

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET  
ÉDUCATIVES

\*\*\*\*\*

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

\*\*\*\*\*

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

\*\*\*\*\*



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

POST GRADUATE SCHOOL FOR  
THE HUMAN, SOCIAL AND  
EDUCATIONAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR  
THE HUMAN AND SOCIAL  
SCIENCES

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

\*\*\*\*\*

**REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES FEMMES VICTIMES DE LA  
FISTULE OBSTÉTRICALE DANS LA RÉGION DE L'EXTRÊME-  
NORD / CAMEROUN : LE CAS DE LA VILLE DE MAROUA**

*Mémoire soutenu publiquement le 07 Septembre 2023 pour l'obtention du diplôme de  
Master en Sociologie*

*Spécialité : Population et Développement*

Par

**Diddi HADJARATOU**

*Titulaire d'une Licence en Sociologie*

**Membres du jury**

Président : **DELI TIZE TERI (MC)**

Rapporteur : **DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand (MC)**

Examineur : **PINGHANE YONTA Achille (CC)**



**Décembre 2023**

À

Mon feu père Abdoulaye ABDOULBAGUI et ma tendre mère Maliki DIDJATOU.

## REMERCIEMENTS

Nous exprimons nos sincères remerciements à toutes les personnes qui nous ont soutenu et accompagné tout au long de cette recherche.

Nos remerciements s'adressent en premier lieu à notre directeur de mémoire le Pr. Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, qui, malgré ses multitudes responsabilités a bien voulu diriger ce travail, qu'il y trouve la marque de notre profonde gratitude. Sa rigueur et ses orientations méthodologiques ont été bénéfiques à cette recherche.

Notre profonde gratitude va à l'endroit du Chef de Département de Sociologie le Pr. Armand LEKA ESSOMBA, pour les efforts visant à donner une formation de qualité aux étudiants de ce Département.

Par ailleurs nos remerciements vont à l'endroit de tous le corps enseignant du Département de Sociologie pour la qualité de la formation et les riches enseignements reçus.

Nos vifs remerciements aux personnels de l'Hôpital Régional de Maroua notamment le Dr. Clovis OURCHINGH, le Dr. Marie-Louise ARMIKE, M. Ibrahim ABDOULAYE, pour leur collaboration et leur disponibilité dans la réalisation de l'enquête de terrain.

Nous exprimons notre gratitude à tous les enquêtés pour nous avoir donné l'occasion de réaliser cette recherche.

Nous remercions notre cher et tendre époux Zra MOUSTAPHA, pour sa patience, ses conseils bénéfiques et son apport financier dans le cadre de la réalisation de ce travail.

Notre gratitude va à l'endroit de notre tante Maliki DJAMILATOU et son époux Marcelin DONGOG, pour leurs orientations, leurs soutiens financiers et leur humanisme, notre tante Maliki BALKISSOU, pour l'hébergement lors de l'enquête de terrain qui a contribué à la réalisation de ce mémoire.

Nous remercions la grande famille Abdoulaye ABDOULBAGUI notamment Mohamadou AWALLOU, Mairiga FADIMATOU, Dadapetel HALIMATOU, Nadia HAPSATOU, Yasmine NAFISSATOU, Adamari HAWAOU et Farida DJANABOU pour leur soutien financier, matériel et moral.

Pour la relecture, la traduction, la saisie, la mise en forme, nous remercions Judith MIDJIYAOUA AICHA, Oumar MAHAMAT SALEH et Wilfried KENMOE.

Enfin, que tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de ce travail et qui n'ont pas été mentionnés trouvent ici le témoignage de notre profonde gratitude.

## SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS .....	ii
SOMMAIRE .....	iii
RÉSUMÉ.....	iv
ABSTRACT .....	v
LISTES DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES .....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES CARTES ET PHOTOS.....	x
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : PRÉSENTATION DU MILIEU D'ÉTUDE ET FACTEURS DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA.....	30
CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DE LA ZONE D'ÉTUDE .....	32
CