous les acteurs impliqués dans la lutte contre la fistule obstétricale œuvrent pour éradiquer cette maladie dans la société tchadienne, au nom de la tradition, certains chefs traditionnels œuvrent pour maintenir certaines pratiques qui sont les causes principales de la

survenue de la fistule obstétricale à savoir : le mariage des enfants, le refus d'envoyer les filles à l'école, l'excision des filles, etc.

Malgré l'ordonnance N° 006/PR/2015 portant Interdiction du mariage des enfants. Vu la loi N° 002/PR/2015 du 06 janvier 2015 qui ordonne dans son article 1 : « *il est formellement interdit en République du Tchad, à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente Loi, le mariage d'enfants mineurs* ». Pour rendre plus claire et explicite cette loi aux praticiens des cultures qui nuisent dangereusement la vie des femmes et qui ne leur donne aucun droit sur leurs propres corps, l'article 2 de cette même ordonnance stipule que « *l'âge minimum du mariage est fixé à 18 ans révolus* ». Toutes ces Loi n'empêchent pas toujours certaines pratiques dans le monde rural.

Dans la partie Nord du pays, la culture musulmane autorise cette pratique bannie par la loi de la république (le mariage des enfants). Le code de la famille, une loi nationale, qui doit régler les familles dans la république du Tchad, malgré l'autorisation du gouvernement à valider cette loi à l'Assemblée Nationale (AN), constituée la plupart des musulmans, refuse de valider. Encourageant cette pratique du mariage des enfants, un exemple plus frappant est celui d'un député qui engage le mariage d'une fille de 14 ans en 2018 contre la volonté de cette dernière mais en complicité avec ses parents du côté paternel. N'ayant pas consenti légalement ce mariage, les parents maternels de la fille ont porté plainte au tribunal de grande instance de N'Djamena. Cette situation amène l'ex-première dame du Tchad Hinda Deby Itno, la condamnation de ce député à 5 ans de prison et à payer plusieurs millions. Mais au nom de la culture, ce dernier est libéré et vaque normalement à ses occupations. Au nom de la culture et la tradition, la plupart des filles ne finissent pas leur adolescence en allant très tôt en mariage, ce qui provoque à l'accouchement un travail difficile qui cause par la fin la fistule obstétricale. De nombreuses filles ne réalisent pas leurs rêves de vivre en famille à cause de la fistule, le mariage précoce imposé par la culture et la tradition sont la cause principale de cette situation que vivent la plupart des filles. Dans certaines provinces vers le Sud du Tchad, dès le retour d'un jeune (12 ans minimum) de l'initiation (le laou, ou yondo) du Sud du pays, il doit se marier, cette logique ancestrale amène les jeunes à se marier très tôt. A l'Est du Tchad, la province du lac, malgré les latrines construites par les humanitaires ne sont pas utilisées parce que dans leur culture, la tradition ne permet pas qu'on fasse les selles près de la maison plutôt en brousse. Les femmes, en respectant les lois ancestrales, pratiquent la défécation à l'air libre, ce qui les expose à d'énormes intempéries, dont la fistule obstétricale, certaines au risque de viol lors de leur passage en brousse. Les multiples grèves qu'a connues le pays sont

la cause de la fermeture des écoles dans le Tchad profond, occasionnant le taux d'analphabétisme accru, poussant les jeunes au mariage précoce.

L'excision des filles, qui, d'ailleurs est une mutilation grave de la fille et interdite partout reste pérenne dans la culture tchadienne. Cette pratique fait partie de la cause de fistule obstétricale laissant les femmes sans sourire.

Eu égard à toutes ces pratiques encourager par les leaders traditionnels, qui devront être des acteurs de lutte contre cette maladie mais ne respectent même pas les lois de la république, certains hauts cadres font semblant de les appuyer à pérenniser une culture qui ne fait que détruire sinon qui crée la vulnérabilité dans la couche défavorisée. Ces femmes victimes de fistule portent dans leur cœur la douleur et en esprit le traumatisme psychologique et social dû à cette maladie.

2.5. INTEGRATION SOCIALE

Pour bien saisir la définition de l'intégration sociale, il faut comprendre les deux notions suivantes : intégration et sociale.

Intégration : En sociologie, l'intégration sociale est un processus ethnologique qui permet à une personne ou à un groupe de personne de se rapprocher et de devenir membre d'un autre groupe plus vaste par l'adoption de ses valeurs et des normes de son système social.

Les dimensions de l'intégration sont plurielles. Le terme d'intégration est utilisé en économie : la question se décline alors à différentes échelles, de celle des États-nations pris dans la mondialisation à celle des jeunes, des femmes, des exclus du marché de l'emploi. L'intégration est une notion très utilisée en sociologie, dans des acceptions qui vont d'une conception très construite sur le plan théorique, en particulier chez Durkheim et à partir de lui, à des conceptions plus opératoires, qui concernent à peu près tous les champs du travail social. Enfin il existe aussi, et peut-être surtout, une dimension politique de l'intégration qui complète les deux autres dimensions. Nous ne pouvons explorer toutes les dimensions et toutes les significations de la notion, mais nous nous situons sur la dimension sociale de l'intégration. C'est-à-dire que nous ne traiterons, dans cette recherche, que de l'intégration en sociologie, non en économie ou en politique.

❖ Historique de l'intégration

L'intégration est une notion fondatrice en sociologie. La thématique de l'intégration apparaît avec M. Weber et E. Durkheim au 19^{ème} siècle, alors que la société est déstabilisée par les conséquences de la révolution industrielle et de la révolution démocratique et politique.

Le sociologue Émile Durkheim fut un des premiers à théoriser la notion d'intégration en analysant les modes d'attachement des individus à la société (travail, religion, famille, etc.) sur la base de leur « vouloir vivre ensemble ». Il définit l'intégration comme la propriété d'une société dont les relations entre les membres est intense et l'oppose à l'anomie, caractéristique d'une société produisant des conduites individuelles désorientées. Durkheim distingue les communautés à faible division du travail où la solidarité est mécanique et les sociétés à forte division du travail (société industrielle de son temps) où la solidarité est organique et ne peut plus être assumée par les seuls facteurs familiaux et religieux mais nécessite l'existence de l'État pour « assurer solidarité et moralité » dans une société intégrée.

Durkheim considère l'intégration comme un processus par lequel l'individu participe à la vie sociale. Cette participation s'opère grâce à l'intégration des individus dans plusieurs instances : familiale, religieuse, groupes professionnels. Ces instances prédisposent l'individu à vivre en société. L'intégration est donc le résultat de la socialisation.

A l'époque contemporaine, le Haut Conseil à l'intégration propose la définition suivante de l'intégration : « *L'intégration consiste à susciter la participation active à la société tout entière de l'ensemble des femmes et des hommes appelés à vivre durablement sur notre sol en acceptant sans arrière-pensée que subsistent des spécificités notamment culturelles, mais en mettant l'accent sur les ressemblances et les convergences dans l'égalité des droits et des devoirs, afin d'assurer la cohésion de notre tissu social* ».

Dans le sens courant, comme dans la littérature sociologique, le terme « intégration » a donc deux sens :

D'une part, l'intégration désigne un état du système social. Une société sera considérée comme intégrée si elle est caractérisée par un degré élevé de cohésion sociale. Pour Durkheim (1897) par exemple, le taux de suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des

groupes sociaux dont fait partie l'individu. A l'intégration on oppose donc l'anomie (absence ou insuffisance de règles sociales permettant d'assurer la coopération des différents éléments constituant la société) ou la désorganisation sociale.

D'autre part, l'intégration désigne la situation d'un individu ou d'un groupe qui est en interaction avec les autres groupes ou individus (sociabilité), qui partage les valeurs et les normes de la société à laquelle il appartient. A l'intégration on oppose donc la marginalité, la déviance, l'exclusion. Bref, l'intégration, en sociologie, décrit les modes d'attachement des membres à un groupe ou à une société.

Social : C'est une faculté à être avec les autres, les désirs d'être avec les autres. C'est la rencontre avec l'autre en difficulté ou qui est vulnérable. Dans une définition large de la notion du social, on peut l'entendre comme étant l'expression de l'existence de relations entre les êtres vivants. Au sens commun, le terme social renvoie généralement vers le nom commun : société.

Cependant, l'intégration sociale, c'est le fait de se développer par les échanges avec les autres, c'est le besoin de s'identifier, de se lier aux autres et d'apprécier sa reconnaissance, de le traiter en sujet et non en objet. (Adler dans sa théorie du sentiment social).

L'intégration sociale c'est un lien qui relie les individus au sein d'une société à travers diverses institutions et instances de socialisation. Elle s'exprime dans les échanges issus de l'appartenance à des groupes de diverses natures (cellule familiale, de groupes religieux, culturels, politiques, etc.) (Durkheim dans sa théorie de la socialisation).

CHAPITRE 3 : FONDEMENT THEORIQUE

Fischer (1996, p.7) présente la théorie comme étant « la formation d'énoncés généraux organisées et reliées logiquement entre eux ». Ainsi, notre travail s'inscrit dans le champ de la psychologie. Il est important de mettre en évidence les approches théoriques pertinentes qui donnent une lecture scientifique tangible de notre étude. Ce chapitre de notre étude fait appel à des concepts et instrument élaboré par quelques théories : la conception freudienne de la résidence (1895); la théorie de la résidence de Pierre Marty 1991 : et la théorie du sentiment social d'Alder (1911). Ces théories soutiennent l'argument que le comportement des individus est une conséquence directe des processus rationnels de plus de décisions. Dans l'interaction avec le milieu social, l'individu n'est pas inactif, Il est acteur, et semble avoir la capacité de régler lui-même certains événements. Toutefois, pour plusieurs types d'actions, l'autorégulation rationnelle des processus intentionnel semble difficile sinon impossible.

3.1. APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE DE LA RESILIENCE

Partant du fait que face à la violence ou à une situation délétère, l'individu ou un groupe s'en sort indépendamment des seules dispositions innées ou même à qui disent. Il nous semble opportun d'analyser le concept de résidence dans cette double nature.

Dans les approches psychodynamique de la Résidence Notamment dans un référentiel psychanalytique, la résidence est considérée comme un processus dynamique. Cette approche est essentiellement centrée sur le sujet et l'analyse de son fonctionnement intra physique. Dans cette approche, à l'heure actuelle, on peut noter que peu d'intérêt est accordé à l'influence de l'environnement (Relationnel ou contextuel) Dans le développement du processus résilient. En psychologie clinique, l'approche De la résilience est volontairement restrictive. La résidence est considérée comme un processus dynamique qui implique le ressaisissement des sois après un traumatisme et la construction ou le développement normal en dépit des risques de désorganisations psychique.

3.1.1. La conception freudienne de la résilience

Sigmund Freud à Conférer automatisme psychique un rôle déterminant dans l'étiologie l'hystérie. Ainsi il développera tout d'abord en 1892 dans les *études sur L'hystérie* 1895, une théorie dite *pan traumatique* (cité par Barrois, 1988), ou névrose hystérique et

névrose traumatique Étaient toutes 2 déclenchées par le même mécanisme, et au point de vue de la c'est comme pathologie se confondait : « *Dans la névrose traumatique, la maladie n'est pas vraiment déterminée par une passager blessure du corps, mais bien par une émotion : la frayeur, pareil traumatisme psychique* » (S. Freud, 1895).

La première scène, dites de séduction, c'est celle durant laquelle l'enfant subirait passivement l'abus sexuel de la part de l'adulte. Elle serait à l'origine du refoulement de la sexualité. La 2^e, dans l'après coup, ce situerait à la puberté et serait d'apparence anodine. C'est cette dernière qui donnerait au premier événement sa valeur traumatique et engendrerait les troubles, soit la constitution de la névrose. Ainsi, dans la théorie de la séduction, Freud s'éloigna de la question des névroses traumatiques. L'étiologie de l'hystérie C'est trouvé dans un événement traumatique, mais de nature sexuelle, Et c'est là dans le cadre de *l'après coup*.

Pour Barois 1988, cette notion d'après coup peut être transposée dans les traumatismes non sexuels, à savoir le risque de mort.

S. Freud en 1987 Abandonnant ce modèle où l'action traumatique était externe pour un modèle où l'action traumatique apparaissait interne, fantasmée. De 1905 à 1920, S. Freud Développa sur *Les trois essais sur la théorie sexuelle*, les théories sexuelles infantile où les traumatismes apparaissaient comme la résultante de fantasmes inconscients.

Les théories de S. Freud concernant le traumatisme ont progressivement évolué vers une conception économique de l'appareil psychique où le traumatisme n'apparaissait plus lié à un excès de séduction interne ou externe. C'est en 1916 lors de *La 18^{ème} Conférence d'introduction à la psychanalyse*, intitulé *Fixations to Trauma The Unconscious* que se situa Le pivot de la pensée freudienne concernant le traumatisme psychique et les névroses traumatiques, faire déterminant le traumatisme comme « *un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporté dans la vie psychique et tel surcroît d'excitation que ça suppression où sont l'assimilation par les voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie* », (S. Freud, 1916).

Pour Freud, les névroses et hystériques ou obsessionnelles névroses spontanées présentaient le même modèle de fixation que pour la névrose de guerre « *L'assimilation des unes aux autres et complète sur un point : les névroses traumatiques sont, tout comme les névroses spontanées, fixer au moment de l'accident traumatique* » (S. Freud, 1916). Par la

suite, dans son ouvrage au-delà du principe de plaisir 1920, S. Freud tenta de redéfinir la névrose traumatique.

« *Le tableau clinique de la névrose traumatique se rapproche de celui de l'hystérie par la richesse en symptômes moteurs similaires, mais en règle générale il le dépasse par ses signes prononcés de souffrance subjective, comme dans les cas de mélancolie ou d'hypocondrie, et par un affaiblissement et une désorganisation très prononcée de presque toutes les fonctions psychiques* ». (S. Freud, 1920).

Pour S. Freud, dans ce texte la névrose traumatique était distincte de la névrose de guerre parce qu'elle pouvait se produire en dehors de « *toute violence mécanique brutale* ». S. Freud, dans cet ouvrage, élaborera une conception dynamique de la névrose traumatique commune. Ainsi, il compara l'appareil psychique à une vésicule recouverte d'une membrane protectrice, le pare-excitation. L'ensemble des afflux d'excitations externes, susceptibles de rompre la barrière protectrice de l'appareil psychique qui représentait le pare-excitation, ont été appelés *traumatique*. La névrose traumatique commune résulterait « *d'une effraction étendue du pare- excitation* ». S. Freud souligna l'importance du facteur étiologique purement psychique qui serait le *l'effroi*, par opposition à la commotion psychique qui résulterait de « *l'action d'un danger auquel on n'était pas préparé par un état d'angoisse préalable* ». De même, la répétition du traumatisme à travers les rêves a conduit S. Freud à élaborer la notion de *compulsion de répétition*. Celle-ci tenterait d'évacuer les stigmates d'expériences trop excitantes en les remettants en scène. Ainsi, cette répétition serait pour l'organisme une tentative de contrôle active de ce qu'il aurait passivement « *l'homme se défend contre la terreur par l'angoisse* ».

Par la suite, c'est grâce au renouvellement de la théorie de l'angoisse que la notion de traumatisme, et non plus uniquement celle de la névrose, ont pris une valeur accrue dans l'ouvrage *Inhibition, Symptômes Angoisse* (1925). « *L'angoisse, réaction originaires à la détresse dans le traumatisme, est reproduite ensuite dans la situation de danger comme un signal d'alarme. Le moi qui a vécu passivement le traumatisme, en répète maintenant de façon active une reproduction atténuée dans l'espoir d'en diriger le cours à sa guise (...) il cherche à maîtriser psychiquement les impressions de sa vie* ». S. Freud reprécisa dans cet ouvrage que les névroses traumatiques de guerres « *ont avec les névroses actuelles des caractères communs* ».

En 1939, S. Freud dans *L'homme Moïse et la religion Monothéistes*, est revenue sur les traumatismes : infantile et leurs rôles étiologiques dans les névroses. Il distingua alors deux types de traumatismes : les traumatismes positifs, qui permettaient par à coup, la répétition « *contrainte de répétition* » et la remémoration « *fixation au traumatisme* » : et les traumatismes négatifs, qui ne pourraient être remémorés ou répétés, et qui seraient à l'origine « *d'inhibition* » « *d'évitement* » ou de « *phobies* ». Il compléta sa théorie de deux nouvelles notions, les blessures narcissiques et le caractère perspectif des évènements traumatique. « *Les traumatismes sont soit des expériences touchant le même du sujet, soit des perceptions sensorielles, affectant le plus souvent l'ouïe, il s'agit donc d'expériences ou d'impression* ».

Enfin, à la fin de sa vie, S. Freud est revenu sur la question de la névrose traumatique, en laissant ouverte la question de leur spécificité.

« *Il semble que les névroses ne s'acquièrent qu'au cours de la prime enfance, bien que leurs symptômes puissent être bien plus tardifs... Il est possible que ce qu'on appelle névrose traumatique déclenchée par un effroi trop intense ou des chocs somatique graves tels que les collisions de trains, éboulement, constituent une exception : toutefois leurs relations avec le facteur infantile se sont jusqu'ici soustraites à nos investigations* ».

« D'un point de vue psychanalytique, la conception actuelle du traumatisme psychique apparaît comme purement économique et énergétique ».

Nous souscrivons à la théorie freudienne du traumatisme comme effraction du pare-excitations : il y aura traumatisme psychique lorsque le moi du sujet est débordé par le trop plein d'excitations, il est alors mis hors circuit et s'effondre en se désorganisant. Nous rejoignons Marty (2001) pour décrire le traumatisme comme un: « excès de simulation, excès d'images, excès de son, excès ou absence de représentation, de sens excès d'angoisse, débordement des capacités de contenance, défaut ou carence de protection, mécanisme de défense insuffisants, paralysie de la fonction de liaison, effraction du pré excitation. Comme si l'appareil psychique était soumis à un bombardement (trop) intensif qui anéantirait les capacités vitales du sujet, ses défenses (trop peu solide) étant prise à défaut » (Marty, 2001).

Ce qui nous semble caractériser un évènement traumatique c'est sa soudaineté, l'impréparation du psychisme, l'effroi qu'il suscite, le débordement du moi et la mise en échec des capacités d'élaboration, l'impossibilité de décharge des excitations. Nous rajoutons une des caractéristiques du traumatisme proposée par Anna Freud (1968) : il doit « *laisser des*

effets visibles aussitôt après l'événement, signe tangible d'une perturbation de l'équilibre du Moi ».

Dans cette conception, l'événement n'est pas traumatique en soi, ce qui l'est c'est l'incapacité de l'appareil psychique à liquider la surcharge pulsionnelle. Ainsi, il peut s'agir d'un événement particulièrement violent qui menace l'intégrité du sujet, ou alors d'un événement d'apparence moins grave qui sera néanmoins vécu comme déstructurant. Nous sommes également d'avis qu'un cumul d'événements du passage à l'acte suicidaire chez l'adolescent, Diwo (1997) a montré que le poids de la réalité externe, en faisant effraction dans le monde interne, peut entraîner une faillite transitoire de l'appareil mental dès lors que cette somme d'excitations dépasse un certain seuil, et ceux quelles que soient les capacités d'élaboration mentale du sujet. Le moi du sujet peut ainsi se trouver désorganiser « *face à des carences, ou à une accumulation d'événements ou d'éprouvés qui, par leur adjonction, confèrent une intensité traumatique au contexte environnementale.* » (Anaut, 2003).

Nous pensons plus particulièrement aux enfants victimes de maltraitance familiale, qui sont exposés de manière répétée à des situations particulièrement défavorables, ou qui peuvent cumuler plusieurs types de mauvais traitements (des études ont notamment montré que « *les mauvais traitements psychologiques affectent un nombre important d'enfants dont beaucoup subissent déjà d'autres formes de mauvais traitements.* » (Durning & Fortin 1996). Certains enfants parviennent à mettre en place un système de défenses psychiques leur permettant de ne pas s'effondrer, mais parfois il suffira d'un événement pour voir leur seuil de tolérance dépassé leur moi ne pouvant plus se défendre sur tant de fronts.

En ce qui concerne l'opposition entre réalité psychique et réalité externe, nous sommes d'abord avec plusieurs auteurs qui proposent de les intégrer (Bernard, 1990 ; Marty, 2001 ; Korff-Sausse, 2001 ; Lighezzolo & De Tychey, 2004) ; « L'introduction de la réalité psychique permet en effet d'imaginer que la réalité (externe, événementielle) est reprise dans une subjectivité qui lui donne sa consistance, sa cohérence, son sens. Dès lors que l'on admet cette perspective, le monde interne et la réalité externe apparaissent comme indissociables, il semble qu'elles constituent les deux faces d'une même réalité, l'événement réel ne devenant « *événement* » que dans la mesure où il est perçu et interprété par le psychisme du sujet. » (Marty, 2001), Godard (1997) précise que l'événement extérieur n'est pas intégré tel quel par le psychisme, mais en fonction de l'histoire du sujet, et ses caractéristiques propres. L'événement traumatique entre en résonance avec le psychisme de l'individu.

« L'événement qui fait trauma s'impose et nous met en déroute, alors que le sens que nous attribuons à l'événement dépend de notre histoire et des rituels qui nous entourent [...] Il n'y a donc pas « d'événement en soi » puisqu'un morceau de réel peut prendre une valeur saillante dans un contexte et banale dans un autre. » (Cyrulnik, 2003).

La perspective psychosomatique de la résilience divulguée par Cyrulnik (1999) cité par Anaut (2003) a été retenue comme théorie de base par ce que, notre étude est centrée sur l'intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale. En effet, le concept de la résilience entre dans le champ de la psychologie qui conditionne l'individu ayant traversé d'une certaine façon certaines périodes de sa vie à développer des pathologies liées à l'inadaptation. L'approche psychosomatique, quant à elle, tente d'expliquer le processus de résilience à travers le fonctionnement mental, la construction de la personnalité, les relations affectives, les liens d'étayages familiaux et extra-familiaux et les aspects cognitifs et psychosociaux. Dans cette perspective, Lighezzolo & Tychev (2003) propose un panel diversifié de critères externes et internes renvoyant au fonctionnement intrapsychique et aux réalités du sujet pour explorer le processus résilient.

Dans son ouvrage *un merveilleux malheur*, Cyrulnik (1999) soutient que certains enfants apparemment dénués de tout avantage matériel et même environnemental réussissent à surmonter des situations quasi impossible pour peu qu'ils bénéficient de l'appoint d'un tuteur de résilience entendu comme toute personne qui, en tendant une main secourable au sujet lui redonne confiance en lui-même et l'amène à se déployer positivement. Ces cas qui sont suffisamment illustrés dans son ouvrage laissant pressentir qu'il peut exister des dispositions individuelles innées propres à justifier des capacités résilientes chez le sujet. On pourrait dire à ce niveau que la résilience est innée. Dans d'autres cas, c'est le constat habituel avec les difficultés comme les épreuves qui se présentent sur un mode résilient. On peut dire à ce niveau que la résilience est acquise. Pour trancher cela, Poletti et Dobbs cité par Koninckx et Teneau (2001) cité par Michallet (2009) renforcent cet avis lorsqu'ils disent : « la résilience n'est jamais absolue, totale, acquise une fois pour toute (...) elle est variable selon les circonstances, la nature des transformations, les contextes et les étapes de la vie, selon les différents points de vie, selon les différentes cultures ». S'en tenir à ces différents points de vue, la résilience ne saurait donc être totalement qualifiée ni d'innée ni d'acquise.

Godard (1997) précise que l'événement extérieur n'est pas intégré tel quel par le psychisme, mais en fonction de l'histoire de ses caractéristiques propres. L'événement,

traumatique entre en concurrence avec le psychisme de l'individu, l'événement qui fait trauma s'impose et nous met en déroute, alors que le sens que nous attribuons à l'événement dépend de notre histoire et des rituels qui nous entourent. Il n'y a pas d' « événement en soi » puisqu'un morceau de réel peut prendre une valeur saillante dans un contexte et banale dans un autre.

Dans la définition de la résilience que nous avons proposée précédemment, nous avons insisté sur le fait que qu'en amont du processus de résilience il y a toujours un traumatisme, traumatisme auquel le sujet doit résister pour ensuite tenter de l'élaborer. Les questions qui se posent à nous à présent et auxquelles nous allons tenter de répondre sont les suivantes :

- Quels sont les processus impliqués dans la première étape de la résilience, c'est-à-dire la résistance au traumatisme ? Nous envisagerons ici la capacité de restauration du pare-excitations qui peut se faire tant sur le plan externe (la fonction pare-excitante de la mère) qu'interne (le rôle adaptatif des mécanismes de défense) (de Tychey, 2001) ; de Tychey et Lighezzolo, 2005).
- Qu'est-ce qui permet la mise en place durable d'une résilience après le traumatisme ?

Nous ferons référence, dans un premier temps, à la mentalisation qui est un processus intrapsychique se construisant en interaction avec l'environnement externe, permettant l'élaboration du traumatisme (de Tychey, 2001 ; Lighezzolo et de Tychey, 2004). Ensuite, nous aborderons le rôle du tuteur de résilience, susceptible de fournir au sujet de nouvelles cibles identificatoires (de Tychey et Lighezzolo, 2005). Nous avons choisi d'envisager conjointement ressources internes et externes, car nous considérons que ces deux dimensions sont étroitement intriquées au cours du développement.

3.1.2. La théorie de la résilience chez Pierre Marty (1991)

Marty introduit la notion de mentalisation dans les années 1970-1975. La mentalisation, ou élaboration mentale, est un système très complexe, qui dépend de divers éléments externes et internes. Si nous suivons la théorie de Marty (1991), c'est le système préconscient, créé dans la première topique freudienne étant l'espace entre le conscient et l'inconscient qui est l'un des éléments les plus importants dans la mentalisation. Il est composé par des représentations que l'individu possède et se crée au fil du temps, et c'est selon la quantité et la qualité de ces derniers que le système préconscient, ainsi que la mentalisation

dépendent. Il est important de souligner que les représentants psychiques sont aussi bien des représentations sensorielles, que des images élaborées ou des images motrices.

Marty (1991) va alors introduire trois actions pour définir la qualité des représentations psychiques.

Il y a tout d'abord l'épaisseur. En effet, le système préconscient est un système de stockage de ces représentations et la quantité de ceux-ci va dépendre du nombre de strates et de l'épaisseur de ces strates. Ces strates qui s'accumulent dès la naissance, sont soit des nouvelles représentations soit des anciennes et certaines peuvent être liées entre-elles. Et plus il y a des représentations qui traversent le préconscient, plus l'individu aura la capacité d'aborder ces représentations et donc à contenir le quantum d'excitation (l'énergie psychique). Marty pense que la mentalisation sera plus favorable si l'épaisseur des représentations dans le préconscient est importante. Si l'on a vécu avec une mère aimante, alors cette couche sera plus épaisse.

Ensuite, il y a la fluidité qui correspond à la qualité des représentations ainsi que leur circulation entre le conscient et le préconscient, qui peut être utilisé à n'importe quel moment, que cela soit par rapport à des souvenirs passés ou présent.

On peut ajouter un quatrième critère nommé par Aisenstein (2008) de « *domination de l'activité* » (p. 20) qui correspondrait soit à la façon dont la personne perçoit ses représentations, c'est-à-dire si elle voit l'événement vécu plus souvent un angle de plaisir ou de déplaisir ou soit par « *l'automatisme de répétition* » (p. 29).

Marty (1991) explique que si l'une ou plusieurs de ces dimensions citées ci-dessus dysfonctionnement, alors la mentalisation de l'individu devient défectueuse. Il n'y donc plus d'élaboration mentale des excitations de l'appareil psychique. Cependant, la décharge de cette accumulation d'excitation est nécessaire. Toujours selon Marty, lorsqu'un événement traumatique se produit, cela va éveiller les conflits intrapsychiques dont l'individu est plus ou moins conscient de leurs existences. Toutefois, il ne prend pas en compte ce que représente la réalité externe de l'individu, qui reste un élément important. En effet, Debray (2001), qui contrairement à Marty, pense qu'un événement externe peut être fragilisant, additionner à une fragilisation interne peuvent alors déclencher une désorganisation somatique lorsque la réalité externe fait résonance à celle qui est interne.

D'après Marty, il existe plusieurs structures psychiques différentes et qui vont être plus ou moins bien mentalisées. Pour souligner la différence, nous allons parler d'un côté des sujets bien mentalisées et de l'autre des sujets mal mentalisés. Mais tout en sachant qu'il est possible de favoriser l'apparition d'une dépression, des manifestations d'angoisse et mentales, chez les individus bien mentalisés, lorsque le recours à la voie mentale n'est pas disponible immédiatement. La décharge va alors se faire soit par la voie comportementale soit par la voie somatique. Cela n'empêchera pas au traumatisme de se voir élaborer psychiquement, car les « *excitations et représentations nouvelles vont rejoindre la masse de l'activité conflictuelle psychique existante qui les englobe et les assimilé dans un temps plus ou moins long, avec plus ou moins de peine* » (Marty, 1991, p. 37). Debray (2001) rajoute que « *personne, si bien mentalisé soit-il, n'est à l'abri d'une désorganisation somatique éventuellement grave à un moment donné de son existence.* » (p.32).

Pour les sujets mal mentalisés, leur système préconscient ne fonctionne pas, ce qui engendre un cumul d'excitation qui ne s'exprime pas et ne sont pas déchargées par la voie mentale. Apparaît alors chez ces personnes, une « *dépression essentielle et la désorganisation progressive du corps* » (Theis, 2006, p.73) c'est-à-dire une sommation grave qui évolue dans le temps.

Mozoyer et Roque (2013) soulignent que les différences interindividuelles dans le cas où une personne va se retrouver fragilisée par un évènement et développer en parallèle une maladie tandis que qu'une autre n'aura pas de problème de santé inquiétante alors qu'elle aura été confrontée au même évènement. Les auteurs ont en tête que « *la désorganisation somatique peut être mobilisée comme défense contre un effondrement psychique* » (p. 178).

La mentalisation est, selon De Tychev (2001, p.53). « *La capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables, les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi d'abord* ». Nous pouvons comprendre par-là que l'élaboration mentale va donner du sens à la blessure que la personne a subi, en traduisant les diverses excitations internes en des représentations psychiques. Cette traduction s'effectue au sein du préconscient. Ensuite, ces représentations doivent être partagées, soit de façon verbale, soit par écrit ou encore par le mécanisme de la créativité pour aboutir à un processus de résilience.

Debray (2001) développe le travail de Jasmin et al. (1990) dont l'étude porte sur 77 femmes suspecter d'avoir le cancer du sein mais dont le diagnostic médical n'était pas encore

avéré. La méthodologie de la recherche s'est basée sur les entretiens psychanalytiques entre les chercheurs et les patientes. Ces entretiens avaient pour but de trouver les qualités de leur mentalisation, en prenant en compte les caractéristiques du fonctionnement psychique, et ainsi émettre un pronostic sur la nature de la tumeur en disant si celle-ci était bénigne ou maligne. Les précisions de ces chercheurs ont été validées statistiquement montrant le « *rôle décisif quant aux possibilités du sujet de résister à un éventuel mouvement de désorganisation somatique* » (p.103) par rapport à ces femmes atteintes d'une tumeur qui s'est avérée bénigne. Pour se faire comprendre par tout le monde, Debray (2001) définit la mentalisation comme étant « *la capacité qu'à le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques.* » (p. 103). La mentalisation est alors un type de travail psychique qui va se mettre en place lorsque l'individu se sent angoissé, en dépression et en conflits.

En résumé, malgré les divergences des autres par rapport à la définition de la résilience, nous pouvons définir cette dernière comme étant un phénomène où un enfant, un adolescent ou un adulte parvient à surmonter la blessure que le traumatisme a pu entraîner. Nous remarquons l'importance chez plusieurs chercheurs, des facteurs de risques et de protection, qui peuvent alors avoir un impact chez les personnes résilientes. Cette intrication entre les différents facteurs démontre alors avoir un processus multicanal de la résilience permettant ainsi de comprendre la difficulté chez les chercheurs de définir ce terme avec précision. Ces facteurs ne restent pas immuables dans le temps, elles peuvent alors créer des variables auprès de la personne dite résiliente, provoquant alors des ruptures de résilience dont Cyrulnik en fait mention dans ces écrits.

Liebenbefg et Ungar (2009), se sont appuyés sur les différents facteurs de protection, autant internes qu'externes pour pouvoir évaluer le niveau de résilience à partir d'un questionnaire auto-rapporté. Ils se basent sur le principe que lorsque nous fournissons « à une personne la possibilité de réaliser son potentiel » grâce à l'aide provenant d'un individu ou d'un groupe d'individu professionnel et/ou au soutien des proches de la personne.

Même si les facteurs de risques et de protection ne signifient pas qu'il existe une relation de causalité, c'est tout au long de notre vie que se joue le processus de résilience. En effet, vu que les facteurs proviennent de la personne elle-même avec ses forces et ses faiblesses, mais aussi de l'environnement et du contexte dans lequel nous évoluons. La

résilience ou vulnérabilisations vont aussi être impactés par les personnes de notre entourage et celles que nous avons rencontrées.

Après l'effraction du pare-excitation par l'événement traumatique, nous avons vu que le recours à des mécanismes de défense permet dans un premier temps d'encaisser et d'atténuer les agressions et les souffrances (de Tychev, Lighezzolo, 2005). Une opération essentielle, tenue par le moi du sujet, doit ensuite être réalisée : il s'agit de la liaison psychique des affects et des représentations, permettant un travail d'élaboration mentale des tensions générées par le trauma. C'est la phase de mentalisation du traumatisme. Nous adhérons à la position proposée par Tychev (2001) selon laquelle « *la mentalisation constitue le processus intrapsychique essentiel qui vient fonder la capacité de résilience du sujet* ». C'est autour du concept de mentalisation que nous allons à présent nous centrer, en abordant les positionnements théoriques de différents auteurs ayant contribué à son développement. Nous verrons qu'il n'existe pas de définition univoque de la mentalisation, ainsi nous précisons celle qui retient plus particulièrement notre attention. Avant d'aborder les hypothèses construites dans ce cadre théorique, notre réflexion portera sur les déterminants précoces de la mentalisation, essentiel à son développement et donc à l'émergence de la résilience.

Marty est l'un des co-fondateurs de l'École de psychosomatique de Paris créée en 1962. Lors de l'élaboration de sa théorie psychosomatique (1918-1993), il introduit notamment la notion de mentalisation (années 1970-75). « *Le terme de mentalisation utilisé en psychosomatique désigne l'ensemble des opérations symboliques par lesquelles l'appareil psychique assure la régulation des énergies instinctuelles et pulsionnelles, libidinales ou agressives* ». Pour Marty (1991), la mentalisation traite de la quantité et de la qualité des représentations psychiques des individus, représentations qui se manifestent dans le système préconscient. Les caractéristiques de ce système peuvent être considérées sous trois aspects distincts :

- Son épaisseur, « *l'accumulation des couches de représentations pendant les différents temps du développement individuel [...]* » ;
- La fluidité et la souplesse des représentations, la circulation des représentations au sein d'une même couche et d'une couche à l'autre, c'est-à-dire « *lors de leur évocation, de leur liaison à d'autres de la même époque [...] ou d'époque différentes [...]* ».
- La permanence, la régularité du fonctionnement du système préconscient dans le temps.

Marty précise que lorsqu'une ou plusieurs de ces dimensions est altérée, la mentalisation du sujet devient déficiente, l'appareil psychique ne peut plus élaborer les excitations. Néanmoins leur décharge est nécessaire et se fera alors soit par la voie comportementale, soit par la sphère somatique. Selon Marty (1991) la confrontation à un événement traumatique éveille chez les sujets des conflits intrapsychiques plus ou moins latents- remarquons que ce psychosomatique accorde peu de poids à la réalité externe (Rebourg et al, 1991), ce qui compte avant tout c'est l'accumulation, l'excès d'excitation qui ne peuvent plus recevoir un traitement mentalisé.

Chez les sujets bien mentalisés, nous dit Marty, lorsque par la voie mentale n'est pas immédiatement possible, on voit paraître une dépression, une augmentation des symptômes mentaux et des manifestations d'angoisse, mais surtout *« excitations et représentations nouvelles vont rejoindre la masse de l'activité conflictuelle psychique existante qui les englobes et les assimile dans un temps plus ou moins long, avec plus ou moins de peine »*, ce qui a donc fait trauma peut se voir élaborer psychiquement. Il en est tout autrement pour les sujets mal mentalisés, pour lesquels *« en l'absence de fonctionnement du système préconscient, les excitations exprimées et non déchargées précisent et s'accumulent »* favorisant l'apparition d'une dépression essentielle et la désorganisation progressive du corps (affections somatiques évolutives et graves). Entre ces deux organisations psychiques, Marty identifie d'autres structures psychiques plus ou moins bien mentalisées avec des caractéristiques propres. Cet auteur note que les insuffisances foncières des représentations dans le système préconscient ne sont pas réversibles, que ce soit spontanément ou à l'aide de réanimation psychique est possible.

3.1.3. Processus psychique de la résilience

La résilience suppose en amont comme nous venons de dire de la survenue d'un traumatisme unique ou multifactoriel et en aval une aptitude du sujet à la surmonter (de Riches, 2001 cité par Anaut, 2003). En termes de risques psychiques, le contexte traumatogène est marqué par des risques qui peuvent être massifs bref intense ou cumulatifs ou de longue durée. Selon Bourguignon (2000) cité par Anaut (2003), la résilience résulte d'un processus de négociation de ce risque. Pour cet auteur, les facteurs protecteurs qui permettent la résilience se comportent comme des médiateurs. Il est à relever que le fonctionnement de la résilience chez la réfugiée peut être décomposé en deux temps, ce qui correspondrait à la résilience à court terme et à long terme qui se dévoile comme suit :

Dans un premier temps la confrontation au trauma et la résistance à la désorganisation psychique. Ce qui nécessite la déconstruction d'un fragment de réalité intolérable avec mise en place de mécanismes défensifs : brilles psychique, invention d'une autre famille, mécanismes de protection face à l'effraction de la réalité frustrante ; Imaginaire ; Dénî...

Dans un deuxième temps, l'intégration du choc et la réparation qui passe par le rétablissement des liens rompu par l'effraction du trauma et la reconstruction à partir de l'adversité. Cela passe par la nécessité de conférer un sens à la blessure.

Sur le plan intrapsychique la résilience suppose à la fois le recours à des mécanismes de défense adaptés mais également de faire un travail de mise en sens ou mentalisation. La mentalisation correspond selon Tychev (2001) cité par Anaut (2003), à « *la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables, les images et les émois ressentis pour leurs donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi d'abord* ». Selon cet auteur, le travail de la pensée, dure, elle-même permettant de traduire les excitations en représentations verbales partageables est une condition essentielle du fonctionnement résilient à long terme. La mentalisation constituent le processus intrapsychique, le processus psychique de résilience dépendra de la mobilisation de deux paramètres à savoir la rigidité ou souplesse des mécanismes de défense de Moi pour faire face au déplaisir du traumatisme et la capacité d'élaboration mentale : mise en mots, en récit du vécu traumatisme et la capacité d'élaboration mentale : mise en mots, en récit du vécu traumatique et des émotions qui sont liées. Ce qui vient d'être dit relève de la résilience individuelle.

On peut aussi appréhender le processus de résilience de manière psychodynamique suivant deux axes principaux. D'une part du point de vue du traumatisme et de la réponse du sujet, d'autre part du point de vue des mécanismes de défense mobilisés par le sujet réputé résilient.

3.1.4. Résilience et traumatisme

Dans la perspective psychodynamique, on considère qu'il n'y a résilience que dans la rencontre avec le traumatisme. Ainsi, le processus de résilience suppose la survenue d'un traumatisme (unique ou multifactoriel) et la réponse du sujet qui relèvera de son aptitude à surmonter le traumatisme. La résilience résultera de l'expérience trauma gène qui met en jeu les dimensions suivantes :

- Un risque vital (psychique ou physique)
- Un éprouvé d'agonie psychique...

L'approche psychodynamique stipule que l'étude du processus résilient chez un sujet renvoie à la mise en scène des potentiels relevant de différentes dimensions internes et externes. Ces potentiels peuvent relever du domaine des relations psychoaffectives, les liens et étayages familiaux et extra-familiaux et inclure la prise en compte des aspects cognitifs et sociaux dans la mise en place du processus. Il ressort que la résilience ne peut avoir lieu chez un sujet sans que celui-ci ne sois confronté à une situation traumatique. Le processus résilient serait réparable à partir de la rencontre avec le danger physique ou psychique intense ; situation qui instaure l'idée subjective de mort, avec une intensité très forte dépassant à un évènement brutal ou à une cumulation d'évènements qui par leur intensité ou leurs répétitions provoquent de fortes tensions. La résilience résulte d'un processus de négociation de ce risque, et les facteurs protecteurs qui permettent de la résilience se comportent comme des mécanismes médiateurs.

La résilience familiale intervient face aux difficultés et catastrophes touchant l'individu et les siens. Dans une telle situation, la famille peut être considérée dans son ensemble comme un système touché par le traumatisme soit comme une victime indirecte, soit comme victime directe. Lorsqu'une famille parvient à résister et à continuer à développer une existence riche et créative, elle peut être considérée comme une famille résiliente.

La résilience organisationnelle abordée par Koninckx & Teneau (2010) stipule que dans une organisation, lorsque la crise survient, pour s'en sortir, il est nécessaire de changer les habitudes de travail en changeant le comportement.

3.1.5. Pratiques cliniques de la résilience

On peut souligner l'intérêt de ce modèle sur les terrains de pratiques divers : psychologique, éducatifs, de soins (psychique et somatique...). Tout d'abord, la grande majorité des études portant sur la résilience ont porté sur l'influence des facteurs individuels reliés au processus de résilience (Benson, 1997, 2008), la nature (traumatique ou non) des réponses post victimisation d'une personne agressée et influencée à la fois par la représentation que la personne se fait de l'évènement ainsi que celle que s'en fait son environnement social. Cet important constat a conduit à la nécessité d'intégrer, à l'intérieur d'un même cadre

théorique, l'approche transactionnelle du stress et du coping (Lazarus et Folkman, 1984) et le modèle économique (Bronfenbrenner, 1979) ou écosystémiques.

Dans les pratiques de soin, le modèle de résilience complète l'approche classique de la vulnérabilité des facteurs de risques et de la psychopathologie. En effet, la résilience élargit les perspectives des pratiques cliniques en complétant la prise en compte des « *caractéristiques pathogènes* » par celle des « *caractéristiques salutogènes* ».

La plupart des chercheurs et des praticiens s'accordent pour considérer que la résilience est un potentiel présent chez tout un chacun. Dans cette perspective, Lemay (1999) le décrit comme : « *un formidable réservoir de santé dont disposerait chaque individu* ». La résilience peut se développer différemment suivant les individus, leurs caractéristiques singulières, en fonction des étapes du développement psychologique, du cycle de vie et des circonstances socio-environnementales. La résilience n'est donc pas considérée comme l'apanage de certains individus et absente chez d'autres, mais comme un potentiel présent chez tous les sujets. Cette hypothèse de ressources résilientes latentes permet d'envisager des accompagnements basés sur le modèle de la résilience. Ainsi, les mécanismes de la résilience peuvent soit être activés spontanément par les individus lors de circonstances particulières (traumatisme...); ou bien être stimulés par des procédures d'aide ou d'accompagnement (éducatif, thérapeutique, soignant...).

Quels accompagnements de la résilience les programmes d'accompagnement de la résilience peuvent tenter de stimuler ou développer des modes de protection en s'appuyant sur des caractéristiques individuelles déjà existantes ou à développer chez un sujet. Comme par exemple : l'efficacité intellectuelle ; l'autonomie et l'efficacité dans ses rapports à l'environnement ; le sentiment de sa propre valeur ; les capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie ; l'anticipation et la planification ; le sens de l'humour. Les objectifs des prises en charge peuvent notamment tenter de travailler sur des paramètres tels que : l'estime de soi, la confiance, l'optimisme, le sentiment d'espoir, la sociabilité. Ou encore, l'autonomie et l'indépendance, l'endurance, la capacité à combattre les stress. Il peut s'agir d'accompagner l'émergence des attitudes positives pour faire face à des problèmes, les résoudre, prévoir leurs conséquences...

Du point de vue psychothérapeutique, le travail peut se centrer sur l'élaboration de la capacité et de la honte, notamment pour les victimes de violences, d'agressions, d'accidents traumatiques, de catastrophes...

Nous ne proposons pas d'hypothèse en rapport à cette partie concernant le traumatisme. Travaillant dans un cadre de recherche psychodynamique, il nous semble nécessaire de comprendre comment les femmes victimes de la fistule obstétrique se construisent ce qui nous a conduits à cerner la définition de la résilience en nous positionnant par rapport aux différentes conceptions qui existent à ce sujet. L'intérêt de cette réflexion réside également dans la mise en avant de la conduite de la condition nécessaire à l'étude de la résilience : la confrontation à une adversité conséquente. Ainsi donc, nous verrons que les sujets que nous avons retenus pour cette recherche ont tous été victime de rejet social, de rejet familial, de fragilité et de vulnérabilité, de marginalisation et de discrimination, de problème éducatif, de manque de mixité social, d'inaccessibilité aux soins de regards méprisants, de violences psychologiques, de dénigrement, de frustration, d'exclusion, de blessures narcissiques, toute chose susceptible de provoquer un traumatisme renforçant ainsi le manque de confiance en soi, une faible estime de soi et un repli sur soi.

3.2. LA THEORIE DU SENTIMENT SOCIAL D'ADLER (1911)

La théorie d'Adler (1911) considère chaque individu comme un être global, dans son contexte social, professionnel et familial. Il se base sur les concepts de conscience et d'inconscient et s'intéresse tout particulièrement au contexte d'infériorité, c'est-à-dire le sentiment d'être inférieur à d'autres personnes. Avec cette approche, il ne considère que chaque individu à partir de ses expériences passées au travers de ses relations familiales, amicales ou professionnelles. Les problèmes actuels sont en lien avec des réactions inconscientes liées à l'histoire personnelle. Les « *points faibles* » psychiques et psychologiques sont aussi des éléments héréditaires et constitutifs qui interviennent dans la souffrance actuelle de la personne et dont le dépassement est nécessaire à l'âge adulte.

Selon Alder (1911), toujours par manque d'un développement suffisant du sentiment de communauté, ou encore sentiment social, le sujet se sentira seul ou s'isoler, perd la confiance en lui-même, devient le siège d'hésitations de toutes les craintes faisant apparaître des menaces, des dangers là où n'y a pas, d'angoisse rendant tout projets irréalisables... Ce sont les symptômes du contexte d'infériorité et aussi c'est le cas des femmes souffrant de fistule obstétricale qui font face à la stigmatisation sociale, structurelle et psychologique au quotidien à cause de leurs incontinences chroniques.

Ainsi la manifestation névrotique de ce complexe va entraîner des formes graves, suicide, ou agressivité se retourne contre la personne. Elles apparaissent toujours face à la

confrontation du sujet à l'une ou à plusieurs des trois difficultés essentielles de la vie : le rapport à autrui (la vie en société), la vie professionnelle et la vie effective. D'après lui, « *Le sentiment d'infériorité gouverne le mental, on peut clairement le reconnaître dans le sens de l'imperfection et de l'incomplétude, et dans la lutte ininterrompue à la fois des individus et de l'humanité* ». Le sentiment social, c'est un besoin inhérent à chacun de nous de se lier, de s'identifier, de reconnaître les autres et de se reconnaître en eux.

Dans un idéal pour la vie, Adler donnait l'explication suivante : « *il y a toujours eu des gens qui savaient que le sens de la vie était de s'intéresser à l'humanité, et qui ont tenté de développer l'intérêt social et l'amour. Quelques soient les religions, elles se préoccupent du salut de l'humanité. Dans tous les grands mouvements que le monde a connus, des gens ont lutté pour développer l'intérêt social, et la religion* ».

Pour Adler, nous sommes confrontés à un cadre en permanence tandis que nous cherchons une signification dans les domaines que sont le travail, la société et les relations intimes. En effet, les gens se trompent sur le sens à donner à ces domaines que les problèmes surviennent. Il définit les sens erronés de la vie comme étant eux qui s'attaquent au principe le plus fondamental et le plus incontestable de la santé mentale : l'individu doit s'intéresser au bien-être d'autrui. Il souligna qu'il existe une loi selon laquelle l'homme doit aimer son prochain.

La psychologie d'Adler s'adresse à tous, car elle permet de surmonter les problèmes d'adaptation sociale d'une personne dans son environnement. Elle permet à chacun de trouver sa place en luttant contre le sentiment d'infériorité à l'origine de complexe et de difficultés psychologiques. Les faiblesses deviennent alors des forces permettant à la personne de mieux se connaître et de se sentir plus sereine au quotidien.

Adler applique ses différents principes à l'éducation et développe sa théorie où il définit le « *complexe d'infériorité* » et met de l'avant l'importance du sentiment social comme facteur de base de la vie psychique. Pour lui, la formation de la personnalité s'appuie sur les trois piliers que sont :

- Sentiment d'infériorité ;
- La compensation ;
- Et le sentiment de communauté auxquels il faut ajouter le pouvoir de créateur.

Le sentiment de communauté, ainsi appelé sens de la communauté, sens social, sentiment social dans la littérature Adlérienne. Le sentiment de communauté constitue une synthèse entre égoïsme et altruisme car ce que le sujet fait pour lui, il le fait aussi pour la communauté, il le fait aussi pour lui parce qu'il appartient à la communauté.

L'être humain est un être profondément social. Les liens sont constamment vérifiés et renouvelés et doivent s'appuyer sur la communication efficace, chaque fois que nous interagissons avec l'entourage ou avec le membre de notre famille, des amis. Lorsque l'interaction est positive, elle suscite des sentiments de solidarité entre les individus participants. Par ailleurs, lorsque notre capacité à communiquer ou à interagir avec les autres diminuent (par exemple en raison d'une incapacité à la participation aux activités de la vie sociale), nous sommes plus vulnérables et les sujets vont ressentir des émotions négatives. Danemark (1998). De tout temps, de tout lieu, l'exclusion existe et demeure, se modelant et s'inscrivant continuellement aux nouveaux schémas de pensée du collectif social, (Strauss, 1955, p.418).

Cependant, la fistule obstétricale est une maladie qui handicap les femmes victimes sur tous les plans car elle a des conséquences graves à court et à long terme sur la santé de la femme victime et bouleverse ou encore met en mal toute sa vie sociale. Elles sont moralement et physiquement diminuées et sont très souvent sujettes à des railleries et font l'objet de stigmatisation/discrimination dans leur milieu social.

Par ailleurs, elles vivent une très grande souffrance morale caractérisée par une faible ou manque total d'estime de soi. Elle éprouve aussi un complexe d'infériorité et un sentiment d'abandon causé par ce handicap peut entraîner une dépression voire la mort de la victime. Pour la société, elles sont maudites et sont responsables de leur situation alors que la médecine répare cette pathologie et voit la guérir.

**DEUXIEME PARTIE : APPROCHE METHODOLOGIQUE ET
OPPERATOIRE, PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET
DISCUSSION.**

CHAPITRE 4 : LA METHODOLOGIE

D'après le sociologue NGA NDONGO Valentin (2003), la méthodologie est un outil pour l'observation des dynamiques à l'œuvre dans la société (...). Sans un tel outil, en effet la sociologie sombrerait bien vite dans une sorte de fantasmagorie ou de discours militant, vide de sens et de puissance. Pour le respect de règle de l'art, dans ce chapitre, il est question de recenser et de présenter les instruments de recherche utilisés tout au long de l'étude. Il convient de retracer l'évolution méthodologique afin d'expliquer rationnellement les variables permettant la vérification d'hypothèses de recherche.

La méthodologie de ce travail se décline en deux points essentiels : le modèle théorique et les techniques de collecte de données. Il serait question dans cette partie de présenter les hypothèses, la variable, le type de recherche, la présentation du site de l'étude, la population parente, l'échantillonnage, le type d'instrument pour recueillir les informations et la façon dont les données ont été recueillies.

4.1. METHODES DE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE SOCIALE

La recherche en psychologie sociale, comme en psychologie générale, utilise différents méthodes expérimentales, les méthodes non expérimentales et les méthodes dites secondaires ou historiques.

La méthode expérimentale ou devis expérimental est celle qui peut se faire en laboratoire ou milieu naturel et se caractérise principalement par la manipulation d'une variable indépendante étudiée chez divers individus ou groupes. En général, on utilise un *groupe témoin* et un ou plusieurs groupe expérimentaux afin d'observer l'effet de la modification de ces variables pour finalement obtenir un lien de causalité. Dans certaines situations comme par exemple dans les études sur les effets des catastrophes naturelles, il se peut qu'il soit impossible de travailler avec un groupe témoin. On peut alors effectuer une étude sur un groupe témoin équivalent. On peut alors de devis quasi expérimental ou méthode quasi expérimental.

A un stade plus primitif de recherche, on peut rechercher la causalité entre deux variables mais simplement la corrélation. On fait alors appel au devis corrélationnel ou méthode corrélationnelle. Dans ce cas-ci, aucune variable n'est manipulée par l'expérimentateur. Il s'agit d'une méthode descriptive et non expérimentale. Dans les cas où, par exemple pour les raisons d'éthique, il n'est pas possible de recréer certaines conditions en laboratoire ou d'effectuer des expériences sur certains groupes de personnes, on peut faire appel à d'autres types de méthodes non expérimentales comme les enquêtes ; les entretiens, les simulations ou les jeux de rôle.

Des méthodes dites secondaires ou historique comme étude de cas, l'analyse de contenu, l'analyse archivistique ou la méta-analyse (synthèse de plusieurs études) sont également utilisées dans la recherche en psychologies sociale.

4.2. RAPPEL DES ELEMENTS DE LA PROBLEMATIQUE

Notre sujet de recherche s'articule sur les stratégies d'interventions et intégration sociale des femmes victimes de fistule obstétricale. Les constatations et le contexte de cette étude pose le problème de « l'insuffisance des stratégies d'accompagnement psychosociale sur les femmes victimes de fistule obstétricale : Cas du centre national de traitements de fistule obstétricale de N'Djamena » De façon plus précise il est question de l'insuffisance ou absence des stratégies d'accompagnement psychosociale des femmes victimes de fistule obstétricale du Centre national de traitements de fistule obstétricale de N'Djamena. Nous voulons comprendre l'impact des stratégies d'accompagnement psychosocial sur les femmes victimes de fistule obstétricale.

4.2.1 Rappel des questions de recherche

Notre question principale de recherche est celle-ci : « Qu'elles sont les stratégies d'intervention qui peuvent contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena ? ». C'est à partir de cette question principale que nous avons formulé les trois questions secondaires ou spécifiques suivantes :

QS1 : Les techniques d'assistance sociale peuvent-elles contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena ?

QS2 : L'assistance sociale peut-elle contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena ?

QS3 : L'assistance communautaire peut-elle contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena ?

QS4 : Le suivi psychologique peut-il contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena ?

4.2.2 Rappel des hypothèses de l'étude

L'hypothèse est une réponse supposée à une question de recherche, réponse qui doit être soumise à une vérification empirique. Rogers (1979, p.23) affirme dans ce sens qu' « une hypothèse est proposition de réponse aux questions que l'on se pose à propos de l'objet de la recherche, formulée en des termes tels que l'observation et l'analyse puissent fournir une réponse ». C'est un énoncé qui prédit une relation entre deux ou plusieurs termes et impliquant une vérification empirique (Angers, 1992). Nous avons deux types d'hypothèses dans notre travail à savoir : une hypothèse générale et des hypothèses de recherche.

➤ Hypothèse générale

Notre hypothèse générale est la réponse à la question principale de recherche posée précédemment. Elle s'articule comme suit :

H.G : Certaines stratégies d'intervention peuvent contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale : cas du centre national de traitement de la fistule obstétricale de N'Djamena.

Les hypothèses de recherche ou spécifique découlent de l'opération systématique de l'hypothèse générale.

➤ Hypothèses spécifiques

HS1 : Les techniques d'assistance sociale peuvent contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

HS2 : L'assistance médicale peut contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

HS3 : L'assistance communautaire peut contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

HS4 : Le suivi psychologique peut contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

4.2.3. Opérationnalisation de la variable

Une variable est une entité susceptible de prendre plusieurs valeurs. C'est une caractéristique d'une personne, d'un objet ou d'une situation liée à un concept et pouvant prendre diverses valeurs (Angers 1992). Howell (2008, p.4) souligne qu'elle est « une propriété d'un objet ou événement qui prend différentes valeurs ». Deux types de variables composent donc nos hypothèses, à savoir : une variable indépendante (VI) et une variable dépendante (VD). Ce sont ces variables qui sont pour Rossi (1997) des indicateurs permettant de mesurer le phénomène étudié. Les variables indépendantes sont « celle qui sont manipulées par le chercheur, elles sont dites indépendante parce qu'elles ne dépendent pas du sujet. Elles sont la cause du phénomène » (Rossi, p.41). La variable indépendante influence donc les modifications : c'est le comportement attendu. Elle subit l'effet de la VI. Dans le cadre de notre étude nos variables sont définies comme suit :

➤ La variable indépendante (V.I)

Nous avons jugé utile d'opérationnaliser notre V.I à travers le facteur de la stratégie d'intervention par le CNTF. A l'instar des autres institutions, le CNTF a deux formes de stratégie d'intervention pour aider les femmes victimes de FO : la prise en charge chirurgicale et la formation socioprofessionnelle par l'Association pour la Réinsertion sociale des Femmes Victimes de la Fistule (ARFVF). Ce cadre de formation est créé pour aider les femmes victimes de fistule obstétricale. La formation se fait gratuitement, l'initiative était d'un prêtre comme nous l'avons déjà souligné plus haut. L'ARFVF est dotée des machines à coudre, de tissage. Ces femmes sont encadrées par un couturier de formation, le but était de les aider à

mener une activité qui leurs procures un peu de moyens de subsistance. Elle sert aussi d'un cadre d'accompagnement psychologique.

L'implication de l'environnement sociale et le renforcement des actions d'information et de communication constituent l'opérationnalisation de notre variable indépendante.

➤ **La variable dépendante**

La variable dépendante est l'intégration psychosociale des femmes victimes de fistule obstétricale. Les tableaux ci-dessous présentent l'opérationnalisation de nos différentes variables.

Tableau 1: Structure logique des variables et modalités.

VI	Modalités	VD	Modalités
La stratégie d'intervention	Accompagnement psychosociale	Intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena	Réinsertion familiale
	L'implication de l'environnement social		Intégration culturelle
	L'assistance médicale		Intégration professionnelle

Tableau 2: Synoptique d'opérationnalisation des variables

Hypothèse Générale	VI	Modalités	Indicateurs	Indices
Certaines stratégies d'intervention peuvent contribuer de façon significative à l'amélioration de l'état d'intégration psychosociale des femmes victimes de fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.	La stratégie d'intervention	Accompagnement psychosocial	- écoute - entretien - conseil	- la période - le soutien - la guidance
		L'implication de l'environnement sociale	- Association - Mouvement d'église - Mouvement politique	- Envie de suicider - Solitude - Anxiété
		L'assistance médicale	-Hospitalisation - Opération - Suivi médical	-Hôpital - Centre de santé - Clinique
	VD	Intégration familiale	- Acceptation -Affection -Retour	- Liberté -Amour - <u>Solution</u>
	Intégration psychosociale des femmes victimes de fistule obstétricale du CNT de N'Djamena	Intégration culturelle	-identité culturelle -normes sociales -participation aux activités culturelles	-adaptation -considération
	CNT de N'Djamena	Intégration professionnelle	- réconciliation avec le milieu social -nouveau regard -accueil dans le milieu social	-relation au sein de la communauté -vie communautaire -relation avec les autres -réintégration sociale

4.3. TYPE DE RECHERCHE

Tribble (2014), indique que la méthode est la pierre angulaire de la recherche appliquée en sciences humaines, sociales ou de la santé car c'est elle qui oriente le chercheur dans la réalisation d'un projet. Elle soutient le processus de réflexion en fonction du contexte dans lequel s'inscrit le projet, soit tenir compte de la question de recherche, du phénomène et de la population de l'étude. Creswell (2014) souligne que les designs de la recherche sont les types d'investigation aux approches qualitatives, quantitatives et méthodes mixtes qui fournissent une direction spécifique pour les procédures dans une conception de recherche.

Dans notre domaine d'étude, nous avons choisi la recherche qualitative de type exploratoire et descriptif. La recherche qualitative selon Anadón (2006) privilégie d'une façon ou d'une autre l'expérience et les points de vue des acteurs sociaux sur un sujet précis. Ainsi, le point de vue des acteurs est valorisé à travers l'interprétation qu'ils accordent à leur vécu quotidien (Deslauriers et Kérisit, 1997) cité par NDOBE (2021). En d'autres termes, la recherche qualitative permet de comprendre le sens que les acteurs sociaux accordent à un phénomène social. La recherche qualitative a pour objet principale l'étude des phénomènes humains dans l'optique de plus de compréhension et d'exploitation. La recherche qualitative est intensive à ce qu'elle s'intéresse surtout à des cas et des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur. Elle est un canevas qui permet de rechercher le sens et les finalités de l'action humaine et des phénomènes sociaux.

Dans le cadre de cette étude, nous avons opté pour cette démarche méthodologique parce qu'elle permet de comprendre et de saisir le point de vue des intervenants concernant la problématique de la prise en charge psychosociale de la femme victime de fistule obstétricale.

Cette recherche vise à comprendre les représentations du phénomène des fistules obstétricales et les modèles d'intervention utilisés auprès des femmes victimes de cette pathologie, mais particulièrement les stratégies de prise en charge déployées par le Centre National de Traitement de Fistules obstétricales de N'Djamena, pour intervenir auprès de ces femmes à travers le discours des intervenants recueillis lors des descentes sur le terrain.

Notre recherche est de type descriptif et de nature exploratoire. Elle est descriptive parce que nous essayons dans ce travail de mettre à la connaissance des acteurs du Centre National de Traitement des Fistules obstétricales et d'autres acteurs sociaux les éléments perceptibles dans la qualité de la prise en charge psychosociale et d'autres services d'accompagnement auprès des femmes victimes de fistule obstétricale. Or, la nature

exploratoire de notre recherche vient du fait que, nous avons voulu décrire les facteurs comportementaux qui, dans la vie quotidienne des victimes de fistule, ont un impact négatif sur l'intégration sociale de la femme victime de fistule, tout en faisant une descente sur le terrain. D'une manière générale, notre étude étant qualitative, elle est basée sur une approche systématique de collecte et d'analyse des informations obtenues à partir d'un échantillon de la population. Elle s'attèle à fournir les résultats valides sur le plan descriptif.

4.3.1 Méthode qualitative de recherche

La phénoménologie est une science de vécus humains, se donne pour tâche d'étudier ce qui est dans le champ à l'objectivité en allant au-delà de la subjectivité humaine, pour aborder l'essence même du phénomène (Bordeleau, 2005). Dans le même ordre d'idée, il réaffirme qu'il comporte un questionnement, une visée, une méthode et une attitude puisqu'elle s'intéresse à l'expérience empirique et existentielle. La phénoménologie est utilisée lorsqu'un chercheur cherche à comprendre et décrire les expériences des individus vécues quotidiennement par rapport à un phénomène (Creswell, 2014 ; Nda, 2015), les perceptions et les perspectives des personnes relatives à une situation particulière (Leedy & Ormrod, 2015, p.273). À travers cette méthode, le chercheur tente de comprendre et décrire la manière dont les personnes perçoivent et donnent du sens à leurs expériences, croyances, attitudes, sentiments, émotions et convictions par rapport à un phénomène (Denscombe, 2010, p.94). Pour Eddles-Hirsch (2015), les phénoménologues cherchent à comprendre la façon dont les participants interprètent le monde quotidien et perçoivent l'expérience humaine du monde quotidien.

La phénoménologie souligne la possibilité d'une multiplicité de réalités en rejetant l'universalité dans la réalité (Denscombe, 2010, p.97). Il indique encore que la réalité varie d'une situation à l'autre, d'une culture à l'autre. Ce qui soulève la question du dynamisme dans les expériences vécues par les individus. Nous choisissons la méthode phénoménologique afin d'atteindre le but de recherche que nous nous sommes au départ. Selon N'Da (2015), la phénoménologie privilégie le point de vue des sujets de l'action et accorde d'importance à l'interprétation que le sujet donne à des événements qu'il vit.

4.4. PRESENTATION DE LA VILLE DE N'DJAMENA

➤ **Sur le plan démographique :**

Fondée le 29 mai 1900 par Emile Gentil au confluent des fleuves Logone et Chari sur l'emplacement d'anciens villages de pêcheurs Kotoko, la ville s'appelait Fort Lamy en souvenir du commandant François Amédée Lamy décédé à la bataille de Kousseri quelques jours plus tôt. Elevé au rang de commune en 1919, la ville a assuré un rôle stratégique de première importance pendant la Seconde Guerre Mondiale en devenant un lieu de recrutement, de regroupement et de formation des forces françaises.

Le 06 novembre 1973, le Président François TOMBALBAYE par ailleurs le 1er président de la République du Tchad, la renomma N'Djamena, du nom d'un village arabe voisin (Am N'Djamena, c'est-à-dire : le lieu où l'on se repose). La ville a subi de lourdes destructions en 1979 et surtout en 1980 au moment de la guerre civile. N'Djamena s'est fortement repeuplée depuis et abrite une population d'environ 1 777 284 habitants. Comptant 126000 habitants au lendemain de l'indépendance, la ville de N'Djamena s'est considérablement développée. A partir de 1980, en raison de l'exode rural croissant, la ville connaît une extension géographique à l'Est et au Nord-est (quartiers de Chagoua, Diguel, Dembé, Ndjari) sur des terrains situés en des zones inondables où n'existe actuellement aucun réseau de drainage des eaux pluviales.

Chaque année au moment de la saison de pluies, cette partie de la ville qui s'étend sur plus de 300 000 hectares et où sont recensés plus de 300 000 habitants doit faire face à l'inondation aux conséquences dramatiques (coupure des voies de communication, effondrement des bâtiments, épidémies de tout genre etc.). N'Djamena dispose dans le cadre de l'ordonnance n° 23 du 22 septembre 1975, d'un statut particulier qui la dote de 5 puis 8 arrondissements.

Les infrastructures existantes ne sont pas suffisantes (voirie, alimentation en eau potable, drainage des ordures ménagères, électricité, etc.). Depuis 2005, N'Djamena est divisée en dix (10) arrondissements regroupant cinquante-deux (52) quartiers dont vingt-six (26) officiellement reconnus. Ces quartiers eux-mêmes subdivisés en sept cent six (706) carrés qui sont les plus petites entités administratives de la ville. La plupart des familles pauvres et leurs enfants se retrouvent dans une moitié de la ville (26 autres quartiers non reconnus) où il n'existe pas de services sociaux de base (eau potable, électricité, drainage des ordures ménagères, écoles publiques, centres sociaux, centres culturels, dispensaire etc.)

➤ **Sur le plan Social :**

La ville de N'Djamena compte un important nombre d'écoles primaires dont la majorité est privée, huit (08) jardins d'enfants publics, seize (16) lycées et des collèges d'enseignements généraux publics et privés, une université publique, huit (08) écoles supérieures, cinq (10) hôpitaux, des services de santé (dispensaires, cliniques) publics et privés. Huit (08) Centres sociaux.

La mairie de N'Djamena a un service social autrefois dénommé brigade des mœurs de protection de l'enfance. Ce service comprend 24 agents sociaux affectés par le Ministère de l'Action Sociale et de la Famille, présente sur l'ensemble du territoire urbain (un Assistant Social dans chaque arrondissement). Sous la houlette de sa responsable, le service a défini plusieurs priorités d'actions à l'attention des populations les plus défavorisées (filles mères, enfants abandonnés), NDOBE (2021). Malgré le nombre de ces écoles et centre sociaux, le taux d'analphabétisme reste croissant et les services de prise en charge de certaines couches vulnérables tels que les femmes victimes de fistule obstétricale reste un grand manque.

4.5. PRESENTATION DU CITE DE L'ETUDE

➤ **Historique du Centre National de Traitement des Fistules obstétricales de N'Djamena (CNTF).**

Le CNTF a été créé sous le régime de Ngarta Tombalbaye François, le premier président Tchadien sous l'appellation « polyclinique Kadhafi ». Il était resté non fonctionnel jusqu'aux événements de 1982, mais le centre n'est pas saccagé.

En 1987, après une petite réfection, ce centre qui était appelé polyclinique est rebaptisé à son ouverture le 14 Février 1987 sous le nom : Centre Assiam-Vamtou, qui est le nom d'une combattante Tchadienne. Les activités que menait le centre sont déterminées par le projet Santé Maternelle et Infantile/Bien-être Familial (planning familial), (SMI/BEF).

Parrainé par l'OMS, ce projet est renouvelé tous les deux ans pendant quatre ans. Le centre continuait avec les activités après la fin du projet jusqu'aux événements du 02 février 2008 que N'Djamena a connu (l'incursion des rebelles face à l'armée nationale tchadienne), le centre a été saccagé par la population jusqu'à la toiture l'obligeant à arrêté ses activités. Après cet événement, le ministère de la santé publique a réfectionné le centre pour l'attribuer

au programme fistule qui a fait son ouverture le 05 Mai 2011 sous l'appellation du Centre National de Santé de Reproduction et de la Prise en Charge des Fistules (CNSRF).

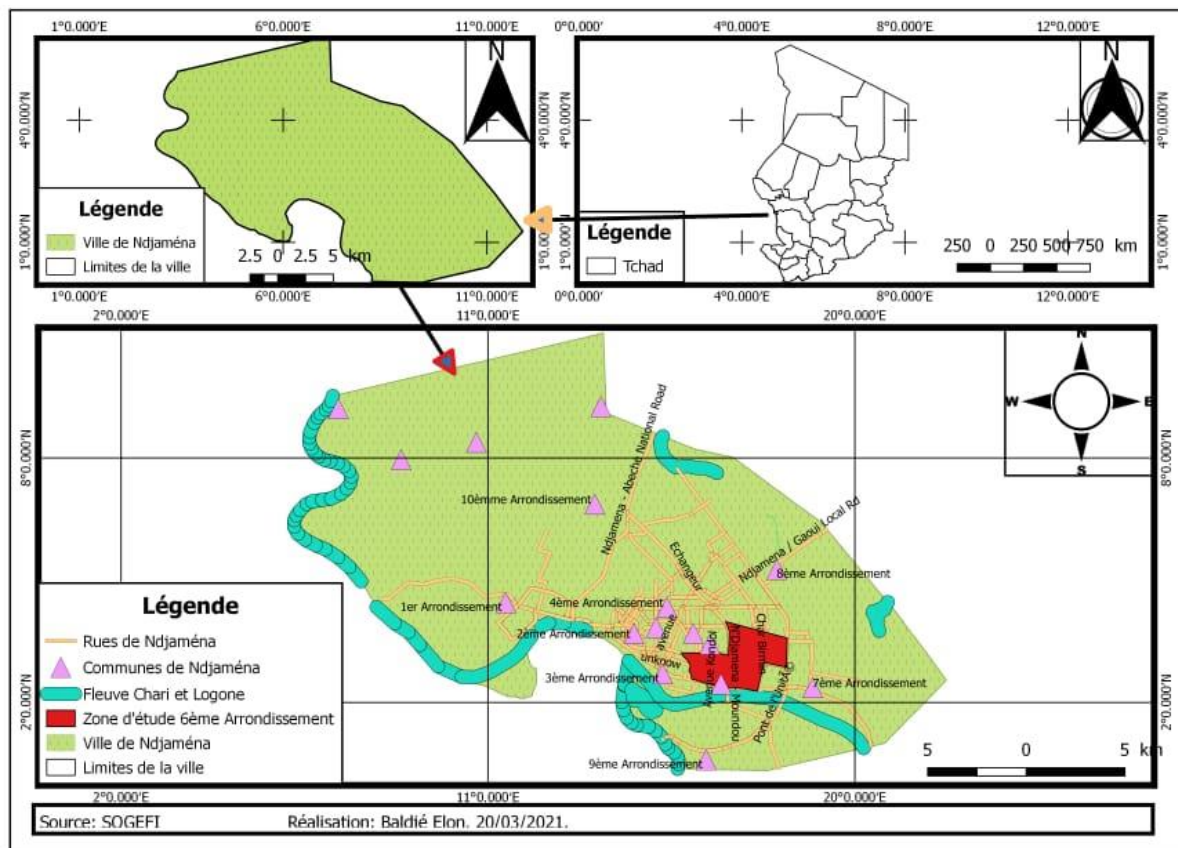
Le 23 Mai 2014, lors de la Journée Internationale de lutte contre la fistule obstétricale sous le haut patronage de la première dame du Tchad Hinda Deby Itno, le centre est rebaptisé Centre National de Traitement des Fistules obstétricales (CNTF) jusqu'à nos jours.

En dehors de ce centre, trois sous centres ont été créés respectivement dans la ville de Moundou logé au sein de l'hôpital de district provincial, dans la ville de Sarh à l'hôpital de district provincial, à Abéché dénommé "village des femmes".

❖ **Situation géographique du site de l'étude.**

Elle permet de circonscrire et situer très clairement notre zone d'étude, mais il est difficile car le centre reçoit les patientes venant de toutes les provinces du pays et certaines du Cameroun (Kousseri). Néanmoins, il est nécessaire de situer ce centre selon sa position géographique dans la ville de N'Djamena. Le Centre National de Traitement des Fistules obstétricales de N'Djamena (CNTF) est implanté dans le 6eme arrondissement de la ville de N'Djamena. Il est limité au Nord par l'avenue Charles de Gaulles qui le sépare avec Gredia (champ de fil), au Sud par le quartier Moursal, à l'Est par le Programme Sectoriel de Lutte contre le Sida (PSLS) et à l'Ouest par l'Eglise Fraternelle Luthérienne Paroisse de Francophonie.

Figure 4: Carte de localisation du champ d'étude.



Source : SOGEFI, réalisation : Baldé Elon (20/03/2021).

4.6. LA POPULATION D'ETUDE ET L'ECHANTION DE BASE

Le choix de la population à étudier et l'identification de l'échantillon des participants sur lesquels portera l'observation sont déterminants dans la qualité d'une étude (Eymard, 2003). Toute recherche porte précisément sur une population donnée. C'est la raison pour laquelle, une étude a toujours pour but d'obtenir de l'information sur une population spécifique, précise.

4.6.1. La population d'étude

La population de l'étude désigne « *un ensemble d'éléments ayant une ou plusieurs caractéristiques en commun qui les distinguent d'autres éléments et sur lesquels porte l'investigation* », (Angers, 1992, p.1). Elle renvoie à l'ensemble des individus ayant les mêmes caractéristiques sur lesquels le chercheur mène ses investigations.

Selon Grawitz (1979), la population d'étude désigne un ensemble dont les éléments possèdent tous une même propriété. Elle renvoie à l'ensemble des individus ayant les mêmes caractéristiques sur lesquels le chercheur mène ses investigations. La population se comprend comme étant le nombre total d'éléments, d'unités ou encore d'individus devant faire l'objet d'une étude. Selon Mucchiéli (1985, p.16), c'est « l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête ».

La population se comprend comme étant le nombre total d'éléments, d'unités ou encore d'individus devant faire l'objet d'une étude statistique. Selon Mucchiéli (1985, p. 16), c'est « l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête ».

La population d'étude peut aussi se définir comme un ensemble d'éléments qui ont des caractéristiques communes. L'élément est l'unité de base de la population auprès de laquelle l'information est recueillie. Il est en général une personne, mais il peut être aussi un groupe, une organisation, une école ou une ville. Autrement dit, c'est un ensemble de personnes, d'animaux ou de végétaux susceptibles de subir une expérimentation en vue d'obtenir des résultats recherchés dans une étude.

Selon N'DA (2015), la population est une collection d'individus (humains ou non), c'est-à-dire ce sont des unités élémentaires (une personne, un groupe, une ville, un pays) qui partagent des caractéristiques communes par les mêmes critères. C'est aussi un sous ensemble de la population d'étude présentant certaines caractéristiques.

La population totale, encore appelée théorique ou parente, est constituée de l'ensemble de personnes dont l'enquête ou la recherche prétend rendre compte. Le choix de la population d'une étude est imposé par la nature de l'information à recueillir. Les membres de ladite population doivent être à même d'apporter des réponses pertinentes et objectives aux questions du chercheur. Ce choix n'est donc pas neutre et prédétermine la distribution des réponses que le chercheur veut obtenir (champagne et al. 1994). Dans notre cas, la population à laquelle nous nous intéressons est celle de l'ensemble des femmes victimes de fistule obstétricale du Centre National de Traitement des Fistules obstétricales de N'Djamena. Tandis que la population cible sont des personnes qui satisfont aux critères de sélection définis d'avance et qui permettent de faire des généralisations. Notre population cible est constituée des femmes victimes de fistule obstétricale du centre national de traitement des fistules obstétricales. Nous avons pu trouver le dossier de cinquante-quatre (54) femmes victimes de fistule. Cependant, nous avons au total cinquante-quatre (54) femmes victimes de

fistule obstétricale qui forment la population de notre étude. Celle accessible, est cette portion que le chercheur peut facilement atteindre. Elle doit être représentative de la population cible. Dans le cas d'espèce se sont les femmes victimes de ce Centre National Traitement de Fistule.

4.6.2. L'Echantillon de base

L'échantillon est une fraction représentative de la population. Elle est un ensemble représentatif d'individus extrait d'une population d'étude dont les caractéristiques peuvent être généralisées à la population. Selon Loubet (2000) « l'échantillon est une partie de l'univers qui sera effectivement étudiée et qui permettra par extrapolation de connaître les caractéristiques de la totalité de l'univers ». En général, dans l'impossibilité d'avoir accès à toutes les unités de population ; le chercheur extrait une infime partie de cette population qui fera l'objet de son enquête. C'est cette impossibilité qui pour Howell (2008, p.3) nous oblige à « prélever de la population d'un échantillon d'observation, que nous utilisons en vue d'inférer quelque chose à propos des caractéristiques de cette population ». Pour constituer un échantillon le chercheur procède par échantillonnage qui vise à sélectionner un groupe d'individus ayant les caractéristiques de la population globale. Angers (1992, p.240) souligne à cet effet que c'est : « *un ensemble d'oppressions permettant de sélectionner un sous ensemble d'une population en vue de constituer un échantillon* ». L'utilisation d'un échantillon comporte des avantages certains sur le plan pratique, mais encore faut-il qu'il représente fidèlement la population d'étude.

- ✓ 03 victimes de fistule obstétricale guéries et appartenant à l'ARFVF ;
- ✓ 40 victimes opérées et en cours de traitement au CNTF ;
- ✓ 01 victime de fistule qui n'a pas subi une opération chirurgicale mais qui est en observation au CNTF ;
- ✓ 10 victimes alitées et postopératoires au CNTF.

4.7. CRITERE D'INCLUSION

Les facteurs qui permettent de participer à l'étude sont appelés critères d'inclusion et d'exclusion. Cependant, nous allons définir le critère d'inclusion et ensuite d'exclusion. Le critère d'inclusion est le caractère positif décrivant une caractéristique que doit présenter les personnes pour être incluses. Etre une victime de fistule, prise en charge au Centre National de Traitement des fistules obstétricales de N'Djamena.

- ❖ Etre une victime de fistule obstétricale déjà guéries et appartenant à l'Association pour la Réinsertion sociale des Femmes Victimes de la Fistule (ARFVVF).
- ❖ Etre une victime opérée de fistule et en cours de traitement.

4.8. CRITERES D'EXCLUSION

Le critère d'exclusion est de caractère négatif c'est-à-dire qui décrit le caractère que ne doit pas présenter les personnes pour être incluses dans l'essai.

- ❖ Etre une victime de fistule qui n'a pas encore subit une opération Chirurgicale au Centre National de Traitement des Fistules obstétricales de N'Djamena ;
- ❖ Etre une victime de fistule alitée et en période postopératoire au Centre National de Traitement des Fistules obstétricales de N'Djamena.

4.9. TECHNIQUES D'ECHANTILLONNAGE

En pratique, on ne considère que très rarement l'ensemble des participants qui composent une population administrer l'entretien à tous les membres d'une population serait une situation idéale en terme d'information. Mais présente souvent des contraintes, notamment de coût et de temps. L'usage est donc de ne considérer qu'une partie des membres appartenant à cette population. Ce sous ensemble est appelé échantillon. L'échantillonnage est le processus qui permet d'extraire ce sous-ensemble. Il permet au chercheur d'estimer des caractéristiques d'une population en observant directement une partie de l'ensemble de la population.

Il existe généralement deux catégories de techniques d'échantillonnage : l'échantillonnage non probabiliste et l'échantillonnage probabiliste. La différence entre ces deux catégories tient à une hypothèse de base au sujet de la nature de la population étudiée. Dans le cas de l'échantillonnage non-probabiliste, on suppose que la distribution des caractéristiques à l'intérieur est égale. C'est ce qui fait que le chercheur croit que n'importe quel échantillon serait représentatif et que les résultats, par conséquent seront exacts.

Pour une bonne représentativité de notre population, nous avons opté pour la technique d'échantillonnage probabiliste ou par choix raisonné, suivi d'une technique aléatoire simple. Cette technique permet de constituer un échantillon d'individus en fonction de traits caractéristiques. C'est à partir d'une pré-enquête, que nous avons ressorti la population générale du CNTF de Ndjamenà ceux qui répondaient aux critères d'inclusions ci-

dessus présentés. Un échantillonnage aléatoire par la suite réalisé avec ceux retenues du pré-enquête a permis d'obtenir un échantillon constitué de 07 femmes victimes de fistule obstétricale guéries, celles opérées et qui sont en cours de traitement au CNTF de N'Djamena, toutes de nationalité tchadienne, constituent l'échantillon de notre étude. Nous avons choisi l'échantillonnage aléatoire simple car elle permet de corriger les biais d'échantillonnage en ce qui concerne l'implication de l'expérimentation.

4.10. OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES : LES ENTRETIENS.

Comme principal outil nous avons fait usage du guide d'entretien pour la collecte des données. L'entretien est un mode d'investigation scientifique basé sur une communication verbale et sur un objectif précis. Grawitz (1990) cité par NDOBE (2021) définit l'entretien comme « un procédé scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations en relation avec le but fixé ». C'est alors une forme de communication établie entre deux personnes qui ne se connaissent pas.

Le choix du guide d'entretien est en parfaite adéquation avec les exigences de la méthode préalablement choisie dans le cadre de cette recherche. Le guide d'entretien est un instrument de collecte des données qui exige du participant des réponses écrites à un ensemble de questions. Il a pour but de recueillir l'information factuelle sur des événements ou des situations connues, des attitudes, des croyances, des connaissances, des sentiments et d'opinions. Nous avons choisi cet instrument pour plusieurs raisons.

Pour Norwood (2000), le guide d'entretien présente une très grande souplesse en ce qui concerne la structure, la forme et les moyens de recueillir de l'information.

Le guide d'entretien selon N'DA, (2015, P. 146) est simplement une aide pour orienter et canaliser le chercheur lors de l'entretien. Notre guide d'entretien a été construit à partir des axes décrits dans nos centres d'intérêts. Nous nous sommes servis d'indices afin de formuler les questions qui rendaient compte de nos modalités. La conception du guide d'entretien prenait également en compte le niveau d'instruction de la population, ceci de manière à le rendre plus accessible pour notre échantillon. Les éléments d'identifications ont été introduits afin de s'assurer du respect des critères d'inclusion.

A l'aide de cet outil, plusieurs techniques telles que l'entretien semi-directif et l'entretien libre ont permis de recueillir les informations auprès des femmes victimes de fistule du CNTF et de l'ARFVF. L'entretien libre est celui à travers lequel nous avons pu

entrer en contact avec les femmes victimes de fistule obstétricale du CNTF de Ndjamena. Cette technique a permis de recueillir des informations susceptibles d'être qualifiées. Le choix de ce type d'entretien s'explique par la souplesse qui caractérise cette technique.

4.10.1 Justification du choix de l'instrument

Le choix du guide d'entretien est en parfaite adéquation avec les exigences de la méthode préalablement choisie dans le cadre de cette recherche. Le guide d'entretien est un instrument de collecte de données qui exige du participant des réponses écrites à un ensemble de questions. Il a pour but de recueillir l'information factuelle sur des événements ou des situations connues, des croyances, des attitudes, des connaissances, des sentiments et d'opinion. Nous avons choisi cet instrument pour plusieurs raisons.

Pour Norwood (2000), le guide d'entretien présente une très grande souplesse en ce qui concerne la structure, la forme et les moyens de recueillir de l'information.

4.10.2. Construction du guide d'entretien

Notre guide d'entretien a été construit à partir de ses axes décrit dans nos centres d'intérêt. Nous nous sommes servis d'indicateurs pour formuler les questions qui rendaient compte de nos modalités. La conception du guide d'entretien a pris également en compte le niveau d'instruction de la population, ceci de manière à le rendre plus accessible pour notre échantillon. Les éléments d'identifications ont été introduits afin de s'assurer des critères d'inclusion. D'après le préambule :

Thème 1 : Accompagnement psychosocial ;

Thème 2 : L'implication de l'environnement social ;

Thème 3 : Le renforcement de l'information et de la communication.

4.11. DEMARCHE DE COLLECTE DE DONNEES

Nous avons effectué une pré-enquête auprès d'un échantillon de notre population cible pour la validation de notre instrument de collecte de données avant de procéder à l'enquête proprement dite.

✓ La pré-enquête

La pré-enquête est une épreuve qui consiste à voir l'efficacité et la valeur du guide d'entretien auprès d'un échantillon réduit (entre 01 et 06 personnes) de la population cible.

Cette étape est tout à fait indispensable, car elle permet de déceler les défauts du guide d'entretien et d'apporter les corrections qui s'imposent.

De ce fait, nous avons mené notre pré-enquête lors de notre stage du 05 Juillet au 09 Juillet 2022 au Centre National de Traitement de Fistules obstétricales de N'Djamena où nous nous sommes entretenus avec deux femmes victimes qui sont à l'ARFVF et trois autres opérées et qui suivent le traitement. Nous avons fait ce choix selon le critère d'inclusion et d'exclusion et a eu lieu quatre jours avant l'enquête proprement dite. Après le pré-test, nous avons corrigé le guide d'entretien soit en le reformulant soit en supprimant certaines questions.

✓ L'enquête

L'enquête proprement dite s'est déroulée du 11 Juillet au 03 Août 2022. Elle a consisté aux entretiens semi-directifs avec les sujets retenus pour l'étude.

4.12. TECHNIQUES D'ANALYSE DE DONNEES

La méthodologie est la posture épistémologique c'est-à-dire hypothético-déductive. Notre recherche repose sur une méthode qualitative compte tenu de ce que dans notre démarche, nous avons des participantes en nombre limités. Cette méthode d'analyse permet de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeurs et de complexité. Par analyse de contenu, l'on peut entendre une méthode qui cherche à rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de la façon la plus objective possible et la plus fiable possible.

Pour Berelson (1952), elle se définit comme « *une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication* ». En psychologie et singulièrement en psychologie pathologique et/ou clinique, l'objectif est d'analyser le matériel d'enquête collecté à l'occasion d'observations, d'entretiens de groupe ou d'entretiens individuels : les comportements, les mots, les gestes, ce qui n'est pas dit et qui est sous-entendu. Bardin (1977), soutient que « l'analyse de contenu est un ensemble de techniques d'analyse des communications ». Pour cet auteur, la procédure comprend généralement la transformation d'un discours oral en texte, puis la construction d'un instrument d'analyse pour étudier la signification des propos. Ensuite, il y a l'intervention d'un chargé d'étude pour utiliser l'instrument d'analyse et décoder ce qui a été dit.

L'analyse du contenu est un mode de traitement de l'information qui s'applique à toute forme de discours, d'images et de communication. Elle vise une lecture seconde d'un message, pour substituer à l'interprétation intuitive ou instinctive d'une interprétation construite (Bardin, 1989). Ce n'est ni la représentativité, ni la généralisation mais la singularité des données non numériques qui intéressent dans la recherche qualitative (Paillé, 1996). Cette préoccupation rencontre le postulat de l'analyse qualitative à l'effet que « l'essence de la signification du phénomène étudié réside dans la nature, la spécificité même des contenus du matériel étudié plutôt que dans sa seule réparation quantitative » (L'Ecryer, 1990, p31). Aussi comme le font remarquer Giglione et Blanchet (1991, p57), « Le discours produit par un entretien de recherche est un ensemble complexe d'énoncer ». Il peut se prêter à plusieurs types d'analyses. Enfin, l'analyse établit le sens du discours. Souvent les difficultés sont de rassembler des informations ambiguës, incomplètes, et contradictoires, d'interpréter les similitudes et les différences entre les répondants et de parvenir à une analyse objective.

➤ **Stratégies d'analyse**

L'analyse des données en recherches qualitatives est très importante et c'est le moment le plus crucial, important puisque c'est dans cette partie que les résultats vont émerger. Pour procéder à l'analyse des entretiens que nous avons réalisés, nous avons fait la retranscription intégrale de tous les enregistrements. Après ce travail de retranscription, nous avons fait un résumé de chaque entretien en essayant de retracer le comportement de chaque femme victime interviewée. Nous avons extrait les verbatim. Après la codification des verbatim, nous avons procédé à la catégorisation ou encore l'analyse de contenu afin de regrouper les thèmes abordés au cours des entretiens par les participants tout en tenant compte des objectifs de la recherche. Pour procéder à l'interprétation des données traitées, nous avons regroupé les codes en catégorie dans le but d'établir les liens existant entre les termes et la hiérarchisation aussi afin d'établir les thèmes de découpages.

➤ **Analyse de contenu de l'étude**

Le choix d'une technique spécifique et le sens de l'interprétation repose à la fois sur la nature du document, les questions qui structurent la recherche ainsi que sur les fondements épistémologiques qui animent le chercheur. Par ailleurs, l'analyse de contenu est une technique de traitement de données préexistantes par recensement, classification et quantification des traits d'un corpus.

L'analyse de contenu nous permet de lire le corpus par fragment pour en définir le contenu et le coder selon des catégories fixées à priori ou établies au cours de la lecture. Il s'agit d'une analyse qui porte sur « les contenus d'unité de signification supposées véhiculées par un contenant (le langage), traversant donc ou ignorant sa réalité matérielle » (Giust Des prairies et Lévy, 2003), L'opération tient à sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser l'information. Cette technique est destinée à établir la signification et à permettre une compréhension éclairée des documents analysés. Elle nous aidera à saisir le sens exact du message des participants à travers leurs discours, dans toute sa subjectivité. Les opérations de relecture et d'écriture, lors de l'analyse du discours, pour favoriser l'émergence de sens selon le vécu du participant dans son contexte. C'est pour cette raison que le chercheur tentera de relier tous les éléments entre eux (Poupar, 1997). Pour la mener à bien, nous nous sommes référés aux principes de l'analyse thématique telle que définis par Poirier et al. (1996), qui l'utilise dans le cadre de l'analyse de contenu de récits de vie. Ainsi, les principes d'analyse utilisés dans ce cadre nous apparaissent pertinents pour notre recherche. Ceci parce que ces principes permettent d'effectuer une série d'opération destinée à « l'interprétation d'un corpus abondant, multiforme et foisonnant d'information » (Poirier et al. 1996 P. 150), avec l'intention d'appréhender sa multiplicité, sa complexité, sa richesse.

Afin de préciser cette notion cruciale d'interprétation, on peut se référer à Robert et Bouillaguet (1995 : p. 35) qui, dans leur ouvrage consacré à l'analyse de contenu, définissent comme « l'action déferée, d'accomplir une opération logique par laquelle on tire d'une ou plusieurs propositions (en l'occurrence les données établies au terme de l'application des grilles d'analyse) une ou plusieurs de conséquences qui en résultent nécessairement ». Dans ce travail nous ferons recours à l'analyse thématique.

➤ **Analyse thématique**

Selon Peditelli (1994), l'analyse thématique est avant tout descriptive, elle correspond à une complexification de la question simple, de quoi le sujet part-t-il ? Elle procède par le découpage du discours et recensement des thèmes principaux qui peuvent faire l'objet d'analyse différente selon les questions et les objectifs de recherche. Elle permet d'examiner la signification des mots de reconstruire le sens de leurs phrases. Cette analyse thématique permet l'analyse quantitative de données par « la sélection et l'organisation rationnelles des catégories condensant le contenu essentiel d'un texte donné (Kraukauer, Poirier et al. 1958). Il s'agit ici de ce que les acteurs appellent un examen de type classique qui a déterminé les

consignes de recueil des données. En effet, d'une part, le canevas établi pour l'enquête nous fournit à priori les thèmes principaux, d'autre part, le travail d'inventaire nous donne des catégories à postériori. Le choix de cette catégorie qui obéit à certaines règles techniques d'exclusion mutuelle, de pertinence, d'homogénéité et d'efficacité, est le fait du chercheur(...). Il faut donc établir des catégories descriptives renvoyant à des variables du texte exclusif les unes des autres, qui découpent et organisent le discours » (Poirier- Valladon et Raybaut, 1996, p. 165)

Cette coexistence de catégories construite et à postériori nous a paru intéressante pour conjuguer avec rigueur, les catégories à priori conduisent à un recensement systématique suivant le plan de rigueur et créativité, vérification et explication. En effet, sur le plan de l'entretien alors que les catégories à postériori permettent dans une perspective plus exploratoire, de découvrir d'autres significations, parfois imprévues, qui éclairent le matériel.

4.13. RESPECT DE L'ETHIQUE, CONTRAINTES METHODOLOGIQUES ET DIFFICULTES RENCONTREES

Les participants et leurs droits ont été respectés tout au long de la recherche, aucune information ne leur a été cachée. Les limites de l'étude tiennent principalement à son déroulement.

4.13.1. Respect de l'éthique

Notre identité et les motifs de notre présence ont été préalablement signalés aux autorités administratives du centre auxquelles nous ont donné leur accord de principe. Les sujets enquêtés sont informés quant à notre identité, de telle sorte qu'ils savaient pourquoi nous sommes là et ce que nous cherchons comme information. La réalisation des entretiens s'effectuait avec l'accord des participantes, auxquelles le libre choix était précisé quant à l'enregistrement de leurs propos, la confidentialité de leur identité garantie lors de la présentation des résultats de l'étude. Pour les personnes ayant manifesté leur réticence à être interrogées, aucune insistance n'a été faite afin de respecter leur droit. Les données obtenues dans cette étude ont été volontairement transmises, et en toute connaissance de cause.

4.13.2. Contraintes méthodologiques et difficultés rencontrées

Pendant la descente sur le terrain pour la collecte des données, nous avons fait face à de difficultés et contraintes. Il nous a fallu prendre d'autres dispositifs pour recueillir les

informations dans le temps imparti. Ensuite nous avons fait face à la résistance de notre population cible (les femmes victimes de fistule obstétricale), elles croyaient que nous faisons partie d'un organisme international œuvrant dans le domaine humanitaire et/ou nous sommes de ceux qui viennent les utilisées pour des fins égoïstes. Après présentation de la surveillante générale du CNTF que nous avons eu l'accès dans les salles d'hospitalisation, de consultation et à l'ARFVF auprès de celles qui apprennent la couture en vue de leur insertion. La surveillante générale est obligée de faire comprendre aux participants que le but de ces informations est purement académique, qu'elle leur donne la garantie. Etant donné que la quasi-totalité des femmes victimes de fistule que nous avons rencontrées sont analphabètes et sont venues des provinces du pays. Malgré tout, nous avons pu relever une sorte de méfiance de la part de certaines participantes à accorder les entrevues. Il faut noter que la non maîtrise de certaines langues des patientes fait partie des contraintes dans l'échange direct.

Enfin, dans le cadre de ce travail, nous avons prévu de faire une recherche documentaire au CNTF afin de corroborer certaines informations obtenues dans les entretiens avec les intervenants. Cependant, il n'y a presque pas de documentation écrite disponible qui puisse nous renseigner à part les dossiers médicaux des patients et les différents programmes de caravane d'opérations chirurgicales organisés par le CNTF sur la prise en charge (psychologique, accompagnement économique, social et sur le problème de réinsertion sociale).

Nous croyons rencontrer un psychologue ou un travailleur social au CNTF pour avoir des informations et savoir les méthodes et stratégies de prise en charge psychosociale des patients mais le centre ne dispose pas ce service qui est primordial dans la prise en charge. Le travail de counseling auprès de ces patientes se fait par les femmes victimes déjà guéris de cette pathologie et les infirmières. C'est elles qui veillent sur celles qui sont nouvellement opérées, les assistes avec des conseils et orientations. Ces femmes victimes de fistule obstétricale qui aident les autres ne savent où aller et préfèrent servir les autres à relever le moral.

4.13.3. Les limites de l'étude

La première limite que nous pouvons relever est liée à la réticence de la population cible, compte tenu du caractère de la pathologie qu'elles portent, elles évitent presque le contact avec les autres personnes, elles se sentent plus à l'aise en étant isolées. Vu cette réticence, nous sommes obligés de passer par certaines infirmières qui ont durées dans le

centre et qui connaissent très bien ces patientes qui nous ont suggéré les patientes, qui, acceptent de nous raconter leur vécu. Dans ces conditions, certaines informations peuvent être biaisées. De plus, toutes nos entrevues ont été réalisées dans la salle des infirmiers et la salle d'hospitalisation, ce qui limitait le temps alloué aux entrevues. En seconde position, le nombre des victimes interviewées pose également des limites en ce qui a trait au seuil de saturation. Certaines patientes venues des provinces que nous les avons prévus pour l'entrevue sont libérées. Nous avons préféré prendre ceux qui étaient disponibles. Dans un tel contexte, selon notre critère de sélection, il nous manque de la diversité des points de vue, ce qui entraîne certaines limites à notre recherche.

Troisièmement, notre recherche se porte uniquement sur le Centre National de Traitement des Fistules obstétricales de N'Djamena, par contre il en ait trois autres Centres secondaires dans le pays. La problématique de la fistule obstétricale est bien présente presque dans toutes les provinces du pays, nous avons dû limiter notre recherche seulement dans ce centre par ce qu'il est au cœur de la prise en charge de cette pathologie, les cas les plus difficiles sont transférés par les différents centres secondaires que compte le pays dans ce centre pour la prise en charge. Il y a aussi des raisons pratiques et économiques, mais c'est tout de même dans ce centre que le plus grand nombre des patientes est envoyé pour la prise en charge puisque c'est le seul centre avec les matériels adaptés et le personnel qualifié.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES RESULTATS

5.1. PRESENTATION DES RESULTATS

Ce chapitre se focalise entièrement sur la présentation, des résultats. Après avoir présenté la problématique de la recherche, la revue de la littérature et le cadre théorique ainsi que la méthodologie, il est question de présenter les résultats de la recherche. Comme l'a souligné Bellot (2001), repris par NDOBE O., (2021, P. 101) faire parler le matériel n'est pas que le fruit de la retranscription des données recueillies lors de nos entrevues, mais c'est un processus beaucoup plus complexe qui consiste en un processus de traitement, d'organisation, et de classement. Pour l'approche qualitative, il s'agit d'un processus de compréhension de la réalité décrite par les femmes victimes de fistule obstétricale rencontrées. Ainsi, cette partie vise à présenter les points de vue de toutes les participantes interviewées dans le cadre de cette étude portant sur l'intégration sociale de la femme victime de fistule obstétricale prise en charge au Centre National de Traitement des Fistules obstétricales de N'Djamena au Tchad. Ces femmes victimes sont prises en charge dans ce centre pour la réparation physique de la fistule obstétricale, d'aucuns ont bénéficié d'une formation d'où à la fin, sont dotées des machines pour leur prise en charge personnelle dans leur milieu de vie, d'autres continuent à suivre leur traitement.

5.2. PRESENTATION DES PARTICIPANTS

Notre travail de terrain a atteint six (03) participantes parmi lesquels deux(02) venant des provinces du sud et une(01) du nord du Tchad. Au vu des cet échantillon nous procéderons aux analyses sur plusieurs facteurs permettant d'avoir des stratégies d'intervention misent en faveur des femmes victimes de fistule obstétricale du Centre National de Traitements de Fistule obstétricale.

Dans cette section, nous présentons le profil des personnes ayant pris part à l'étude en indiquant leur sexe, leur tranche d'âge, leur âge à laquelle, elles sont atteintes de fistule et leur zone de provenance.

Tableau 3: Profil des femmes victimes de fistule obstétricale

N°	Participant	Sexe	Age	Age d'atteinte de fistule	Zone de provenance
01	Micheline	femme	29 ans	14 ans	Bébédja
02	Martine	femme	35 ans	15 ans	Tandjilé
03	Aicha	femme	29 ans	14 ans	Dagana

Le tableau présentant le profil des trois(03) femmes victimes de fistule obstétricale est un échantillon indiquant que leur âge varie de 29 à 35, avec une tranche d'âge qui varie de 14 à 15 ans à laquelle elles ont été victime de fistule obstétricale.

5.2.1. Le cas de Micheline

Anamnèse

Micheline est une jeune femme âgée de 29 ans originaire de la province du Logone oriental (Bébédja) a connu sa première grossesse à l'âge de 14 ans quand elle était en classe de CM2. Issue du milieu rural défavorisé, le début de son mariage qui a été conclu par ses parents avec ceux de son futur mari sans son consentement est la fin de ses études et le début de son calvaire qui a commencé avec le travail difficile de l'accouchement qui a duré trois jours sans secours médicale. *« J'ai été opérée 07 fois... »* Cette première phrase a été prononcé et larmes coulaient seul aux yeux de Micheline malgré qu'elle était guérite de la fistule *« je suis allée en mariage à 14 ans, je déteste ce jour-là. J'étais tombée enceinte et cette fameuse grossesse allait me faire perdre la vie après 03 jours de dures travail à la maison, j'ai fait un mort-né. C'est inhabituel pour moi de constater que l'urine et les selles viennent sans que je me rende compte, c'est le début de ma souffrance. Mes frères disent que cette situation n'est jamais arrivée dans notre famille, sait que c'est une punition divine. Pour eux, j'ai connu un homme hors mariage. Cette fatalité est une honte pour la famille. Ils ont décidé de m'enterrer, et m'ont mesurée avec la tige de sorgho pour aller creuser ma tombe et m'enterrer, ma mère m'a pris grâce à un gars du village, à qui elle a remis une somme de 2000F CFA comme frais de transport pour me déposer à l'hôpital de district Saint Joseph de Bébédja. Après mes séjours dans cet hôpital sans un soin conséquent que ma tante venue de*

N'Djamena a décidé de m'amener avec elle pour la prise en charge à l'hôpital de liberté à N'Djamena en 2008 ».

Entretien relatif à l'accompagnement psychosocial

5. *Avez-vous fait régulièrement les visites prénatales ? OUI NON ; combien de fois avant l'accouchement ?*

Dans notre coutume, une femme qui accouche à l'hôpital est une femme faible, qui crée de dépenses inutiles à son mari donc les parents de son mari vont lui recommander de prendre une autre brave femme qui accouche à la maison sans dépense. Je n'ai jamais été à l'hôpital jusqu'à le jour de l'accouchement où les pires moments de ma vie ont commencé.

6. *Etes-vous opérée combien de fois ?*

J'ai été opérée 07 fois avant d'être guéris.

7. *Combien de temps avez-vous passé à l'hôpital après l'opération ?*

Depuis mon arrivé à l'hôpital de liberté en 2008 jusqu'à notre transfère ici au centre, ce n'est qu'en 2014 que j'ai loué au quartier Abena. Je n'oublierai jamais tout ce que j'ai vécu. Je vis comme une personne qui n'a pas de famille.

8. *Avez-vous bénéficié d'un accompagnement psychosocial ? d'un counseling ?*

La seule personne qui nous aide avec les prières et conseils depuis l'hôpital de liberté jusqu'à ici, c'est Abbé Benjamin, à part lui, il n'y a pas un psychologue. Maintenant que le père ne travaille plus avec nous, personne ne nous donne de conseille et nous aide. Je raconte ma vie aux autres, je les encourage moi-même avec les conseils c'est tout.

Entretien relatifs à l'intégration familiale

9. *Avez-vous des enfants OUI NON ; si oui combien ?*

Je n'ai pas d'enfants et je n'en aurai plus, d'ailleurs je n'ai pas envie d'un homme auprès de moi. Avec tout ce que j'ai vécu ? Je préfère vivre dans ma pauvreté seule, j'ai les deux enfants de mes frères, ces sont déjà mes enfants. Le seul que j'ai fait mort-né, c'est tout, même pas une grossesse après lui.

10. Il vous arrive à être rejeté déjà par une personne de votre famille après cette maladie ? avez-vous honte de cette maladie ?

Avant, oui j'avais honte de moi et je me pose toutes les questions du monde, ce que j'ai fait avec mon Dieu pour mériter ce sort mais avec le conseil de l'Abbé Benjamin. Je n'ai plus honte, je sais que c'est une maladie comme toutes autres maladies donc guérissable. Ceux qui pensent que c'est une fatalité, une punition, c'est de la pire ignorance de leur part. Même maintenant, certaines femmes ne me saluent pas, le rejet est partout, je n'ai pas d'époux, je n'ai pas de parents ni une famille digne, ma famille et mes parents, c'est ici au CNTF et dans l'ARFVF.

Entretiens relatifs à l'intégration culturelle (11/07/2022 de 10h 00mn à 11h 04mn).

11. A quel âge les filles vont-elles en mariage chez vous ?

Il n'y a pas d'âge pour aller en mariage ? D'ailleurs ce n'est pas à toi de décider, tels est mon cas. Quand tu pousses un peu de sein, dans notre coutume, tu n'as pas à aller longtemps, tu risques de tomber dans le vagabondage sexuel donc les parents décident vite de te donner en mariage et de qui tu dois te marier. Certaines filles partent en mariage même à 12 ans.

12. Appartenez-vous à une association ? un mouvement de l'église ?

Quand je n'étais pas encore marié, je suis kemkogi (un mouvement d'action catholique des enfants), mais après mon mariage et la survenue de cette maladie, je n'appartiens à aucun mouvement d'ailleurs quand tu pars à l'église, les gens fuient là où tu restes, combien de fois aller dans un mouvement. La seule association que je fais partie est l'Association pour la Réinsertion sociale des Femmes Victimes de Fistule obstétricale. Au lieu d'être un objet de moquerie des gens, je préfère vivre seule.

Entretien relatif à l'intégration sociale.

13. Après l'opération chirurgicale, avez-vous eu une activité génératrice de revenue ?

Après plusieurs mois à l'hôpital, ma maman n'a plus d'argent, ma tante m'a abandonnée, aucun parent ni mon soit disant mari n'a mis pied derrière moi, c'est le centre qui est tout pour moi. Les chrétiens de l'église viennent priés souvent avec nous, c'est eux qui nous aide ensuite, l'Abbé Benjamin qui a pensé créer ce centre, c'est grâce à lui que nous vivons. Maintenant que je suis déjà guéri, c'est moi qui aide les femmes nouvellement

victimes qui sont admises dans ce centre. Avant le centre me donne un peu d'argent que je ne peux pas vous donner le montant mais cette somme m'a permis d'aller louer au quartier, c'est là où je vis jusqu'aujourd'hui. Je n'ai pas autre activité, quand tu fais le commerce, qui va acheter avec toi ? Tu es sous-sous-estimer par tout le monde, à ton passage, on te regarde comme un être à part entière.

14. Vos activités vous permettent-elles de vous prendre en charge ou êtes-vous sous la charge de quelqu'un ?

Aucune personne s'occupe de moi, mais le peu d'argent que je gagne ici au centre, malgré que mes frères m'ont fait du mal, j'ai pris deux de leurs enfants pour les amener ici (N'Djamena), je les ai inscrits à l'école, je les considère comme mes propres enfants, puisque je ne peux plus avoir d'enfants dans ma vie comme les autres femmes (en pleurant). Chaque fois que je vois les couples, je ne cesse de verser les larmes, j'ai la force de beaucoup travailler et gagner ma vie mais je ne peux rien. Je ne vis pas comme les autres, comment je peux me prendre en charge avec le cout de vie de N'Djamena ?

15. La plupart des filles sont-elles inscrites à l'école ?

L'école est faite pour les garçons, mais pas pour les filles. Quand elles partent à l'école, rare sont les filles qui atteignent le niveau CM1 ou CM2, j'en fais partie. Dans notre village, le pasteur, le chef de village ont envoyé leurs enfants à l'école à Bébédja mais ils sont tous repartir au village.

16. Avez-vous des amis ? Viennent-ils vous rendre visite ?

Les amis ? Non, j'ai quelques amies mais pas des amis. Avant personne me visite mais maintenant, ça va, je reçois la visite quand même.

17. Est-ce qu'il vous arrive à être victime de moquerie à cause de votre maladie ?

C'est le gros problème qui m'empêche de m'engager dans le commerce, certaines femmes jusqu'aujourd'hui pensent qu'être victime de fistule est le prix de l'infidélité, les parents, et les hommes, tout le monde à un mauvais regard sur toi. Dans certaines familles, quand j'arrive, ils ne veulent pas que tu manges dans le même plat avec eux, ils veulent te servir à part, tu es considérée comme impure, c'est ce qui m'empêche de rendre trop de visite.

5.2.2. Le cas de Martine

Anamnèse

Martine âgée de 35 ans, une ménagère, n'est pas inscrite à l'école. Elle est allée en mariage à l'âge de 15 ans. Juste après son mariage, elle était tombée enceinte, au moment de l'accouchement, Martine a passée quatre jours à la maison avant d'être évacuer à l'hôpital adventiste de Béré dans la province de la Tandjilé au Tchad à bord d'une charrette où elle était prise en charge. Elle a fait mort-née. Les complications commencèrent *« je ne comprends rien quand l'urine et les selles viennent seule, j'avais de douleur intense malgré le traitement »*. Les sages-femmes de l'hôpital ont informés à Martine qu'elle a la fistule obstétricale, c'est difficile d'accueillir cette mauvaise nouvelle. Elle n'avait plus de moyens *« nous avons fini nos économies à l'hôpital de Béré, il n'y a pas une solution. Quand elles m'ont demandé de venir à N'Djamena pour la prise en charge, mon mari m'a laissé à l'hôpital et à disparu. Aucun parent ne venait derrière moi, je défendais de l'hôpital. Ma situation devient de plus en plus difficile. Je mourrais de faim. La douleur de l'abandon me faisait mal plus que la perte de mon enfant (les larmes). Dieu merci, une femme venait en visite à l'hôpital, comme j'étais isolée des autres patients, elle m'a vu et elle s'est rapprocher pour savoir pourquoi j'étais seule ? Étant elle-même victime de fistule, elle est soignée au CNTF de N'Djamena, elle est guérie, c'est elle qui m'a fait comprendre que si je viens au centre de traitement de fistule obstétricale de N'Djamena, je serais guérie. Elle m'a raconté son vécu avec cette maladie. Je n'avais pas de moyen et il n'y a personne pour m'aider. Un jour, ma cousine policière est venue de N'Djamena en visite au village et à décider de me ramener à N'Djamena pour l'opération chirurgicale. Grâce à elle, je suis venu et aujourd'hui, je suis guérie, même si je sens un handicap en moi, je ne peux plus avoir d'enfant, ni une vie heureuse en couple mais je suis en vie »*. Un mot de réconfort.

Entretien relatif à l'accompagnement psychosocial.

5. Avez-vous fait régulièrement les visites prénatales ? Combien de fois avant l'accouchement ?

Au village, ce n'est pas toutes les femmes qui font la visite prénatale, si tu pars en visite prénatale, tu deviens la rusée des autres femmes et les hommes vont tellement se moqués de ton mari. La communauté aura un mauvais regard sur vous et la distance pour aller au centre de santé est très loin. Ce n'est pas bien d'aller à l'hôpital pour les visites prénatales,

une brave femme, bien éduquée doit accoucher à la maison pour faire honneur à son mari et toute la famille. Je n'ai jamais été à l'hôpital jusqu'à le jour de l'accouchement où les pires moments de ma vie ont commencé. Je ne pensais pas que la visite prénatale joue un rôle pendant l'accouchement. Jusqu'aujourd'hui, beaucoup de femmes de notre village ne connaissent pas l'importance de la visite prénatale. Je n'ai jamais fait la visite prénatale jusqu'à l'accouchement qui s'est avéré compliquer.

6. Etes-vous opérée combien de fois ?

J'avais du mal à supporter l'absence de mon mari mais à chaque fois que je me rappelle des durs moments que j'avais traversé dans la solitude, me retrouver avec un homme sur le même lit, je sais que la fistule peut facilement revenir alors je n'ai plus en vie. Je suis opérée une seule fois mais ce n'est pas facile cette maladie. Si toutes les femmes oublient la douleur de l'accouchement, pour moi, c'est un cauchemar, je préfère vivres comme je le suis maintenant même ma vie n'a plus de sens.

7. Combien de temps avez-vous passé à l'hôpital après l'opération ?

J'ai fait quatre mois à l'hôpital de Béré avant de venir à N'Djamena. J'ai encore passé deux mois à la maison chez ma cousine, c'était difficile de prendre rendez-vous avec le médecin gynécologue, avant d'être admise dans ce centre. Après une semaine d'observation, grâce à la caravane d'opération chirurgicale organisée le 03 Mars 2020, j'ai été rapidement opérée. Les autres ont passés beaucoup de mois au centre mais j'ai cette chance. J'ai le sentiment de satisfaction, c'est grâce à la femme qui m'a rendu visite à l'hôpital de Béré, qui m'a donnée les informations, c'est ce qui m'a permis de venir, aussi grâce à ma cousine, j'ai été opéré et rapidement guérie, j'ai fait seulement trois moi ici au centre, maintenant je viens juste pour le suivi.

8. Avez-vous bénéficié d'un accompagnement psychosocial ? d'un counseling ?

Non, c'est souvent les autres femmes qui ont été opérées, surtout Micheline et Aicha, elles sont comme nos marraines ici au centre, elles sont déjà guéries, c'est elles qui viennent nous raconter comment elles ont survécu, leur cas dépasse mon cas mais grâce à ce centre, elles sont guérie et cela m'a donné beaucoup de courage. Il n'y a pas un psychologue dans ce centre.

Entretiens relatifs à l'intégration familiale (15/07/2022 de 10h 20 mn à 11h 35mn).

9. *Avez-vous des enfants OUI NON ; si oui combien ?*

Je n'ai pas d'enfants. Tu sais, à cause d'enfants, j'ai perdu complètement mon mari, il sait que je ne peux plus accouchée, quand je suis ici, il a pris une autre femme. Nous étions très bien mariés, nous nous aimons bien mais à cause de la fistule, j'ai perdu l'amour de ma vie, je ne serais jamais heureuse dans ma vie. Je mérite vivre comme toutes autres femmes mais je suis désolé, j'ai tout perdu (larmes).

10. *Il vous arrive à être rejeté déjà par une personne de votre famille après cette maladie ? avez-vous honte de cette maladie ?*

Je n'ai pas honte mais je me sens très mal. Quand j'étais à l'hôpital de Béré seulement, je suis déjà victime d'abandon et de rejet, même si ma famille m'abandonne, ça ne me fait pas mal mais mon mari ? Nous nous aimons, cette maladie, je ne suis pas la seule responsable mais (...) je regrette tellement (en pleurant). Je n'ai plus honte, je sais que c'est une maladie comme toutes autres maladies donc guérissable. Ceux qui pensent que c'est une fatalité, une punition, c'est de la pire ignorance de leur part. Aujourd'hui, je parlerai de la fistule obstétricale à toutes les femmes et surtout prête à parler du mariage précoce aux jeunes filles, ses conséquences sont néfastes. Grâce aux femmes qui étaient victimes avant moi, je suis aujourd'hui guérie sinon les simples soucis allaient me tuer seul à l'hôpital de Béré. Abandon ou rejet, c'est derrière moi maintenant, je ne peux plus reconstruire ma vie et vivre comme avant donc je ne pense plus à toutes ces choses.

Entretien relatif à l'intégration culturelle

11. *A quel âge les filles vont-elles en mariage chez vous ?*

Dans la Tandjilé, il n'y a pas d'âge pour aller en mariage, quand une fille grandie un peu, ça dépend de l'homme qu'elle rencontre, quelque fois le mariage se conclut entre les parents, sans que la fille soit au courant. L'analphabétisme, la pauvreté, vagabondage sexuel, sont la cause du mariage précoce. C'est la conséquence aujourd'hui pour moi. Il y a des filles qui partent en mariage à 12 ou 13 ans, moi j'ai la chance de me marié à 15 mais je ne sais pas pourquoi je me retrouve dans cette situation (triste).

12. Appartenez-vous à une association ? un mouvement de l'église ?

Quand j'étais au village, je faisais partie d'un groupement féminin mais depuis que je suis malade, je n'appartiens à aucun groupement ni un mouvement. Pendant mes temps de souffrance, aucun membre n'a pensé à moi. On me considérait comme un infidèle parce que je suis atteinte d'une maladie des femmes infidèles (la fistule). Pour le moment, je veux être totalement en santé et chercher ce qui pourra m'aider dans ma vie, parce que je reprends ma vie à nouveau.

Entretien relatif à l'intégration sociale

13. Après l'opération chirurgicale, avez-vous eu une activité génératrice de revenue ?

Je n'ai aucune activité génératrice de revenue, c'est ma cousine qui s'occupe de moi. Maintenant, je vends des petites choses devant la porte même si ce n'est pas beaucoup, ce petit commerce me permet d'acheter le savon, couche et autres besoins nécessaires parce que je ne peux pas tout attendre de ma cousine. Elle est aussi une femme comme moi, elle a beaucoup fait pour moi, c'est grâce à elle que je suis en vie et en bonne santé aujourd'hui.

14. Vos activités vous permettent-elles de vous prendre en charge ou êtes-vous sous la charge de quelqu'un ?

Non, après mon opération, c'est ma cousine, celle qui m'a amenée du village qui s'occupe de moi jusqu'aujourd'hui. Mon mari m'a abandonné quand j'étais à l'hôpital de Béré seulement. Selon ses parents et lui, je fais honte à leur famille, le même propos a été tenu par certains membres de ma famille à mon égard. Je me sens comme un être à part entière, je ne me sens pas comme une personne. « *J'ai perdu le goût de vie à chaque fois que je me rappelle* ».

15. La plupart des filles sont inscrites à l'école ?

Les filles partent à l'école mais beaucoup s'arrêtent à l'école primaire puisqu'elles se marient très jeune. Sauf les garçons qui sont plus encouragés par les parents mais les filles quelques fois sont maintenues aussi à la maison pour les travaux ménagers. Un autre aspect, l'école s'arrête au village après les congés de Noël (les congés du premier semestre, c'est aussi la fin de l'année scolaire dans certaines provinces) ce temps occasionne les mariages précoces, qui par la suite cause d'autres problèmes comme la fistule.

16. Avez-vous des amis ? Viennent-ils vous rendre visite ?

Je n'ai pas des amis (es) ici, les amis (es) sont mes sœurs victimes de fistule, celles qui sont venue ici au centre. Même les parents, ce n'est pas facile. Compte tenu de ma situation, je ne veux pas aussi les rendre visite. Je ne reçois pas de visite.

17. Est-ce qu'il vous arrive à être victime de moquerie à cause de votre maladie ?

Je ne suis pas repartie au village et ici, on ne me connaît pas au quartier, je suis seulement ici au centre. Quand je viens chez ma cousine, je reste seulement à la maison. Sauf que certains parents pensent toujours que cette maladie est liée à une situation que je suis responsable et me rejettent. Ils ne me rendent pas visite, pour eux, je suis une fille de honte, ils refusent de croire que cette maladie est réellement liée aux complications du travail de l'accouchement.

5.2.3. Le cas d'Aïcha.

Anamnèse

Aïcha âgée de 29 ans, née sur une île isolée du lac Tchad dans le département de Dagana. Une enfance de village comme tant d'autres, avec une adolescence difficile. « *Ma famille m'a donnée en mariage à l'âge de 14 ans et je suis tombée enceinte juste après...* » Elle raconte son passé en pleurant. « *... à l'accouchement, le travail a été très compliqué. Je suis restée plusieurs jours à la maison sans réussir à mettre au monde malgré les contractions. Au bout d'une semaine, on m'a amenée à l'hôpital de Dagana en charrette. J'y suis restée en travail pendant trois jours encore. Les médecins disaient que mon bassin était trop petit. Quand l'enfant est finalement sorti, il était mort-né* ». N'ayant pas les compétences pour réaliser une opération de reconstruction à Dagana, les sages-femmes conseillent à Aïcha de se rendre à N'Djamena où l'intervention chirurgicale sera gratuite. « *La famille s'y oppose. Le voyage coûte cher selon mes parents, il faut louer une voiture pour 50 000 F CFA. Pendant trois mois je suis restée à la maison, où je suis mise en quarantaine dans une case isolée, car la fistule a engendré une incontinence chronique. Mes parents disent qu'ils peuvent plus supporter les odeurs, que ce n'était pas la fistule qui me troublait, de toute façon, je ne pouvais pas être guérie* ». Selon elle, dans le milieu traditionnel, la fistule est souvent considérée comme la punition de Dieu pour un adultère ou le résultat d'un maléfice, non celui d'un accouchement juvénile compliqué. « *Après trois mois, les douleurs étaient toujours aussi fortes et je ne pouvais pas me tenir debout. Coupant court le débat familial, ma*

mère décide de vendre toute sa vaisselle au village pour payer mon transport pour N'Djamena. Après un mois chez ma tante, nous avons pris le rendez-vous à l'hôpital de liberté, d'où l'opération s'est très bien déroulée ».

Entretien relatif à l'accompagnement psychosocial.

18. Avez-vous fait régulièrement les visites prénatales ? OUI NON ; combien de fois avant l'accouchement ?

Le centre de santé le plus proche, c'est à Dagana mais à plus de 50 kilomètres, il faut faire ce long chemin, tu risques de croiser les bandits sur ton chemin donc je n'ai pas fait les visites prénatales. D'ailleurs, ce n'est pas dans notre culture, une femme normale doit accoucher à la maison et non à l'hôpital, si tu accouches à l'hôpital, tu serais considéré comme une femme faible, qui crée de dépenses inutiles à son mari, tu n'auras aucune valeur dans ta communauté. Je n'ai jamais été à l'hôpital jusqu'à le jour de l'accouchement où les pires moments de ma vie ont commencé. Quand une femme accouche à la maison sans toutefois aller à l'hôpital, elle fait la fierté de sa propre famille et honneur à son mari donc elle mérite un bon traitement de la part de sa belle-famille et de son mari.

19. Etes-vous opérée combien de fois ?

J'ai été opérée une fois, après le retour de mon mari, j'ai pris la grossesse, comme il m'a à nouveau abandonnée, ils ont fait la césarienne pour prendre ma fille. Tout ça c'est à cause de la fistule, je ne pouvais plus accoucher normalement.

20. Combien de temps avez-vous passé à l'hôpital après l'opération ?

Après les trois mois passés chez ma tante, j'étais admise à l'hôpital de liberté avant notre transfèrement dans ce centre, je ne veux pas même rendre visite à cause de l'attitude des gens à mon égard, j'ai fait 4 ans ici avant d'aller louer ma chambre à Dembé. Nous n'avons pas assez de soucis avant, c'est maintenant qu'on souffre plus parce que les ONG nous laissent et on ne produit pas assez, nos machines sont la plupart en panne.

21. Avez-vous bénéficié d'un accompagnement psychosocial ? d'un counseling ?

Depuis l'hôpital de liberté jusqu'à ici, c'est Abbé Benjamin, celui qui a créé l'association qui nous aide avec les conseils, à part lui, il n'y a pas un psychologue. Maintenant que le père ne travaille plus avec nous, personne ne nous donne de conseil et nous aide. Micheline et moi, racontons notre vécu avec cette maladie aux autres femmes qui

sont victimes pour les encourager et les rassurer que c'est une maladie guérissable, ce n'est pas une fatalité ni une malédiction. Il n'y a pas un psychologue.

Entretiens relatifs à l'intégration familiale (18/07/2022 de 10h 20mn à 11h 12mn).

22. *Avez-vous des enfants OUI NON ; si oui combien ?*

J'ai un enfant, une fille. Après mon opération, mon mari a appris de mes nouvelles et décide de me suivre à N'Djamena. Chose que j'avais accepté, un an plus tard, je suis tombée enceinte à nouveau. Quand je lui ai dit qu'à cause de la fistule, je ne pourrai plus accoucher par voie basse (à la maison) mais qu'on devra me faire une césarienne. Il s'est fâché. Il a dit qu'il me croyait guérie, mais si c'était pour refaire l'opération, il préférerait partir. Et c'est ce qu'il a pu faire. « *Tu sais, ce sont les principes du village* ».

23. *Il vous arrive à être rejeté déjà par une personne de votre famille après cette maladie ? avez-vous honte de cette maladie ?*

Malgré que je sois guérie, mon mari m'a abandonnée, mes parents aussi. J'avais honte de moi et je me pose toutes les questions du monde, ce que j'ai fait avec mon Dieu pour mériter ce sort mais avec le conseil de l'Abbé Benjamin, je me sens soulager, je sais que je ne suis pas différente des autres comme je le pensais. Je n'ai plus honte, je sais que c'est une maladie comme toutes autres maladies donc guérissable. Ceux qui pensent que c'est une fatalité, une punition, c'est de la pire ignorance de leur part. Je me sens à l'aise dans ma grande famille qui est CNTF et l'ARFV, ici, il n'y a pas de différence, malgré que l'affection n'est pas la même comme dans ma famille au village.

Entretien relatif à l'intégration culturelle

24. *A quel âge les filles vont-elles en mariage chez vous ?*

Dans notre culture, quand une fille grandie un peu, on l'envoie en mariage, il n'y a pas d'âge pour aller en mariage. D'ailleurs ce n'est pas à toi de décider, le mariage se conclut entre les parents. Pour ne pas que les hommes courent derrière toi, les parents veulent t'envoyer tôt en mariage au risque de tomber dans le vagabondage sexuel, quelque fois, c'est la pauvreté qui amène les parents à conclure ce mariage. La plupart des filles vont en mariage à 12 ans. C'est l'effet de la culture et la pauvreté.

25. Appartenez-vous à une association ? un mouvement de l'église ?

J'appartiens à l'association pour la réinsertion sociale des femmes victimes de fistule obstétricale. Grâce à cette association que j'ai appris la couture qui, aujourd'hui m'a permis de me prendre en charge, payer le loyer et subvenir à mes besoins. Je suis issue d'une famille musulmane, dans notre culture, il n'y a pas des mouvements, les femmes sont faites pour rester à la cuisine donc je ne connais pas ce qu'on appelle mouvement.

Entretien relatif à l'intégration sociale

26. Après l'opération chirurgicale, avez-vous eu une activité génératrice de revenue ?

Je ne croyais pas être guéris de cette maladie, c'est d'abord pour moi cette immense joie même si je porte les séquelles de cette pathologie. Au début, je crois tout perdu mais grâce à l'initiative de l'Abbé Benjamin qui a créé l'association pour la réinsertion sociale des femmes victimes de fistule obstétricale en collaboration avec le Dr Koyalta qui était le coordonnateur du CNTF, j'ai bénéficié de la formation en couture comme toutes les autres femmes victimes de fistule dans notre association. C'est la seule activité génératrice que je fais. Je fais aussi le tissage manuel. En ce qui concerne le commerce, l'environnement te regarde d'abord mal, ils pensent toujours que tu portes des odeurs nauséabondes alors je couds seulement les habits.

27. Vos activités vous permettent-elles de vous prendre en charge ou êtes-vous sous la charge de quelqu'un ?

Non, après mon opération, je suis ici seulement au centre, j'ai appris à coudre, c'est après cette formation, j'ai eu un peu d'argent, je suis allé prendre une chambre au quartier Dembé, c'est là-bas que je vis jusqu'aujourd'hui. La seule chose qui me fait mal, à chaque fois que je vois les couples, je ne cesse de verser les larmes, j'ai la force de beaucoup travailler et gagner ma vie mais je ne peux rien. Je ne vis pas comme les autres, je suis malheureuse, isolée, tu n'es pas considéré, aucun homme ne s'approche de toi (en pleurant). Je vis avec ma fille, c'est elle qui est mon espoir de vie.

28. La plupart des filles sont-elles inscrites à l'école ?

Dans notre village, il n'y a pas une école, nous habitons sur une île, les filles font la pêche comme les garçons. Tu peux passer toute la journée à sécher le poisson, il n'y a pas de

temps, d'ailleurs l'école est loin. Les garçons partent en pirogue. Certains parents envoient les garçons à Dagana pour fréquenter, certains à Bol aussi.

29. *Avez-vous des amis ? Viennent-ils vous rendre visite ?*

Mes amies sont mes sœurs victimes de fistule, celles qui sont venue ici au centre. Au quartier, c'est difficile, je souhaite vivre seule au lieu d'avoir des amies qui ne vont jamais te rendre visite. Les voisines du quartier, on se salut de passage.

30. *Est-ce qu'il vous arrive à être victime de moquerie dans votre famille à cause de votre maladie ?*

J'ai refusé de repartir au village à cause de la moquerie, c'est mieux de rester en ville, ici, sauf ceux qui te connaissent qui peuvent se moquer de toi mais au village, tu portes une mauvaise image. Personne ne veut te sentir, à cause de cette humiliation, même tes propres parents te diront que tu leur fais la honte alors, c'est mieux de rester loin. Dans notre culture, jusqu'aujourd'hui ils pensent qu'être victime de fistule est le prix de l'infidélité, c'est une fatalité, tout le monde à un mauvais regard sur toi et te traitent d'une femme impure. J'ai passé trois mois dans une case isolée parce que je sens mal, jusqu'à présent, ça me fait mal plus que la douleur du travail. J'ai de la peine à effacer cette image de ma tête (en pleurant).

5.3. EXPLICATION OU COMMENTAIRE DE CHAQUE CAS DE VICTIME A LA LUMIERE DU GRILLE D'ENTRETIEN

Après présentation de chaque cas, il sera question d'expliquer et de faire un commentaire sur les éléments verbaux et non verbaux du cas de chaque victime à la lumière de la grille d'entretien. Elle nous permettra de comprendre le vécu de chacune des victimes dans le processus de reconstruction psychique et sociale.

5.3.1. Explication et commentaire du cas de Micheline.

Le début de l'histoire de Micheline était très émouvant, elle commence son propos avec les larmes aux yeux « *J'ai été opérée 07 fois...* ». Après cette phrase, un silence. Sur une position anxieuse, avec un regard triste, les bras croisés, elle se sent différente des autres femmes. Micheline n'a pas oublié le jour de son mariage avec un profond regret « *... je suis allé en mariage à 14 ans, je déteste ce jour-là. J'étais tombée enceinte et cette fameuse grossesse allait me faire perdre la vie après 03 jours de dur travail à la maison, j'ai fait un mort-né. C'est inhabituel pour moi de constater que l'urine et les selles viennent sans que je*

me rende compte, c'est le début de ma souffrance. J'étais isolée de tout le monde. Mes frères disent que cette situation n'est jamais arrivée dans notre famille, sait que c'est une punition divine. Pour eux, j'ai connu un homme hors mariage. Cette fatalité est une honte pour la famille. Ils ont décidé de m'enterrer, et m'ont mesurée avec la tige de sorgho pour aller creuser ma tombe et m'enterrer, ma mère m'a pris grâce à un gars du village, à qui elle a remis une somme de 2000F CFA comme frais de transport pour me déposer à l'hôpital de district Saint Joseph de Bébédja. Après mes séjours dans cet hôpital sans un soin conséquent que ma tante venue de N'Djamena a décidé de m'amener avec elle pour la prise en charge à l'hôpital de liberté à N'Djamena en 2008 ».

❖ **Le vécu de la victime avec la fistule dans son environnement familial.**

Malgré la douleur, elle était seule, son mari décline ses responsabilités, ses parents pensent qu'elle est responsable de cette maladie, c'est-à-dire le prix à payer de ses actes immoraux. Elle porte toute cette douleur au cœur et en esprit bien qu'elle est guérie de fistule. Ayant considéré comme une fatalité par ses frères, Micheline se rappelle le jour où ses frères prennent ses mesures pour aller creuser sa tombe. Elle se rappelle comme si l'événement était en cours et non une histoire. On observe dans les discours de Micheline, la solitude, l'isolement, puisqu'elle avait dit *« je n'appartiens à aucun mouvement d'ailleurs quand tu pars à l'église, les gens fuient là où tu restes, combien de fois aller dans un mouvement »*, elle préfère vivre caché. L'environnement où vit Micheline ne la permet pas de faire les Activités Génératrices de Revenus (AGR), ce qui pose problème sur le plan économique pour son intégration sociale, le milieu n'était pas favorable pour la permettre d'avoir de moyens conséquents pour se prendre en charge *« Avant le centre me donne un peu d'argent que je ne peux pas vous donner le montant mais cette somme m'a permis d'aller louer au quartier, c'est là où je vis jusqu'aujourd'hui. Je n'ai pas autre activité, quand tu fais le commerce, qui va acheter avec toi ? Tu es sous-sous-estimer par tout le monde, à ton passage, on te regarde comme un être à part entier, un regard méprisant, certains crachent »*. Elle ne fait aucune activité génératrice des revenus, ni elle appartient à un mouvement à part l'association pour la réinsertion sociale des femmes victime de fistule, elle n'est pas sous la charge de quelqu'un. La vie n'est pas rose pour Micheline, bras croisés, tête baissée, elle s'exprime en pleurant *« ...je ne peux plus avoir d'enfants dans ma vie comme les autres femmes (en pleurant). Chaque fois que je vois les couples, je ne cesse de verser les larmes, j'ai la force de beaucoup travailler et gagner ma vie mais je ne peux rien. Je ne vis pas comme les autres, comment je peux me prendre en charge avec le cout de vie de N'Djamena ? »*. Situation

socioéconomique est très difficile pour les femmes victimes de fistule obstétricale en générale et de Micheline en particulier de mieux vivre, avoir la quiétude. L'insertion sociale, l'intégration sociale reste difficile pour ces femmes. On observe l'anxiété, la dépression, la tristesse, l'isolement, le dégoût de vivre sont visible.

❖ **Difficultés d'adaptation socioéconomique de la victime.**

Le poids de l'environnement socioéconomique ne permet pas à la femme victime de fistule obstétricale de réunir les conditions optimales pour se sentir digne, bien vivre et se reconstruire.

Ce qui rend invivable les femmes victimes de fistule obstétricale dans certaines communautés du Tchad, c'est le poids culturel. La plupart des femmes ne font pas les visites prénatales pendant qu'elles sont enceintes, tel est le cas de Micheline « *Dans notre coutume, une femme qui accouche à l'hôpital est une femme faible, qui crée de dépenses inutiles à son mari donc les parents de son mari vont lui recommander de prendre une autre brave femme qui accouche à la maison sans dépense. Je n'ai jamais été à l'hôpital jusqu'à le jour de l'accouchement où les pires moments de ma vie ont commencé* ». L'accouchement à domicile dans certaines cultures devient un acte de bravoure pour les femmes malgré les conséquences néfastes.

❖ **Le poids de la culture, facteur de déconstruction psychosociale**

La culture constitue la vraie cause de la fistule obstétricale pour les femmes, le mariage des enfants, les grossesses trop tôt et trop rapprochées, au nom de la culture, l'analphabétisme prend le dessus et devient une réalité malsaine pour les femmes. Les femmes portent les séquelles de cette maladie en elles toute leur vie, sans un soutien au nom de la culture. Un passé très douloureux, elle a été opérée 07 fois avant d'être guérie, mais comme il n'y a aucun service de counseling ni un psychologue dans le centre pour l'aider à oublier toutes ces douleurs. La douleur qui ne peut pas se cicatriser est celle réaffirmée par Micheline « *Je n'ai pas d'enfants et je n'en aurai plus, d'ailleurs je n'ai pas envie d'un homme auprès de moi* ». Elle pense que sa vie n'a plus de sens, elle a toujours l'envie de se suicider.

A 12 ans, les filles sont envoyées en mariage contre leur volonté et au nom de la culture, lorsque les conséquences de la grossesse juvénile surviennent, cette même culture impose ses règles dont la communauté appelle fatalité, elle traite toutes les femmes victimes de

fistule obstétricale d'impure, d'infidèles. C'est une raison fondamentale de la marginalisation, du rejet et d'abandon. Micheline affirme qu'elle n'a pas d'mis (es), ses amies sont les femmes victimes de la fistule qui sont dans l'ARFVF. Ce qui fait qu'elle porte réellement le stigma de cette maladie en elle.

❖ **La marginalisation des victimes dans la communauté.**

La marginalisation est une pratique discriminatoire, le fait, pour un individu de s'écarter de la norme de la société, de s'en exclure ou d'en être exclu avec une rupture, parfois brutale des liens sociaux, est l'une des dures réalités vécu quotidiennement par les femmes victimes de fistule obstétricale. Exposées à toutes les injustices, ces femmes souffrent de la marginalisation sociale car elles sont traitées de tout, confrontées à des regards méprisants et déshumanisants dans leur communauté. Exclues, répudiées par leur mari, la majorité de ces femmes vivent dans l'anxiété et la dépression, l'envie de se suicider est souvent visible « *vivre avec cette maladie, c'est vraiment un calvaire, on ne nous respecte plus, on ne nous considère pas, notre droit est bafoué. Nous sommes reléguées au second par l'entourage et la famille, tu deviens la risée du quartier, nous vivons une vie de merde. Ce qui fait mal, tu es considéré comme un être à part entier* ». Cette indignation explique en claire la situation marginalisant vécu au quotidien par les femmes victimes de fistule obstétricale, elle n'exclue pas la déconstruction de celles-ci puisqu'il n'y a aucun dispositif psychologique pour leur accompagnement.

5.3.2. Explication et commentaire du cas de Martine.

Très calme, au regard triste, il suffit juste de poser une petite question à Martine, une victime âgée de 31 ans, venue de Béré dans la province de Tandjilé sur son vécu avec cette maladie, elle s'éclate tout de suite en sanglot. Comme toutes les victimes, le début d'une vie de merde de Martine commence par les quatre jours de travail de l'accouchement à la maison sans un secours obstétrique d'urgence. Evacuée à l'hôpital, la vraie histoire débute par l'accouchement mort-né et le passage de l'urine et les selles de façon inattendue.

Je ne comprends rien quand l'urine et les selles viennent seule, j'avais de douleur intense malgré le traitement.

Cette situation douloureuse et traumatisante que traverse Martine l'amène à croire qu'elle allait perdre sa vie, grâce à sa cousine qui décide de l'amener.

❖ **Le vécu de la victime avec la fistule dans son environnement familial.**

Martine se rappelle de cette histoire, pourtant, elle croyait que tout était fini pour elle, elle avait appris la nouvelle de la fistule étant déjà dépourvu de moyen, son mari l'a abandonnée, les parents non plus ne l'on rendu visite, elle se trouve seule.

On me considérait comme un infidèle parce que je suis atteinte d'une maladie des femmes infidèles (la fistule). Pour le moment, je veux être totalement en santé et chercher ce qui pourra m'aider dans ma vie, parce que je reprends ma vie à nouveau.

5.3.3. Explication et commentaire du cas d'Aïcha.

Très soumise, Aïcha selon la culture musulmane, s'exprime la tête baissée avec les larmes aux yeux, la tristesse est visible aux yeux de cette victime de mariage forcé de 14 ans. Elle se souvient de sa vie, son vécu sur une île du lac Tchad. Cette dame de 28 ans mène une vie de cauchemar au nom de la culture qu'elle était victime « *Ma famille m'a donnée en mariage à l'âge de 14 ans et je suis tombée enceinte juste après...* », très anxieuse et visiblement choqué par son histoire, à chaque fois qu'elle parle, les larmes ne cessent de couler. Tête baissée, bras croisés, Aïcha s'exprime difficilement, elle a du mal à parler de son vécu « *La famille s'y oppose. Le voyage coûte cher selon mes parents, il faut louer une voiture pour 50 000 F CFA. Pendant trois mois je suis restée à la maison, où je suis mise en quarantaine dans une case isolée, car la fistule a engendré une incontinence chronique. Mes parents disent qu'ils peuvent plus supporter les odeurs, que ce n'était pas la fistule qui me troublait, de toute façon, je ne pouvais pas être guéris* ». La famille d'Aïcha considéraient son cas comme une fatalité, elle avait du mal à supporter, elle est écartée, ce qui cause le traumatisme psychique et social chez Aïcha. Elle n'éprouve que la haine contre ses parents, son mari et tous ceux qui ont contribué à son mariage. Tragédie vécu par Aïcha la rend très nerveuse et l'amène à se fermer sur elle, elle devient introvertie.

❖ **Le vécu de la victime avec la fistule dans son environnement familial.**

En ce qui concerne l'environnement socioéconomique, Aïcha ne mène aucune activité à part la couture apprise à l'ARFVF.

Grâce à cette association que j'ai appris la couture qui, aujourd'hui m'a permis de me prendre en charge, payer le loyer et subvenir à mes besoins. Je suis issue d'une famille

musulmane, dans notre culture, il n'y a pas des mouvements, les femmes sont faites pour rester à la cuisine donc je ne connais pas ce qu'on appelle mouvement.

Très calme dans son atelier, elle reçoit ses clients à quelques mètres de là où elle coud. Selon la coutume musulmane, elle n'appartient à aucun mouvement. Elle vit toujours dans la solitude mais grâce à sa fille, Aïcha à le sourire. Elle vit au dépend d'elle-même avec sa fille. Elle espérait avoir une famille comme toutes les femmes mais c'est une désolation après l'avènement de cette pathologie handicapante « *Je ne vis pas comme les autres, je suis malheureuse, isolée, tu n'es pas considéré, aucun homme ne s'approche de toi (en pleurant). Je vis avec ma fille, c'est elle qui est mon espoir de vie* ». Le rêve d'avoir une meilleure famille pour Aïcha est utopique, le milieu social devient hostile pour elle, elle perd le sentiment, elle éprouve beaucoup plus la haine.

Durant la grossesse, elle n'a pas fait les visites prénatales, c'est aussi les causes des complications de la grossesse juvénile. Après sa première opération chirurgicale, bien que son mari l'abandonne, quand il a appris qu'elle est guérie, ce dernier décide de revenir trouver sa femme à N'Djamena.

Après mon opération, mon mari a appris de mes nouvelles et décide de me suivre à N'Djamena. Chose que j'avais accepté, un an plus tard, je suis tombé enceinte à nouveau. Quand je lui ai dit qu'à cause de la fistule, je ne pourrai plus accoucher par voie basse (à la maison) mais qu'on devra me faire une césarienne. Il s'est fâché. Il a dit qu'il me croyait guérie, mais si c'était pour refaire l'opération, il préférerait partir. Et c'est ce qu'il a pu faire. « Tu sais, ce sont les principes du village ».

La culture impose ses règles, les hommes les appliquent pour faire du mal aux femmes en les abandonnant dans des situations délicates où elles ont besoin d'un soutien morale et psychologique, c'est le cas du mari d'Aïcha. Une mauvaise représentation de la communauté sur l'image de la victime, Aïcha ne pouvait plus repartir vivre au village, sa communauté la considérait comme impure. Compte tenu de l'attitude de la population, l'image que celle-ci faite d'Aïcha, ce stéréotype pousse la victime à vouloir rester loin de sa communauté, un milieu où elle n'est pas tellement connue.

❖ **Difficultés d'adaptation socioéconomique de la victime.**

Après 4 ans de vie communautaire au CNTF avec les autres victimes de fistule avant sa guérison, elle décide d'aller louer une chambre au quartier Dembé, non loin du centre de

traitement de fistule, là où elle vit avec sa fille jusqu'aujourd'hui. Pendant toutes ses longues années dans ce centre, Aicha n'a bénéficié d'aucune aide psychologique ni elle n'a la chance de rencontrer un psychologue « *Depuis l'hôpital de liberté jusqu'à ici, c'est Abbé Benjamin, celui qui a créée l'association qui nous aide avec les conseils, à part lui, il n'y a pas un psychologue. Maintenant que le père ne travaille plus avec nous, personne ne nous donne de conseil et nous aide* », avec ce traumatisme vécu, les victimes ne bénéficient presque pas d'une aide psychosociale pour leur insertion ou reconstruction psychosociale. Toutes ces situations arrivent à cause du mariage précoce, le mariage qui se conclut entre les parents, quelques fois entre le mari plus âgé que la femme et les parents.

Il n'y a pas d'âge pour aller en mariage, quelque fois c'est la pauvreté qui pousse les parents à envoyer les filles en mariage très tôt « *Pour ne pas que les hommes courent derrière toi, les parents veulent t'envoyer tôt en mariage au risque de tomber dans le vagabondage sexuel, quelque fois, c'est la pauvreté qui amène les parents à conclut ce mariage. La plupart des filles vont en mariage à 12 ans. Une vie détruite à l'adolescence, Aicha mène une vie trop de peine, souvent anxieuse malgré la présence de sa fille, elle porte le stigma de cette pathologie à vie.*

❖ **La marginalisation des victimes dans la communauté.**

Ce qui est marrant pour Aicha, sur cette île, il n'y a pas une école, les filles font la pêche au même titre que les garçons. Certains parents envoient leurs enfants à Dagana ou à Bol, mais la plupart pensent que c'est de perd temps donc préfèrent garder les filles à la maison et les envoyées en mariage juste à un certain âge et selon la culture musulmane. Les filles sont à majorité analphabètes, elles n'ont pas le droit de s'exprimer librement, elles font souvent l'objet de violence. Aicha en dehors de toutes ces injustices sociales qu'elle fait face, elle mène une vie de solitude, elle n'a pas d'amis (es), elle se sent négligée, rejetée par son entourage ainsi que sa propre famille « *J'ai refusé de repartir au village à cause de la moquerie, c'est mieux de rester en ville, ici, sauf ceux qui te connaissent qui peuvent se moquer de toi mais au village, tu portes une mauvaise image. Personne ne veut te sentir, à cause de cette humiliation, même tes propres parents te diront que tu leur fais la honte alors, c'est mieux de rester loin* », la plupart des victimes comme Aicha après l'opération chirurgicale réussie, préfèrent rester en ville loin de leur milieu d'origine à cause de la mauvaise image que la communauté faite d'elles. Elles sont souvent victime du rejet, stigmatisées, marginalisées par la communauté.

Malgré que je sois guérie, mon mari m'a abandonné, mes parents aussi. J'avais honte de moi et je me pose toutes les questions du monde, ce que j'ai fait avec mon Dieu pour mériter ce sort mais avec le conseil de l'Abbé Benjamin, je me sens soulagé, je sais que je ne suis pas différente des autres comme je le pensais.

Si ces femmes victimes de cette tragédie ont bénéficiées d'une aide psychologique, d'un counseling, elles seront soulagées de leur traumatisme, tels sont le cas d'Aïcha, avec les conseils de l'Abbé Benjamin, réussir à surmonter un tant soit peu les durs moments de vie qu'elles pensent ne pas oublier. Aïcha se croit après cette pathologie une personne différente des autres par le caractère de sa maladie, maladie qui a complètement changée sa personne, puisqu'elle mène plus la vie comme elle vivait dans son village. Cette histoire alarmante qu'elle se rappelle, quand elle souvient, l'anxiété, la dépression se lit visiblement sur le visage de cette victime de 28 ans.

5.4. SITUATION EDUCATIVE

L'éducation de tout être humain est un droit vital, elle joue un rôle crucial dans le développement socioéconomique et culturel de l'homme. Mais la majorité des femmes victimes de fistule obstétricale n'a pas été à l'école, certaines disent que l'école n'existe pas dans leur village (le cas d'Aïcha qui vit dans une île du lac Tchad). Malgré que le Tchad a ratifié les résolutions de la conférence de Dakar sur l'éducation pour tous, la démocratisation de l'école (2000), dans ses différents objectifs fixés met l'accent sur l'éducation de la femme et surtout la déclaration universelle de droit de l'homme (1946) qui stipule que « *toute personne a droit à l'éducation* » mais l'éducation des filles reste un embryonnaire au Tchad. Cette victime s'exprime en ce sens :

On ne nous a pas permise d'aller à l'école par ce que selon nos parents, une fille ne doit pas fréquenter, mais plutôt elle faite pour se marier, s'occuper de son mari et des enfants, faire les travaux ménagers. Envoyer une fille à l'école, c'est un danger car elle sera déroutée et ne respectera plus ses parents et son mari. Dans nos villages, il n'y a pas aussi d'école puisque nous vivons dans les zones reculées. Aller à l'école pour une fille, c'est une déperdition.

Cette situation délicate que les filles traversent est due à la culture, certains parents envoient leurs filles à l'école, d'autres pensent que, envoyer une fille à l'école, c'est pour se prostituer, elles ne sont pas faites pour aller à l'école mais de rester à la cuisine ou se marier.

La fille n'a non plus le droit de se prononcer. Les parents dans certaines cultures ont peur d'envoyer leurs filles à l'école au risque de connaître une sexualité hors mariage, et c'est au nom de cette même culture et peur qui les amène à envoyer ces filles très tôt en mariage. Certains le font parce que la fille est considérée comme une richesse pour la famille.

Pour certaines victimes, si elles vivent aujourd'hui cette tragédie, c'est parce qu'elles ne sont pas allées à l'école, elles s'interrogent même en disant pourquoi toutes celles qui sont allées à l'école ne sont pas victimes de cette mauvaise maladie ?

5.5. LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE, UN FREIN L'INTEGRATION SOCIALE.

La violence psychologique est une forme de violence ou d'abus envers autrui sans qu'une violence physique soit mise en œuvre directement. Pour les femmes victimes de fistule obstétricale, c'est une réalité quotidienne, chaque jour, elles font face dans leur milieu de vie à des injures, des insultes, des menaces de quitter la maison, des dénigrement de tout genre. Moralement et physiquement, le ton employé à son égard est si froid, méprisant ou encore ce soit hurlant. Les violences psychologiques déstabilisent physiquement et moralement les femmes victimes de fistule obstétricale, les réduisent à néant. La perte de sommeil, perte d'appétit, migraine, les douleurs cervicales sont les symptômes physiques. Ainsi cette forme de violence déstabilise ces femmes, les rendent vulnérables. Très difficile pour elle d'intégrer la société.

A cause des injures, les insultes, les menaces de chaque jour, on a peur de renouer le contact ou aller vers les autres après ta guérison, car nous sommes abattues psychologiquement par cette représentation, mais aussi physiquement par cette pathologie d'une part et la stigmatisation d'autre part. Ce comportement malsain de la communauté à notre égard nous rend anxieuse, angoissante, et nous stress tous les jours.

CHAPITRE 6 : ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

Ce chapitre se focalise entièrement sur la présentation, l'analyse et discussion des résultats. L'analyse de la méthode qualitative est la phase ultime et la plus ardue de la recherche. Les différentes démarches étant déjà réalisées et décrites dans le chapitre précédent. Il est important de procéder à une analyse de contenu des entrevues réalisées. Comme l'a souligné Bellot (2001), repris par NDOBE O., (2021, P. 101) faire parler le matériel n'est pas que le fruit de la retranscription des données recueillies lors de nos entrevues, mais c'est un processus beaucoup plus complexe qui consiste en un processus de traitement, d'organisation, et de classement. Pour l'approche qualitative, il s'agit d'un processus de compréhension de la réalité décrite par les femmes victimes de fistule obstétricale rencontrées. Dans cette partie de travail, il est question de l'interprétation des résultats obtenus lors de la collecte des données, de les discuter et enfin de faire quelques recommandations ou suggestions et les perspectives pour une stratégie d'intervention auprès des femmes victimes de fistule obstétricale

6.1. INTERPRETATION DES RESULTATS

Aujourd'hui, la FO touche principalement les femmes et les filles qui vivent dans l'extrême pauvreté, en particulier celles qui habitent loin des services médicaux, et dont la grossesse n'est pas correctement suivie. Ce handicap a des conséquences à court et à long terme sur la santé de la femme victime car il bouleverse ou met en mal toute sa vie sociale. La souillure émanant de l'écoulement permanent des urines et des selles et s'adjoignent les odeurs nauséabondes, constituent pour les femmes, une échéance à la fois psychique et moral. Pour ces raisons, elles peuvent être rejetées par leurs conjoints, entourage et par leurs familles dans la plupart des cas. Alors, ces dernières font face à la stigmatisation au quotidien dans leurs communautés.

6.1.1. Interprétation et discussions des résultats de l'hypothèse spécifique 1(HS1)

De nombreux spécialistes de la résilience s'accordent à dire qu'un individu ne peut être résilient dans toutes les situations qu'il peut manifester de la résilience dans un domaine mais pas dans un autre. Alors depuis longtemps, on s'intéresse à la vulnérabilisation consécutive,

événements de vie délétères. L'étude et la prise en charge des conséquences des traumatismes ont largement mobilisé les recherches et des cliniciens qui s'inscrivent dans la lignée des théories freudiennes. Par ailleurs, d'autres courants théoriques (psychologie sociale, psychologie cognitive et psychologie du développement) se sont également intéressés aux impacts des traumatismes et des facteurs de stress comme sources de vulnérabilisations des sujets. De nombreuses recherches se sont attachés à étudier l'impact pathogène des événements de vie traumatiques, en analysant comment ces événements de vie demandaient des réajustements psychiques très coûteux par les individus et les fragilisaient ; ce qui pouvait se traduire par des effets sur leur santé physique et mentale.

De ce fait, l'assistance sociale apportée aux femmes victimes de la fistule est de leur accepter avec leur état pour pouvoir les aider dans leur situation affirme RM malgré sa situation a été acceptée par sa tante.

Au regard des faits d'analyse ci-dessus évoqués, on peut affirmer que notre hypothèse **HS1** « *Les stratégies d'assistance sociale peuvent contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena* » est éprouvée confirmée. Autrement dit, l'assistance sociale facilite l'intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale au moyen de l'aide disponible au sein de la communauté. De nombreuses études de psychologie sociale ont porté sur ce phénomène de l'adaptation. Il semble s'en dégager la théorie suivante : pour être accepté, l'individu doit partager jusqu'à un certain point les valeurs, opinions et attitudes du groupe. Quant à la probabilité que l'individu accepte ces valeurs, elle dépend de plusieurs conditions. Il faut d'abord que les opinions et attitudes du groupe ne viennent pas contredire des opinions et attitudes auxquelles l'individu tient parce qu'elles lui permettent de confirmer son appartenance à d'autres groupes. En second lieu, il est nécessaire que les opinions et attitudes du groupe ne viennent pas contredire les attitudes profondes de l'individu, remettant ainsi en cause un système de valeurs lié à la personnalité ou au personnage de l'individu.

Cette étude montre que, les femmes souffrant de FO, n'ont pas connaissance préalable sur la FO et que la majorité n'a pas été à l'école. Cette observation nous amène à confirmer l'analphabétisme comme facteur de risque de développer une FO dans la mesure où l'on peut considérer la connaissance de ce handicap comme un facteur qui puisse permettre de faire appel au système de santé en cas de dystocie mécanique. L'association entre le risque de

développer une FO et l'analphabétisme et la pauvreté a déjà été identifié par certains auteurs (Ijaiya, 2004 ; Wall 2004).

La majorité des femmes victimes de FO proviennent des zones rurales. Cette forte prévalence des femmes victimes de FO vivant en zone rurale.

Au Tchad, cette forte prévalence des femmes victimes de FO ayant comme résidence la zone rurale dans plusieurs cas. Si au Tchad, et selon les données du recensement général de la population de 2009 beaucoup de population vit en milieu rural, il n'en demeure pas moins que c'est en zone rurale que les conditions sont réunies pour l'éclosion et la pérennité de la survenue de la FO notamment : le poids de la tradition, la pauvreté, l'analphabétisme, la non accessibilité aux structures sanitaires et la non observance de la CPN.

Nous affirmons que la forte prévalence de la FO en milieu rural est liée à sa situation socio-économique défavorisée, à la faiblesse de couverture sanitaire et à la persistance des pesanteurs socioculturelles. Il s'agit là des facteurs qu'il faut agir afin d'éradiquer la FO.

Concernant la résidence, il ressort de l'étude que les femmes victimes de FO sont des sédentaires et réside en zones rurales. Ce constat est en parfaite harmonie avec les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Tchad en 2009 qui souligne que la population sédentaire représente 96,6% alors que les nomades ne représentent que 3,4% de la population.

Au point de vue de l'âge, les femmes victimes de FO sont jeunes comme témoigne la moyenne d'âge qui est de 25,93 ans, mais mieux nous notons la forte prévalence (27,4%) pour celles appartenant à la tranche d'âge de 14 à 17 ans que l'on peut à juste titre appeler des « filles mères ». Ces filles mères mariées précocement sont exposées aux accouchements dystociques car sur le plan physiologique, leur bassin est immature et par voie de conséquent physiologiquement non apte à un accouchement eutocique. A ce handicap physiologique, faudrait-il ajouter l'ignorance des accoucheuses traditionnelles qui abreuvent immodérément ces jeunes durant le travail d'accouchement sans penser à vider leur vessie. A propos mariage précoce et, selon l'**EDST III (2015)**, 30% des jeunes filles de 14-19 ans sont déjà mères ou enceintes de leur premier enfant ; cela est lié aux pesanteurs socioculturelles qui sont beaucoup accentués en milieu rural. Les femmes victimes de FO sont des ménagères sans ressources financières à 82,1% et vivent en milieu rural. L'étude antérieure faite par Ampil (2015) au Tchad souligne que les ménagères sans source de revenu représentent 88,86% de la

population des femmes victimes de FO vivant en milieu rural. La sensibilisation pour le mariage non précoce s'avère nécessaire en milieu rural, les autorités sanitaires et traditionnelles doivent agir efficacement à ce niveau. Concernant le niveau d'instruction, force est de reconnaître que les femmes victimes de FO souffrent d'un manque criard d'instruction avec un taux d'alphabétisme atteignant 75,4% dont 64,6% vivent en zone rurale. Il faut noter avec force que l'analphabétisme fait le lit de l'ignorance faisant de ces filles mères des proies privilégiées au mariage précoce aux conséquences incommensurable dont la FO est le témoin visible et palpable.

S'agissant du mariage, il est à noter que 97,6% des femmes victimes de FO sont mariées avant la survenue de leur fistule et parmi elles, 74% vivent en zone rurale. Cet état de fait corrobore à ne point douter que le mariage précoce est très facile à réaliser en milieu rural où dans certaines familles, les parents se targuent de dire que leur fille doit avoir ses ménarches chez son époux et non sous leur toit. C'est à se demander si ces parents ne prennent pas leur fille comme un objet dont il faut s'en débarrasser le plus tôt possible. Ampil (2015), au Tchad les femmes victimes de FO ont un statut de mariée dans une proposition respective de 81,01% et 86,1%. Une autre explication et, non le moindre est le respect de la tradition et les convenances sociales beaucoup marquées en milieu rural comparativement au milieu urbain où l'on note un relâchement de certaines mœurs.

Au sujet de la parité, il est à noter que les femmes victimes de FO occupent les deux extrêmes. Cette prédominance des primipares d'explique par nuptialité précoce source de grossesse précoce à l'origine de dystocie mécanique à l'accouchement.

La perspective psychodynamique de la résilience divulguée par S. Freud (1920) a été une théorie de base par ce que, notre étude est centrée sur la résilience individuelle des femmes victimes de la fistule obstétricale. En effet, le concept de la résilience entre dans le champ de la psychologie qui conditionne l'individu ayant traversé d'une certaine façon certaines périodes de sa vie à développer des pathologies liées à l'inadaptation. L'approche psychodynamique, quant à elle, tente d'expliquer le processus de résilience à travers le fonctionnement mental, la construction de la personnalité, les relations affectives, les liens d'étayages familiaux et extra-familiaux et les aspects cognitifs et psychosociaux. Ces cas qui sont suffisamment illustrés dans son ouvrage laissant pressentir qu'il peut exister des dispositions individuelles innées propres à justifier des capacités résilientes chez le sujet. Dans cette perspective, convenons avec S Freud que des critères externes et internes

renvoyant au fonctionnement intrapsychique et aux réalités du sujet sont nécessaires pour explorer le processus matériel et même environnemental reçu, leur permet de surmonter des situations quasi impossibles pour peu qu'ils bénéficient de l'appoint d'un tuteur de résilience entendu comme toute personne qui, en tendant une main secourable au sujet, lui redonne confiance en lui-même et l'amène à se développer positivement.

Les résultats de notre recherche montrent ainsi que la résilience chez ces femmes s'est passée d'une manière individuelle. Pour certaines, elles ont été assistées par leurs tantes, oncle et étant chrétiennes, elles ont placé leur foi en Dieu en lui faisant confiance et le laissant agir pour leur guérison ; grâce à cela, elles ont décidé de se chercher en faisant certaines activités au sein du centre même s'il est interdit de commercialiser au sein du centre.

6.1.2. Interprétation et discussion des résultats de l'hypothèse spécifique 2 (HS2)

Dans la recherche, notre deuxième hypothèse de recherche (**HS2**) stipule que « *L'assistance médicale peut contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.* » Adler considère chaque individu comme un être global, dans son contexte social, dans son contexte social, professionnel et familial. Il se base sur les concepts de conscience et d'inconscient et s'intéresse tout particulièrement au complexe d'infériorité, c'est-à-dire le sentiment d'être inférieur à d'autres personnes. Notre hypothèse s'accroche à l'approche d'Adler, qui considère que chaque individu à partir de ses expériences passées au travers de ses relations familiales, amicales ou professionnelles. Les problèmes psychologiques actuels sont en lien avec des réactions inconscientes liées à l'histoire personnelle. Les « points faibles » physiques et psychologiques sont aussi des éléments héréditaires et constitutifs qui interviennent dans la souffrance actuelle de la personne et dont le dépassement est nécessaire à l'âge adulte.

6.1.3. Interprétation et discussions des résultats de l'hypothèse spécifique 3 (HS3)

Notre résultat sur le **HS3** : « *L'assistance communautaire peut contribuer de façon significative à l'amélioration d'intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.* » va dans le même sens que la théorie du sentiment social d'Adler. En effet, du point de vue de la théorie, de nombreux auteurs ayant travaillé sur la théorie du sentiment social rendent compte de ce que dans la construction de la réalité sociale, il existe une transmission des valeurs entre les ascendants et les descendants

(Durkheim) quand d'autres à l'instar de Piaget (1967) mettent l'accent sur la construction mentale par le biais de l'éducation morale. Pour ce dernier en effet, le développement mental d'une personne est une construction continue qui permet à la personne d'acquérir sa stabilité mentale dans la société.

Pour Adler, nous sommes confrontés à ce cadre en permanence tandis que nous cherchons une signification dans les domaines que sont le travail, la société et les relations intimes. En effet, les gens se trompent sur le sens à donner à ces domaines que les problèmes surviennent. Il définit les sens erronés de la vie comme étant ceux qui s'attaquent au principe le plus fondamental et le plus incontestable de la santé mentale : l'individu doit s'intéresser au bien-être d'autrui. Il souligna qu'il existe une loi selon laquelle l'homme doit aimer son prochain.

Au fur et à mesure que ces théories s'étoffèrent, Adler s'efforça d'inscrire toute sa psychologie sur le schéma de la vie. Celui-ci laisse apercevoir le gouffre qui sépare les orientations de Freud et celles d'Adler.

6.1.4. Interprétation et discussions des résultats de l'hypothèse spécifique 4 (HS4)

Les résultats de notre **HS4** : « *Le suivi psychologique peut contribuer de façon significative à l'amélioration d'intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.* », montre que Bien souvent, les réactions qui suivent l'exposition à des traumatismes chez les sujets ont été analysées en suivant l'hypothèse implicite ou explicite d'une hiérarchie des traumatismes : soit du fait de leur intensité ou soit en fonction de leur fréquence. On en déduit parfois, de manière un peu rapide, que l'importance dite objective des événements de vie aversive était en corrélation avec l'intensité des effets pathologiques induits chez les sujets. En fait, les études concernant les facteurs de stress et leurs conséquences supposées novices sur les individus aboutissent souvent à des résultats contractés. Quelles que soient les approches, on a pu relever des modes de réaction extrêmement variés suivant les individus et les moments de leur parcours de vie. Ainsi, des observations cliniques ont montré que, si certains sujets sont anéantis par la rencontre avec les événements traumatiques, pour d'autres sujets, une épreuve surmontée avec succès semble améliorer à la capacité de l'individu à faire face à l'épreuve surmontée avec succès semble améliorer à la capacité de l'individu à faire face à l'épreuve suivante. Cette capacité à faire face et à rebondir après les événements aversifs est la résilience.

La psychologie adlérienne s'adresse à tous, car elle permet de surmonter les problèmes d'adaptation sociale d'une personne dans son environnement. Elle permet à chacun de trouver sa place en luttant contre le sentiment d'infériorité à l'origine de complexe et de difficulté psychologique. Les faiblesses deviennent alors des forces permettant à la personne de mieux se connaître et de se sentir plus sereine au quotidien.

La mentalisation, ou élaboration mentale, est un système très complexe, qui dépend de divers éléments externes et internes. Si nous suivons la théorie de Mary (1991), c'est le système préconscient, créé dans la première topique freudienne étant l'espace entre le conscient et l'inconscient, qui est l'un des éléments les plus importants dans la mentalisation. Il est composé par des représentations que l'individu possède et se crée au fil du temps, c'est selon la quantité et la qualité de ces derniers que le système préconscient, ainsi que la mentalisation dépendent. Il est important de souligner que les représentations psychiques sont aussi bien des représentations sensorielles, que les images élaborées ou des images motrices.

Par ailleurs, la fluidité qui correspond à la qualité des représentations ainsi que leur circulation entre le conscient et le préconscient, peut être utilisé à n'importe quel moment, que cela soit par rapport à des souvenirs passés ou présents. Précision enfin ici que la permanence permet aux représentations de se maintenir dans le temps et ainsi, de rester disponible à tout moment. Nos résultats montrent en effet que les femmes victimes de la fistule obstétricale ont commencé à se résiliées après avoir bénéficié de la part des membres de leur entourage (tantes, oncles, voisines, etc.) et/ou des ONG et ont commencé à avoir l'amour d'exercer certaines activités pour aller de l'avant, pouvoir oublier leur souffrance.

Cette conception renvoie à la fluidité chez Marty et rend compte de la volonté chez nos participantes, de maintenir présent à la claire-conscience, les éléments qui favorisent le bien-être. Autant dire avec Marty (1991) que la façon dont ces femmes perçoivent leurs représentations, c'est-à-dire ici qu'elles voient l'évènement vécu en l'occurrence, l'aide fourni plus sous un angle de plaisir en minimisant les évènements marquants (négatives) et sources de déplaisir pendant la maladie et après la répartition de la FO, pour oublier et reconstruire. On peut alors ici envisager leur action sous un mode « *d'automatisme de répétition* ». En effet, dans *Au-delà de principe du plaisir* (1920) S. Freud associé métaphoriquement le psychisme à une « *vésicule vivante* » protégée des excitations externe par une couche « *pare-excitation* » qui agit à la manière d'un filtre, ne laissant passer que des quantités modérées d'excitation pour montrer que des excitations associées à un évènement violent pourraient

pénétrer le psychisme par effraction et y demeurerait alors à la manière d'un « *corps étranger* » dont la présence donnerait lieu à une « *dissociation de la conscience* ».

6.1.5. Interprétation des résultats de l'hypothèse générale (HG)

Les résultats de notre recherche confirment toute l'importance des pistes théoriques sollicitées, à savoir, la théorie de S. Freud sur la résilience (1895) ; la théorie de la résilience de Marty (1991) et la théorie du sentiment social de Adler. Si nous les analysons du point de vue de la conception de S. Freud (1895), on pourra conclure que les activités psychologiques ne dépendent pas de l'individu mais des relations qu'il entretient avec son environnement. Aussi, nos résultats de comprennent lorsqu'on les prend par étape. En effet, dans le premier cas relevant de nos procédés de découverte des événements conjoncturels entrepreneuriaux, les discours de nos patients montrent dans leur grande majorité que la création des entreprises au Cameroun est fortement influencée par les facteurs conjoncturels.

L'étude de résilience est récente comme nous l'avons dit, et depuis quelques années nous voyons croître l'intérêt qui lui est porté, favorisant le développement de recherches (universitaires, recherches-action, etc.). Il est en effet nécessaire de se pencher sur les processus en jeu dans la résilience. Dans cette recherche, nous avons décidé de travailler dans un cadre de référence psychodynamique, en nous centrant sur les dimensions dynamiques et interactionnelles de la résilience. Nous sommes conscient de n'avoir pas pris en compte la totalité des facteurs susceptibles d'intervenir dans le processus de résilience, comme les aspects socioculturels, ou encore écosystémiques. Nous sommes d'avis qu'une recherche intégrant l'ensemble des facteurs de protection serait certainement très importante, mais il nous a semblé judicieux de nous intéresser de manière privilégiée à quelques dimensions, selon nos majeurs dans la construction de la résilience en termes de processus. D'autres part, même s'il est fait une grande part à l'interaction avec l'environnement ; la perspective envisagée est intégrative puisqu'elle prend en compte à la fois les modalités du fonctionnement intrapsychique et la réalité externe. Dans la recherche, nous nous intéressons aux femmes victimes de la fistule obstétricale. Parmi ses femmes, certaines essayent de s'en sortir, tandis que d'autres conservent des manifestations symptomatique importante et des vulnérabilités invalidantes. Nous tenons alors de montrer le rôle protecteur des mécanismes des défenses, d'un espace imaginaire riche et de la mentalisation (des facteurs de protection), mais aussi de la rencontre et du lien avec un ou plusieurs tuteurs de résilience (facteurs de protection externe).

Aussi, pour notre première hypothèse **HG** qui stipule que « *Certaines stratégies d'intervention peuvent contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena* ».

Les résultats auxquels nous sommes parvenus, montre que, les femmes souffrant de FO ont des difficultés sur le plan social, structurel et psychologique mais le soutien social leur permet d'avoir une pensée positive, d'avoir confiance en soi, d'accepter leur situation pour aller de l'avant ; le soutien social facilite leur intégration psychosociale. Pour ce faire, les femmes victimes de la fistule devraient avoir une bonne mentalisation, une bonne capacité de symbolisation et d'élaboration des comportements.

Par ailleurs, ces résultats montrent après analyse que les femmes victimes de la fistule obstétricale auront recours à une plus grande variété de mécanisme de défense, synonyme de souplesse, mécanismes de défense employés de manière adaptative, c'est-à-dire permettant la protection du moi et ainsi donc un dégageant. Inversement, on assistera chez les femmes victimes de la fistule obstétricale non résilientes une faillite des processus défensifs, c'est-à-dire au recours à des mécanismes de défense limités, utilisés de manière rigide interdisant toute possibilité de traitement mental dès excitations.

Au regard de ces faits d'analyse, nous affirmons que nos **HG** est validée confirmée car les résultats obtenus vont dans le sens que les théoriciens de la résilience et affirment que ces femmes souffrant de FO a besoin spécifique sont les tristes résultats d'une perception sociale négative et d'un stéréotype. Bon nombre de ces femmes viennent des zones rurales. Hormis d'être victimes de FO, elles font face à la stigmatisation de la part des proches parents, entourage et/ou la communauté. Dans ce pareil contexte, les patientes optent pour l'isolement afin d'éviter les humiliations. Les souffrances de ces dernières n'intéresse ni ne préoccupe la société et la communauté qui reste prompt à les stigmatiser comme des « sorcières » alors ces femmes réagissent à cette mise au ban de la société par le repli sur soi, l'isolement, le sentiment de différence et le sentiment d'inutilité sociale et cela constituent un obstacle ou des difficultés à construire leur sentiment social. D'après l'analyse des données et la position de test, il ressort que six de ces femmes ont une faible estime de soi et de manque de confiance en soi qui répercutent aussi sur la construction de leur sentiment social.

6.2. LES PERSPECTIVES

Une perspective voudrait qu'on fasse une vision future sur la situation où les difficultés des femmes souffrant de FO à construire le sentiment social. L'étude de la construction du sentiment social chez ces dernières devrait être l'objet d'études futures dans la mesure, où les recherches sur la fistule obstétricale se sont focalisées en grande partie depuis des années dans la lutte contre ce handicap, aux traitements mais peu d'études voir e rare d'études qui se sont intéressées sur l'impact de la stigmatisation et la construction du sentiment social chez ces patientes. Cependant, qu'elles réflexion suggérées dans notre travail dans une perspective future ? Nous nous attarderons sur les perspectives théoriques, méthodologiques et pratiques, sociales.

6.2.1. Perspectives théoriques

Nos perspectives théoriques vont en droite ligne au regard des résultats de notre étude et des recommandations faites vers les habilités nécessaires dans la lutte contre la FO, à la marginalisation et au rejet social à l'égard des femmes souffrant de FO. En effet, pour construire le sentiment social chez ces femmes, l'on devrait chercher à connaître leurs difficultés de réinsertion sociale avant de les accompagner.

Des études plus poussées pourront analyser le processus de la réinsertion sociale de ces patientes sur une étude différée, c'est-à-dire dans leurs relations avec le développement affectif. La relation qu'une victime peut avoir avec son entourage est déterminante. Car ces femmes ont besoin du social pour se reconstruire.

6.2.2. Perspective méthodologiques et pratiques

La présente recherche s'est déroulée en étude qualitative dont les sujets étaient les femmes victimes de FO au CNTF de N'Djamena.

Notre recherche s'inscrit dans une perspective sociale et éducative. Avec la tendance actuelle dans nos sociétés où on stigmatise les personnes malades ou ayant un handicap. Nous proposons aux futurs chercheurs de réaliser une étude longitudinale et expérimentale sur cette population dans le but d'élaborer plus des données scientifiques.

6.2.3. Perspectives sociales

L'accompagnement psychosocial répond au besoin des femmes souffrant de FO vu la situation qu'elles ont pu traverser avec cette pathologie : l'exclusion, l'abandon par le mari et la famille, l'humiliation, les railleries, etc. Elles affrontent toutes seules la maladie. L'accompagnement psychosocial est un soutien purement moral pour aider ces femmes à faire un nouveau départ au niveau social et familial. Cependant, sur le plan social, cette étude a comme vision de voir les femmes aux prises de FO se faire une place dans la société. C'est aussi une ouverture d'esprit pour bannir les préjugés ou les stéréotypes que font ces femmes d'une part et d'autre part la société comme source de stigmatisation qui considère ces dernières comme des personnes à part entière.

6.3. DIFFICULTES RENCONTREES

De toutes les activités humaines, tout comme le travail de recherche scientifique peut se confronter à des difficultés. Nous avons fait face comme tous chercheurs à des difficultés d'ordre documentaires, institutionnelles et financières.

- ❖ Au plan documentaire, la littérature sur la problématique de la fistule obstétricale est très pauvre. La rareté des articles scientifiques, ouvrages, revues etc. qu'on devrait avoir pour enrichir davantage notre travail constitue un obstacle et/ou un manque pour ce travail, qu'il faut signaler sur ce point.
- ❖ Au plan institutionnel, il faut signaler que lors de notre stage au CNTF de N'Djamena du 05 juillet 2022 au 05 octobre 2022, qui nous a permis de faire le pré-enquête et de découvrir en réalité le phénomène de la fistule et le vécu des victimes avec cette maladie. Nous avons fait face à d'énormes difficultés, le refus de certains chefs de services à collaborer avec nous malgré l'autorisation du stage que nous avons en main, l'accès très difficile aux archives du CNTF et les grèves dans le secteur public. Aussi, la réticence des victimes de fistule qui pensent que le plus souvent, les chercheurs requièrent des informations auprès d'elles pour leurs intérêts.
- ❖ Au plan financier, c'est un frein pour la plupart des travaux de recherche, nous ne sommes pas épargner. La descente sur le terrain, un voyage avec une longue distance qui coûte une énorme somme d'argent pour les frais de transport, les tracasseries policières de la route ne sont pas du reste. La photocopie, impression, l'achat des

livres, journaux et revues nous a pris exagérément d'argent. Ces sont en quelques points l'impasse financière à laquelle nous avons été confrontés.

6.4. SUGGESTIONS

En lien avec les résultats de cette étude, il importe de faire quelques suggestions pour l'amélioration des conditions de vie de ces femmes souffrant de fistule obstétricale et la lutte contre cette dangereuse pathologie.

Pour une efficacité dans la lutte contre cette maladie, il faut un engagement politique considérablement intensifié et une forte mobilisation financière seront nécessaire pour accélérer l'élimination de la FO au Tchad. L'implication des jeunes et adolescentes victimes de fistule dans les projets de lutte et la mise en œuvre du politique basé sur des preuves serait importante.

Il faut une bonne politique d'amélioration de la santé de la femme, l'éducation des filles, l'autonomisation de la femme, l'accès à la micro finance, les reformes juridiques stricts et les initiatives socioculturelles pour relever l'âge du mariage des enfants afin d'éviter la grossesse précoce.

❖ A l'Etat :

Les décideurs de la santé publique doivent faire de la lutte contre la FO, surtout la santé de la femme leur cheval de bataille :

- ✓ Disposer des textes, lois strictes contre le mariage des enfants ;
- ✓ Encourager la scolarisation des filles ;
- ✓ Rendre gratuite la scolarisation des filles dans les zones à problème afin que celles-ci aient l'accès à l'éducation ;
- ✓ Sanctionner sévèrement les acteurs qui promeuvent la pratique du mariage des enfants ;
- ✓ Coordonner les efforts dans ONG dans la lutte contre cette pathologie ;
- ✓ Numériser les informations, les donner sanitaire, volet fistule pour faciliter l'accès aux chercheurs ;
- ✓ Construire les infrastructures sanitaires, éducatifs dans les zones reculées pour favoriser l'accès au traitement sanitaire de base et de lutter contre l'analphabétisme ;
- ✓ Instaurer l'éducation à la santé dans le programme scolaire ;

- ✓ Former les agents de santé dans les prises en charge de base de la fistule obstétricale et les affectés dans les zones les plus reculées ;
- ✓ Intégrer les psychologues, les assistants sociaux et les affectés dans les structures sanitaires, sociales et éducatifs pour une prise en charge et un accompagnement psychosocial ;
- ✓ Créer un centre de formation, d'insertion et de réinsertion des femmes victimes de fistule obstétricale et non obstétricale sous la charge des psychologues pour une bonne prise en charge ;
- ✓ Mettre en place un dispositif de suivi psychologique et de la réinsertion socioéconomique et culturelle des femmes victimes de fistule obstétricale ;
- ✓ Equiper les hôpitaux des matériels de prise en charge chirurgicale de FO pour une réparation physique ;
- ✓ Améliorer les conditions de travail et renforcer le service hospitalier et de prise en charge du CNTF de N'Djamena ;
- ✓ Créer les Centres de Traitement des Fistules obstétricales dans tous les vingt-trois (23) provinces du Tchad pour une bonne prise en charge de cette maladie ;
- ✓ Maximiser la sensibilisation à proximité, impliquer les hommes dans la sensibilisation ;
- ✓ Impliquer les autorités traditionnelles dans la lutte contre cette maladie ;
- ✓ Mettre fin aux croyances culturelles et les valeurs traditionnelles qui empêchent les femmes à solliciter les soins de santé maternelle moderne ;
- ✓ Promouvoir le dépistage de la fistule obstétricale dans toutes les provinces du Tchad ;
- ✓ Impliquer les sociétés civiles, les chefs religieux et communautaire locaux dans la sensibilisation et la réduction des injustices sociales : la marginalisation, la stigmatisation, l'abandon, le rejet etc.
- ✓ Demander aux médias d'intensifier la sensibilisation dans la langue locale pour atteindre toute la population sur les méfaits de la fistule obstétricale ;
- ✓ Mettre les moyens roulant dans chaque centre de santé, dispensaire, au besoin dans chaque canton pour le transport d'urgence des femmes en travail de l'accouchement dans les hôpitaux pour une prise en charge d'urgence.

❖ **Aux bailleurs de fonds :**

- ✓ Travailler en étroite collaboration avec le gouvernement dans la lutte contre cette maladie et la prise en charge pour la réparation, l'intégration socioéconomique des victimes ;
- ✓ Financer les actions des associations, les sociétés civiles dans la lutte contre cette pathologie ;
- ✓ Coopérer avec les chefs locaux pour la sensibilisation et aider à dénoncer les actes liés à l'atteinte des droits de la femme.

❖ **Aux médias :**

- ✓ Sensibiliser la population dans les langues locales afin que les filles, femmes, enfants, hommes, tout le monde soit informé des conséquences néfastes de la FO ;
- ✓ Relayer au maximum les actions des associations œuvrant dans la lutte contre cette maladie ;
- ✓ Organiser des émissions une fois dans la semaine dans tous les médias du pays pour parler du danger de la fistule obstétricale ;
- ✓ Organiser les émissions dans les zones rurales pour sensibiliser et informer la population dans le Tchad profond.

❖ **Aux leaders religieux et traditionnels :**

Dans la plupart des communautés Tchadienne, la voix des leaders religieux et traditionnels est considérée comme la voix de Dieu sur terre, ils ont une lourde responsabilité incontournable dans la lutte préventive que curative de cette maladie qui handicape la majeure partie de la population féminine. Ils doivent :

- ✓ Sensibiliser la population dans les églises, mosquées, les lieux des rites traditionnels sur les conséquences néfastes de la fistule et pour prévenir cette maladie handicapante ;
- ✓ Instaurer l'Education à la Vie et à l'Amour (EVA) dans toutes les institutions éducatives et culturelles ;
- ✓ Encourager la population à respecter le programme de planification familiale depuis toujours rejeter et contester par les tenants des règles traditionnelles ;

- ✓ Promouvoir et encourager les couples à faire des consultations prénatales pour éviter tout danger de l'accouchement ;
- ✓ Veiller à l'application stricte de la loi n° 006/PR/2015 portant l'interdiction du mariage d'enfants en République du Tchad afin d'éviter les grossesses précoces et les conséquences de la grossesse juvénile, limité les dégâts de la FO.

❖ **Aux Organisations Non Gouvernementales Nationales et Internationales :**

Ces organisations jouent un rôle très déterminant dans la lutte d'autres maladies au Tchad, il serait nécessaire que leur lutte contre cette maladie serait d'une grande importance à ces femmes. Ces organisations devront :

- ✓ S'engager dans la lutte préventive de la FO auprès de la population défavorisée, qui est presque le foyer de la fistule ;
- ✓ Sensibiliser les chefs traditionnels à sensibiliser en suite la communauté et leur faire comprendre que la fistule est une maladie guérissable comme toute autre maladie et non une malédiction ;
- ✓ Sensibiliser et appuyer les actions des associations dans la lutte contre le mariage des enfants, au respect des lois interdisant le mariage des enfants ;
- ✓ Sensibiliser sur la scolarisation des filles, elles méritent d'être éduquées au même titre que les garçons ;
- ✓ Former les partenaires capables dans la lutte de cette maladie,
- ✓ Encourager les filles à aller à l'école ;
- ✓ Recenser et primer les filles, dans les zones reculées qui ont bonne performance scolaire pour les motivées et exciter les autres à aimer l'école. ;
- ✓ Documenter les meilleures pratiques dans les différents pays au sein de la ceinture de la fistule, afin de s'assurer qu'il y ait un partage d'expériences entre les pays.

❖ **Aux institutions de recherche :**

- ✓ Identifier les stratégies de prise en charge de cette maladie ;
- ✓ Prévenir les conséquences de cette maladie et proposer les moyens d'actions de lutte efficace contre cette maladie ;
- ✓ Vulgariser les résultats des recherches sur la fistule obstétricale avec les organisations qui œuvrent dans la lutte contre cette maladie et les acteurs sur le terrain.

❖ **Aux hommes**

L'homme et sa partenaire devraient partager les responsabilités inhérentes à la survenue de la FO étant donné que la santé de reproduction est avant tout une affaire de couple et non un choix personnel de la femme. Dans ces conditions, l'assistance de l'homme à sa partenaire, moral, matériel, etc. s'avère déterminante. L'information et la sensibilisation des hommes contribueraient et attireraient l'attention sur la nécessité pour eux de participer au même titre que la femme à la gestion des problèmes relatifs à la lutte contre ce handicap. Ils doivent être éduqués, sensibilisés et informés des conséquences de FO sur la santé de ces derniers et sur la vie socio-économique de la famille. Cependant :

- ✓ Les hommes doivent soutenir ces efforts d'éradication de la fistule obstétricale, en soutenant, la planification familiale, en évitant les mariages précoces et en dénonçant les pratiques néfastes telles que les mutilations féminines ;
- ✓ Les hommes devraient également être encouragés à travailler comme défenseurs locaux pour la fistule obstétricale dans les communautés locales ;
- ✓ D'accepter, d'aider, d'aimer et de respecter leurs femmes victimes de FO afin qu'elles puissent se reconstruire ;
- ✓ D'éviter l'isolement et la discrimination des femmes victimes de fistule obstétricale.

❖ **Aux femmes victimes de fistule obstétricale :**

- ✓ Développer les mécanismes de résilience face aux injustices sociales ;
- ✓ Accepter de vivre avec ce handicap qu'elles ne sont pas responsables de sa survenue ;
- ✓ Se présenter dans les centres de santé, dispensaires, hôpitaux et les centres d'accompagnement psychologique pour une prise en charge rapide ;
- ✓ Briser la honte, d'accepter de vivre et non se plonger dans l'isolement ;
- ✓ Se créer des petite AGR pour subvenir à ses besoins ;
- ✓ Dénoncer les actes d'injustices sociales auprès des autorités ou porter plainte contre les oppresseurs ;
- ✓ Informer son entourage des conséquences néfastes de la FO.

❖ **Recommandations basées sur le système de soins**

- ✓ Renforcement de recherche en mettant l'accent sur la détermination des écarts d'information et la méthode la plus efficace de diffuser l'information, en utilisant l'évaluation économique des stratégies de prévention ;

- ✓ Effectuer une mise à jour des évaluations des besoins en matière des soins obstétricaux d'urgence et de fistule obstétricale ;
- ✓ Un investissement accru dans le renforcement du système de santé, en veillant à ce que les ressources humaines soient adéquatement formés et qualifiés, en particulier les sages-femmes, les obstétriciens, les gynécologues et les médecins généralistes ;
- ✓ Investir dans les infrastructures, les mécanismes d'orientation, l'équipement les chaînes logistiques, en améliorant les services de santé maternelle et en s'assurant que les femmes et filles aient un accès au continuum complet des soins ;
- ✓ Augmentation du budget national de la santé, en s'assurant des fonds suffisants soient alloués à la santé reproductive, et y compris à la fistule obstétricale ;
- ✓ Accès équitable, à travers des plans, des politiques et des programmes qui rendent les services de santé maternelle, la planification familiale, en particulier la présence d'accoucheuse qualifiées et de soins obstétriques d'urgence et de traitement de la fistule géographiquement et financièrement accessible, en particulier dans les zones rurales et éloignées ;
- ✓ Le renforcement et l'amélioration de la surveillance du système de subvention des services de santé maternelle afin de réduire le sabotage par les agents de santé et de s'assurer que l'obstacle financier à l'accès aux services pour les femmes et les jeunes filles soit enlevé
- ✓ Intégration de la campagne de prévention de la fistule avec les stratégies de santé maternelle existantes, telles les soins prénataux et de planification familiale ;
- ✓ Assurer le suivi médical correct des femmes en grossesse ;
- ✓ Mobiliser les communautés et les femmes en particuliers, les impliquer, les former et responsabiliser en matière de service santé génétique ainsi qu'aux besoins de la santé maternelle, à l'utilisation des services et au soutien aux femmes pour l'accès à ces services ;
- ✓ Intégrer des participants dans la conception des programmes de prévention de fistule obstétricale.

❖ **Sensibilisation des femmes enceinte**

- ✓ Informer les femmes sur l'importance des accouchements en milieu médicalisé et sur la préparation de l'accouchement

- ✓ Encourager les femmes enceintes à faire au moins quatre consultations prénatales et de se présenter au centre de santé à l'approche de la date probable d'accouchement (DPA) puis accoucher dans un centre de santé assisté par du personnel qualifié ;
- ✓ Sensibiliser les parent afin d'éviter les grossesses précoces avant l'âge de 18 ans ;
- ✓ Faire une planification familiale afin d'espacer les naissances ou différer les grossesses.

❖ **En tant psychologue professionnel en Ecologie Humaine :**

- ✓ Organiser les émissions radios pour parler de la FO au public ;
- ✓ Organiser les sensibilisations dans les zones reculées en collaboration avec les responsables du CNTF et les victimes de l'ARFVF.
- ✓ Plaider pour le service d'accompagnement psychosocial et de counseling au CNTF de N'Djamena et dans les trois sous centres du pays.
- ✓ Organiser les formations sur l'empowerment féminin et l'entrepreneuriat pour aider les victimes de l'ARFVF.
- ✓ Mettre les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement psychosocial dans chaque service de consultation avant toute opération chirurgicale.
- ✓ Organiser en commun accord avec les responsables des centres le suivi postopératoire des victimes pour les aider à surmonter le traumatisme vécu.
- ✓ Créer une association nationale des femmes victimes de fistule obstétricale et non obstétricale pour lutter contre l'injustice sociale à leur égard, défendre leurs intérêts et dignité.

CONCLUSION GENERALE

La fistule obstétricale est une des pathologies très fréquenté en milieu rural où les facteurs favorisants sont nombreux et interagissent entre eux pour aggraver cette pathologie pourtant évitable. Il s'agit entre autres de la pauvreté, de l'analphabétisme, de l'ignorance, du mariage précoce, de l'insuffisance d'assistance médicale à l'accouchement, du manque de personnel, de l'insuffisance du système sanitaire du pays. La fistule obstétricale doit être considérée de nos jours comme un indicateur de sous-développement. La grande fréquence de l'accouchement à domicile et l'absence de surveillance de la grossesse observée rapportées par l'étude sont les reflets fidèles de l'insuffisance du système sanitaire au Tchad vu sous l'angle de la couverture sanitaire sur le plan national. L'ignorance et l'analphabétisme font de ses femmes vivants en zone rurale des proies faciles au mariage précoce avec comme corollaire l'immaturité de la filière génitale source de dystocie pourvoyeuse de fistule obstétricale.

Le travail que ne sommes proposé de mener a porté sur la stratégie d'intervention et intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale : cas du centre national de traitement de fistule de N'Djamena.

Au terme de cette étude, il serait convenable de faire un bref rappel de notre problématique et des objectifs qui l'ont conduite. En effet le « stratégie d'intervention » concerne l'interaction entre le patient ou le sujet et son entourage, la notion du rôle que joue l'environnement, le psychologue, le corps soignant sur les femmes victimes de la fistule obstétricale.

La stratégie d'intervention décrit l'importance des soins dans le développement psychique du sujet. Le syndrome de l'hospitalisation témoigne ainsi l'importance de l'échange émotionnel, affectif lors des soins prodigues au sujet et son entourage. La stratégie d'intervention implique un changement culturel. Les acteurs du champ social et médico-social constitueront ainsi les collaborateurs privilégiés ; la valorisation d'un investissement pour une personne s'appuie aujourd'hui sur un engagement des chefs d'établissements des champs sanitaires et sociaux susceptibles de développer un travail en réseau public/privé. Par ailleurs, la stratégie d'intervention devra reposer sur un partenariat entre les professionnels, les institutions et les associations au service du patient.

De ce côté, Anaut (2003), la résilience désigne la capacité d'un individu à surmonter les traumatismes et à se reconstruire malgré les blessures. L'accent est mis ici sur la capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique avec force renouvelée. L'épreuve traumatique prend alors la forme d'un tremplin, d'un agent de construction de soi.

Ce qui suggère deux types et le ressaisissement de soi après un traumatisme. Il s'agit comme un art de s'adapter aux situations adverses en développement des capacités en lien avec des ressources internes (intrapyschiques) et externes (environnement social et affectif) permettant d'allier une reconstruction psychique adéquate et l'insertion sociale.

Bref, la stratégie sociale et la résilience sont complémentaires et l'un ne peut pas réussir sans l'autre. Ils aident les personnes en difficultés familiales, sociales et sanitaires d'une manière physique, concerne l'interaction entre un sujet en situation à un sentiment, une base de sécurité interne, avoir l'estime de soi, avoir une efficacité, s'adapter positivement malgré des expériences de risques, avoir une capacité de dépasser une situation critique, de lui résister et de lui survivre.

Cette situation nous a amené à effectuer une recherche qui, analysée sous une perspective d'éducation spécialisée qui jouxte les domaines, de la psychologie sociale, de la sociologie de la famille, de la psychopathologie et du handicap social, s'est donné pour ambition de s'interroger sur la question de recherche suivante : *quelles sont les stratégies d'intervention qui facilitent l'intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale ?*

Pour répondre à cette question de recherche, nous avons formulé l'hypothèse générale suivante : « *Certaines stratégies d'intervention peuvent contribuer de façon significative à l'amélioration de l'état d'intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale : cas du centre national de traitement de la fistule obstétricale de N'Djamena* »

L'opérationnalisation de cette hypothèse générale a donné lieu aux quatre hypothèses de recherche suivantes :

HS1 : Les techniques d'assistance sociale peuvent contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

HS2 : L'assistance médicale peut contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

HS3 : L'assistance communautaire peut contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

HS4 : Le suivi psychologique peut contribuer de façon significative à l'amélioration d'une intégration psychosociale des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena.

Nous avons ensuite procédé à la collecte des données en utilisant un guide d'entretien semi directif adressé aux femmes victimes de la fistule âgées de 15 à 35 ans, du centre national de traitement de fistule. L'entretien étaient à cet effet, administrés à un échantillon de huit participants, tous de sexe féminin. Les données obtenues ont été analysées à l'aide de l'analyse de contenu. Ce qui nous a permis après dépouillement, de soumettre nos hypothèses aux faits. De l'analyse, il en ressort les résultats suivants : nous affirmons que notre HG est validé confirmée car les résultats obtenus vont dans le sens que les théoriciens de la résilience et affirment que ces femmes souffrant de FO à besoin spécifique sont le triste résultat d'une perception sociale négative, besoins d'accompagnement comme complément des soins médicaux.

Ces résultats compte de ce que toutes nos hypothèses de recherche (HR1 et HR4) sont éprouvées et pertinentes pour comprendre la problématique de la fistule obstétricale au CNTF/TCHAD. Cependant, bon nombre de ces femmes viennent des zones rurales. Hormis d'être victimes de FO, elles font face à la stigmatisation de la part des proches parents, entourage et/ou la communauté. Dans ce pareil contexte, les patientes optent pour l'isolement afin d'éviter les humiliations. La souffrance de ces dernières n'intéresse ni ne préoccupe la société et la communauté qui reste prompt à les stigmatiser comme des : « *sorcières* » alors ces femmes réagissent à cette mise au ban de la société par le repli sur soi, l'isolement, le sentiment de différence et le sentiment d'inutilité sociale et cela constituent un obstacle ou des difficultés à construire leur sentiment social. D'après l'analyse des données et la passation de test, il ressort que six de ces femmes ont une faible estime de soi et de manque de confiance en soi qui répercutent aussi sur la construction de leur sentiment social.

Chaque moyen constitue donc une réponse plus ou moins complète face à la demande et il est important de garder à l'esprit que chaque formule comportera donc ses avantages mais aussi ses inconvénients. Par conséquent, la prévention dont il question concerne l'évolution

possible vers une souffrance psychique durable qui impacte les capacités adaptatives des femmes victimes de la fistule obstétricale.

L'éradication de la fistule obstétricale doit se passer nécessairement par une lutte sans merci contre les facteurs favorisants mentionnés : La sensibilisation de la population et de la lutte contre le mariage précoce ; la scolarisation de toutes les filles sur toute l'étendue du territoire Tchadienne ; l'amélioration du système sanitaire afin de le rendre performant et accessible aux populations les plus éloignées des grands centres ; l'amélioration de l'infrastructure routière pour faciliter le système de références d'une structure sanitaire à une autre afin d'optimiser la prise en charge adéquate.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

7.1. LIVRES

Carl Rogers (2009). *Psychothérapie et relation humaine : une théorie de la thérapie centrée sur la personne*. Ed ESF.

Central and southern health community and fistula care engendrer health ECSCON. (1012). *Prévention et prise en charge de la fistule obstétricale : cours pour infirmiers et sages-femmes*.

Dr Georges, D.P. (2016). *Un corps sain : guide pratique pour le soin du corps*. Vie et Santé.

Karim, T., Said, M., Abdellatif, K., Ahmed, I., Mohamed, H., Ahmed. (1999). Traumatisme d'urologie. 9, pp. 1123-1126.

Hilton, p. (2001). Vésico-vaginale fistula : New perspective. *Curr Opin obstet Gynecol* 13(5), pp. 513-20.

Tsala-Tsala J-Pf. (1992) « souffrance familiale et famille en souffrance. La famille camerounaise entre le village et la ville ». *Cahier de sociologie économique et culturelle*. 18, pp. 99-113.

Tchey (de) C. (2001). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience De Boeck supérieur, *Cahier de psychologie clinique*, I n°16, pp. 49-68.

Thom, D.H., & Rortveit, G. (2010). Prévalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta obstet Gynecol scand*, 89, (12), pp. 1511-1522.

7.2. ARTICLES D'ENTENCYCLOPEDIE ET DICTIONNAIRES

Dauzat et Mitterrand (1971). *Nouveau dictionnaire étymologique et historique*. Paris, Larousse.

Disamare, G. (2013). *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Melon 31eme édition.

Manouilia, L., Manouilia, M., Lewalle, A., Nicoulin, M. (2001). *Dictionnaire Médical*. Elsevier Masson.

Norbert Syllamy (2010). *Dictionnaire de psychologie*, Larousse.

Sillamy, N. (1989). *Dictionnaire de psychologie*. Larousse.

7.3. ARTICLES ET REVUES

- Alwihda info. Tchad, journée internationale contre la Fistule obstétricale (Moundou le 25/05/2021).
- Anaut, M. (2003). *La résilience, surmonter les traumatismes*. Nathan Université.
- Asanuma, H., Nakai, H., Schischido, S., Tajima, E., Kawamura, T. (2000). Vaginal fistula internat. Journ. Ofurology ; pp. 195-198.
- Atienza, P. (1999). Fistules ano-périnéales réfractaire de maladie de Crohn. Prise en charge des MICI. Masson.
- Aveyron, B.M., Abonesh, H., Abuelgassim, R., Abriance, D., Ahuka, L., Akullu, H. (2005). *Fistule gynécologique traumatique, une conséquence de la violence sexuelle dans des situations de conflit*, Rapport du projet ACQUIRE. 6 au 8 septembre, Addis-Abeba
- Bernard, B., & Laurent, S. (2005). *Pelvi-périnéologie*. Springer.
- Castel R. (1986). Pour la santé, enjeux et conduites risquées, Colloque de Dourdan, 21-22 mars 1985 : *recherche en science humaine et éducation pour la santé*. Paris, CFES, 2003-2004.
- CNTF. (2010). Programme de la lutte contre la Fistule obstétricale au Tchad : *les normes et procédures thérapeutiques de FO au Tchad*.
- Cyrulink, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob
- Deschamps, J.P. (1990). La santé communautaire, concepts/actions formation. Ed. Pour la santé, Paris, CIE127.132.
- Deutsch, H. (1923). *La psychologie des femmes*. PUF.
- Djimingar Nguetola, A. (2010). Fistule, causes prévalences et conséquences au Tchad. *Journal le temps N°225*.
- Pinel, A., Kemunto Bosire, L. (2006). Fistule traumatique, un plaidoyer pour les réparations. *Revue Migration Forcée, n°27 Violences Sexuelles : armes de guerres, entrave à la paix*, pp. 18-19.

- Saleh, M.A. (2010). Prise en charge de fistule au Tchad, ASSIAM VANTOU, sera érigé en Centre de références. *Journal le progrès : N° 2883*.
- Falandry, L. (1992). La fistule vésico-vaginale en Afrique. 230 observations. *Presse Médicale*, 21, 6, pp. 241-245.
- Falandry, L. (1999). Traitement par voie vaginale de l'incontinence résiduelle des urines après la fermeture de fistule obstétricale. À propos de 49 cas. *J. Gynécol. Obstet. Biol.* 8, 11, pp. 151-161.
- Falandry, L., & Dumurgier, C. (2011). La fistule obstétricale. Conférence Nouakchott décembre.
- Falandry, L., Dumurgier, C., Le Duc, A. (2016). Comment je traite une fistule obstétricale. Unithèque ECN.
- Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens (FIGO). Manuel de formation à la chirurgie réparatrice de fistule, pp. 152-157.
- Freud, A. (1968). Évaluation du développement normal durant l'enfance, dans le Normal et le pathologique chez l'enfant. Chap. III, pp. 42-85.
- Gustave N.F. (1996). Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Dunod, Paris.
- Gustave, N. F., Cyril, T. (2008). Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Dunod, Paris.
- Institut Nationale de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (2014-2015). Enquête Démographique de Santé et à Indicateurs Multiples du Tchad.
- Koninckx, G., Tenau, G. (2006). Résilience organisationnelle- rebondir face aux turbulences. De Boeck
- Lighezzolo, J., & Tychev de, C. (2004). La résilience : se (ré) construire après le traumatisme. Inpress.
- Marty, F. (2001). La fonction maternelle, dans in figures et traitement du traumatisme, sous la dir. de F. Marty, A. Aubert, A. Aubert-Godard et al. Dunod. pp 47-52.
- Marty, P., (1991). La psychosomatique de l'adulte. PUF.

- Ministère de la santé publique, Programme National de Lutttes contre les Fistules au Tchad. (2017). Rapport sur les fistules obstétricales 2016.
- Neeraj, k., Mba M.D., John, R.M. (2003). Fistule vésico-vaginale de gestion. CSEF.
- Ordonnance de la République du Tchad n°006/PR/2015 portant interdiction de mariage d'enfants.
- Serge Moscovici, (1988). La psychologie sociale, 2eme édition. PUF, France.
- Tebeu, P.M. *Prise en charge psychosociale et counseling de fistule obstétricale et non obstétricale*. Paris : L'Harmattan.
- Tebeu, P.M. Tantchou, J., Obama, M.T., Mevoula, Onana, D., Leke, R.J.I. et Lirasef. (2005). Accouchement des adolescentes à l'extrême nord du Cameroun : *des dispositions inadmissibles ! Urogénital, J. 23 (8)*.
- Tebeu, P.M. (2016). Soins péri-opératoires des fistules obstétricales et non obstétricales. Édition L'Harmattan.
- UNFPA. (2016). Mécanisme d'apparition de la fistule obstétricale : *campagne pour éliminer les Fistules*.
- UNFPA (2016). Quand l'accouchement nuit à la santé. pp 15
- UNFPA, (2015), « *La fistule obstétricale* », *mettre fin à l'isolement*. Fin à l'isolement.
- UNFPA. (2004, juin 19 au juillet 1^{er}). *Rapport de la réunion régionale pour l'Afrique sur la fistule : campagne pour éliminer la fistule à Accras (Ghana)*.
- Vandandi, V., Rimtebay, K., Choua, O., Mahamat, A., et Tebeu, P.M. (2019). Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la fistule vésico-vaginale obstétricale au Tchad. Uro Andro- volume 2 n°1 juillet, pp 11-14.
- Winnicott D.W. (1971). La consultation thérapeutiques et l'enfant. Trad. De l'anglais par Claude Monode. Préface de Masude Khan, Gallimard.
- Winnicott, D.W. (1978). Les cahiers du nouveau-né 1 et 2, « naître... et ensuite ? ». Stock.
- Winnicott, D W. (1992). « La mère ordinaire, normalement dévouée » dans *Le bébé et sa mère*. Payot.

Winnicott, D.W. (1992). *Le bébé et sa mère*. Payot.

Winnicott, D.W. (1990). *La nature humaine*. Gallimard.

7.4. MEMOIRE ET THESE

Adama, T.O. (2003). *Étude des fistules urogénitales au CHUSS de Bobo- Dioulasso : aspects épidémiologiques anatomo-cliniques et thérapeutiques à propos de 57 cas opérés en deux ans*. Thèse en médecine, Université de Bobo- Dioulasso.

Aduragbemi, B.T. (2013). *Intégration des populations rurales Burkinabés dans les programmes de réduction de l'incidence de la fistule obstétricale : le travail effectué, la situation actuelle et les perspectives d'amélioration*. (Mémoire de Master). France, université de Renne.

Ampil, J. (2002). *Épidémiologie des fistules obstétricales à propos de 395 cas*. Thèse de doctorat en médecine, Faculté des sciences de la santé humaine, Université de N'djamena.

Aurélié Desrumaux, (2013). *Éliminer la fistule obstétricale en Afrique subsaharienne vers l'élaboration d'un projet intégré au Bénin : mémoire de master II « santé publique et environnement »*

Diwo, R. (1997). *Pulsion de vie, pulsion de mort, dans Événement de vie, mentalisation, somatisation et tentative de suicide : approche comparée à l'adolescence*, Thèse de doctorat en psychologie, Université de Nancy 2, pp 57-88.

Le Duc, A., Dumurgier, C., & Falandry, L., (2013). *Fistules vésico-vaginales et formation*. Communication à l'académie de chirurgie Paris E-mémoires de l'ANC, vol. 12 (2), pp. 076-078.

Suborurema, L. (2006). *Fistules urogénitales d'origine obstétricale : aspect épidémiologiques, socio-économiques, cliniques et thérapeutiques à l'hôpital de Ruhengeri-Rwanda*. Thèse de Doctorat, National Unersity of Rwanda Docteur.

Touka Ngakeumben, E.B. (2012). *La prise en charge des fistules génitales non obstacles : une expérience du centre hospitalier et université de Yaoundé*. Thèse de Doctorat. Université des montagnes.

Ulmann, F. (2009). La fistule, une affection ignorée au cœur des rapports sociaux des sexes (Mémoire de master). Université Panthéon Sorbonne, France.μ

7.5. SITE OU PAGE WEB

Errabih, I., Betaich, M., Lamsiah, T., Sbai, N., Baamrani, M., Arifi, L., Hakam, Z., Souidine, F., Krami Hayat Ennoufous, Benzoubeir, N., Ouazzani, H. (2006). Les fistules anorectales tuberculeuse. Société nationale française de Gastro- Entérologie. Consultable en ligne sur le site <https://www.snfge.org>.

Hadam, H.D. (2012). Les femmes malades de fistule meurtries et rejetées par les leurs. *Journal le Progrès*. N* 3422.

UNFPA. *Campagne pour éliminer la fistule* : <http://www.Endfistula.org/Public>.



ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

ANNEXE 2 : AUTORISATION DE RECHERCHE

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX-TRAVAIL- PATRIE

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT DE L'EDUCATION
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE- WORK-FATHERLAND

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

THE FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

GUIDE D'ENTRETIEN

Pour mesurer la résilience chez les femmes victimes de la fistule obstétricale, nous sommes appuyés sur l'outil d'évaluation de la résilience de Strûmpfer (2001). En effet, dans le but de créer un outil progressif d'évaluation de la résilience, strûmpfer (2001) a élaboré l'exercice de résilience (*Strûmpfer Resilience Exercice, SRE*) et un schéma de cotation (*Strûmpfer scoring Schéma for Resilience, SSSR*). L'auteur a développé cet instrument comme étant une méthode alternative aux mesures auto-rapportées pour évaluer la résilience.

Cet ouvrage comprend six (06) mises en situation qui sont présentées à la personne évaluée. Ces mises en situation évoquent différentes situations d'adversité se référant entre autres à la perte d'emploi, à la maladie psychique, au seuil et aux problèmes financiers. À chacune de celle-ci, l'évaluateur doit poser les questions suivantes : « *Qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce que la personne fait ?* » ; « *Qu'est-ce qui est survenu dans le passé ?* » ; « *Que pense et ressent la personne ? Que veut-elle ?* » ; « *Que va-t-il se passer ? Quelle sera l'issue ?* ». Ces questions visent à explorer les pensées et les émotions vécues par le sujet dans la mise en situation.

Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes intéressés à la situation d'adversité en relation avec la maladie psychique, notamment, la fistule obstétricale, d'où le lieu du guide d'entretien ci-dessous.

Thèmes d'entretien

Au cours de notre entretien, divers thèmes ont été abordés afin de nous permettre d'atteindre les objectifs fixés.

Rubrique 1 identification

Nom et prénom :

Age :

Provence :

Profession :

Situation matrimoniale :

Niveau d'études :

Durée de l'entretien :

Notre guide d'entretien est fait dans le but de recueillir les données ou les informations venant des femmes victimes de la fistule obstétricale du CNTF de N'Djamena de 15 à 35 ans.

THÈME 1 : L'assistance sociale

Sous thème : Les types d'assistance dans la maladie

Sous thème 1 : assistance familiale (soutien familial)

- Aide financière destinée à faire face à des difficultés matérielles

Aide à domicile avec l'intervention de travailleuses familiales

1- Où vivez-vous actuellement ?

.....
.....

2- Quelle est la réaction de votre belle-famille quand ils ont appris que vous êtes victime de fistule ?

.....
.....
.....

Quelle la réaction de votre famille à votre égard face à la maladie ?

.....
.....
.....

Comment votre famille et vos amis (es) se comportent-ils (elles) avec vous ?

.....
.....
.....

Sous thème 2 : assistance médicale (aide médicale)

L'aide médicale est une intervention financière octroyée pour couvrir les soins médicaux. Elle comprend aussi bien les honoraires du médecin que les facteurs de soins.

3- Comment allez-vous fait pour venir à l'hôpital ?

.....
.....
.....

Quel était le traitement des corps soignants à votre égard ?

.....
.....
.....

Avez-vous reçu des services d'accompagnement depuis votre arrivé au CNTF ?

.....
.....
.....

4- Êtes-vous prise en charge par l'hôpital ou ONG ?

.....
.....
.....

5- Êtes-vous suivi par un psychologue ?

.....
.....
.....

Sous thème 3 : assistance communautaire (aide sociale)

L'insertion sociale

6- Avez-vous reçu d'aide venant de votre communauté et de vos amis(es) ?

.....
.....
.....
Avez-vous reçu la visite des membres de votre communauté ?
.....
.....

.....
.....
Avez-vous bénéficié d'assistance financière d'une personne de votre communauté ?
.....
.....

THÈME 2 : Le suivi psychologique

Sous thèmes : la nature des suivi

Sous thème 1 : compétences psychologique

7- Pourrez-vous parler de la survenue de la maladie ?
.....
.....
.....

.....
.....
.....
À quel âge êtes-vous mariée ?
.....
.....

.....
.....
.....
Êtes-vous excisée ?
.....
.....

.....
.....
.....
À quel moment avez-vous constaté que vous avez la FO ?
.....
.....
.....

.....
.....
.....
Avez-vous été opérée pour la fistule ?
.....
.....

.....
.....
.....
Quelle sont les conséquences de la fistule dans votre vie ?
.....
.....

.....
.....
.....

Sous thème 2 : collaboration psychologique

8- Avez-vous vécu des évènements qui vous marqué tout au long de votre maladie ?

.....
.....
.....

Quelles sont les activités qui t'aident à avoir des revenus et de te prendre en charge ?

.....
.....
.....

Comment faites-vous pour gérer votre état de santé ?

.....
.....
.....

Après plusieurs analyses faites, êtes-vous guéri de cette expérience ?

.....
.....
.....

Que faire pour ne plus revivre cette situation très sombre ?

.....
.....
.....

ANNEXE 2 : AUTORISATION DE RECHERCHE

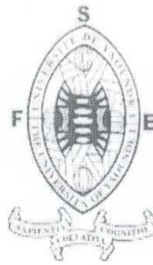
REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE
L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

Le Doyen

The Dean

N°...333...../22/UYI/FSE/VDSSE

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **BELA Cyrille Bienvenu**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant **ALLAH-RASSEM HONEMADJI Constantin**, Matricule 20V3159 est inscrit en Master II à la Faculté des Sciences de l'Education, Département : *EDUCATION SPECIALISEE*, filière : *INTERVENTION, ORIENTATION, EDUCATION EXTRASCOLAIRE* Option : *INTERVENTION ET ACTION COMMUNAUTAIRE*.

L'intéressé doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Il travaille sous la direction du **Dr. NOUMBISSIE Claude Désiré**. Son sujet est intitulé : « *Stratégie d'intervention et intégration psychosociale des femmes victimes de fistules obstétricales* ».

Je vous saurai gré de bien vouloir la recevoir et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider à conduire ses travaux de recherches.

En foi de quoi, cette attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /.

Fait à Yaoundé, le...29...AVR...2022...

Pour le Doyen et par ordre

NGO Etienne
Professeur

REPUBLIQUE DU TCHAD

Conseil Militaire de Transition

Présidence du Conseil

Primature

Ministère de la Santé Publique

Et de la solidarité Nationale

Secrétariat d'Etat

Secrétariat Général du Ministère

Programme National de Traitement des Fistules

CENTRE NATIONAL DE TRAITEMENT DES FISTULES (CNTF)

N°.../CMT/PC/PM/MSPSN/SE/DGM/SG/PNLCF/CNTF/2022

Unité-Travail-Progress

وحدة-عمل-تقدم



جمهورية تشاد
مجلس عسكري الانتقالية
رئاسة المجلس
رئاسة الوزراء
وزارة الصحة العامة والتضامن
الوطني
امانة الدولة
الأمانة العامة للوزارة
برنامج الوطني لعلاج الناسور
مركز الصحي الوطني لعلاج الناسور

AUTORISATION DE RECHERCHE

Il est accordé une autorisation de recherche d'un (01) mois allant du 05 Juillet au 05/08/2022 à l'Etudiant en Master II de la Faculté de l'Université de Yaoundé.

Ses recherches porteront sur le thème : « **Stratégie d'intervention et intégration psychosociale des femmes victimes de fistules obstétricales** ».

En vue de la rédaction d'un mémoire de fin de formation.

Il s'agit de : **Mr. ALLAH-RASSEM HONEMADJI CONSTANTIN.**

Les services concernés seront : **L'hospitalisation et la consultation fistule.**

En foi de quoi, la présente autorisation de recherche est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Ampliations :

Hospitalisation.....1
Consultation fistule.....1
Surveillance générale.....1
Intéressé.....1
Archives.....1

Fait à Ndjamena, le 05 JUL 2022

Dr Moussa SAKINE
Gynécologue - Obstétricien
ONMT N°399

Directeur Adjoint

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
RÉSUMÉ.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE, CADRE CONCEPTUEL ET FONDEMENT THEORIQUE DE L’ETUDE.....	5
CHAPITRE 1 : PROBLEME DE L’ETUDE.....	6
1.1 CONTEXTE DE L’ETUDE.....	6
1.2 OBJET DE L’ETUDE	15
1.3. LES POSITIONS EMPIRIQUES ET THEORIQUES SUR LE PROBLEME DE L’EDUDE.....	15
1.4. PROBLEMATIQUE THEORIQUE DE L’EDUDE.....	19
1.5. QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESE GENERALE DE L’EDUDE.....	23
1.5.1. Question de recherche.....	24
1.5.1.1 Question de recherche secondaire.....	24
1.5.1.2- Question de recherche secondaire.....	24
1.5.1.3- Question de recherche secondaire.....	24
1.5.1.4. Question de recherche secondaire	24
1.5.1.5- Hypothèse générale.....	25
1.5.1.6- Hypothèse secondaire	25
1.5.1.7- Hypothèse secondaire	25
1.5.1.8- Hypothèse secondaire	25
1.5.1.9- Hypothèse secondaire	25
1.6. OBJECTIFS ET BUT DE L’ETUDE.....	25
1.6.1- Objectifs de l’étude.....	26

1.6.1.1. Objectif spécifiques.....	26
1.6.1.2. Objectif spécifiques.....	26
1.6.1.3. Objectif spécifiques.....	26
1.6.1.4. Objectif spécifiques.....	26
1.6.2. But de l'étude.....	26
1.7. INTERETS ET PERTINENCE DE L'ETUDE.....	27
1.7.1 Intérêt de l'étude.....	27
1.7.2 Pertinence de l'étude.....	29
1.8. LIMITES ET TYPE D'ETUDE.....	31
1.9. DEFINITION DES CONCEPTS CLES DE L'ETUDE.....	32
1.9.1- Définition de stratégie d'intervention.....	33
1.9.2- Définition de la psychosociale.....	33
1.9.3- Définition de la fistule obstétricale.....	33
1.9.4- Définition de l'intégration sociale.....	33
CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE.....	34
2.1. LE CONCEPT STRATEGIE D'INTERVENTION.....	34
2.1.1 Objectifs des stratégies d'intervention.....	36
2.1.2 Le concept psychologie sociale.....	37
2.3. LA FISTULE.....	38
2.4. LA FISTULE OBSTETRICALE.....	38
2.4.1 Les travaux relatifs à la fistule obstétricale.....	39
2.4.2. Le rôle des organisations internationales.....	53
2.4.3. Le rôle du gouvernement tchadien dans la lutte contre la fistule obstétricale.....	56
2.4.4. Le rôle des leaders religieux.....	57
2.4.5. Le rôle de la tradition et de la culture dans certaines régions du Tchad.....	57
2.5. INTEGRATION SOCIALE.....	59
CHAPITRE 3 : FONDEMENT THEORIQUE.....	62
3.1. APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE DE LA RESILIENCE.....	62
3.1.1. La conception freudienne de la résilience.....	62
3.1.2. La théorie de la résilience chez Pierre Marty (1991).....	68
3.1.3. Processus psychique de la résilience.....	73
3.1.4. Résilience et traumatisme.....	74
3.1.5. Pratiques cliniques de la résilience.....	75
3.2. LA THEORIE DU SENTIMENT SOCIAL D'ADLER (1911).....	77

DEUXIEME PARTIE : APPROCHE METHODOLOGIQUE ET OPPEATOIRE, PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION.....	80
CHAPITRE 4 : LA METHODOLOGIE.....	81
4.1. METHODES DE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE SOCIALE.....	81
4.2. RAPPEL DES ELEMENTS DE LA PROBLEMATIQUE.....	82
4.2.1 Rappel des questions de recherche.....	82
4.2.2 Rappel des hypothèses de l'étude.....	83
4.2.3. Opérationnalisation de la variable.....	84
4.3. TYPE DE RECHERCHE.....	87
4.3.1 Méthode qualitative de recherche.....	88
4.4. PRESENTATION DE LA VILLE DE N'DJAMENA.....	89
4.5. PRESENTATION DU CITE DE L'ETUDE.....	90
4.6. LA POPULATION D'ETUDE ET L'ECHANTION DE BASE.....	92
4.6.1. La population d'étude.....	92
4.6.2. L'Echantillon de base.....	94
4.7. CRITERE D'INCLUSION.....	94
4.8. CRITERES D'EXCLUSION.....	95
4.9. TECHNIQUES D'ECHANTILLONNAGE.....	95
4.10. OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES : LES ENTRETIENS.....	96
4.10.1 Justification du choix de l'instrument.....	97
4.10.2. Construction du guide d'entretien.....	97
4.11. DEMARCHE DE COLLECTE DE DONNEES.....	97
4.12. TECHNIQUES D'ANALYSE DE DONNEES.....	98
4.13. RESPECT DE L'ETHIQUE, CONTRAINTES METHODOLOGIQUES ET DIFFICULTES RENCONTREES.....	101
4.13.1. Respect de l'éthique.....	101
4.13.2. Contraintes méthodologiques et difficultés rencontrées.....	101
4.13.3. Les limites de l'étude.....	102
CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES RESULTATS.....	104
5.1. PRESENTATION DES RESULTATS.....	104
5.2. PRESENTATION DES PARTICIPANTS.....	104
5.2.1. Le cas de Micheline.....	105
5.2.2. Le cas de Martine.....	109
5.2.3. Le cas d'Aïcha.....	113

5.3. EXPLICATION OU COMMENTAIRE DE CHAQUE CAS DE VICTIME A LA LUMIERE DU GRILLE D'ENTRETIEN	117
5.3.1. Explication et commentaire du cas de Micheline.	117
5.3.2. Explication et commentaire du cas de Martine.	120
5.3.3. Explication et commentaire du cas d'Aïcha.	121
5.4. SITUATION EDUCATIVE	124
5.5. LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE, UN FREIN L'INTEGRATION SOCIALE.	125
CHAPITRE 6 : ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS	126
6.1. INTERPRETATION DES RESULTATS	126
6.1.1. Interprétation et discussions des résultats de l'hypothèse spécifique 1(HS1)	126
6.1.2. Interprétation et discussion des résultats de l'hypothèse spécifique 2 (HS2).....	130
6.1.3. Interprétation et discussions des résultats de l'hypothèse spécifique 3 (HS3)	130
6.1.4. Interprétation et discussions des résultats de l'hypothèse spécifique 4 (HS4)	131
6.1.5. Interprétation des résultats de l'hypothèse générale (HG).....	133
6.2. LES PERSPECTIVES	135
6.2.1. Perspectives théoriques	135
6.2.2. Perspective méthodologiques et pratiques	135
6.2.3. Perspectives sociales	136
6.3. DIFFICULTES RENCONTREES	136
6.4. SUGGESTIONS	137
CONCLUSION GENERALE	144
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	149
ANNEXES	156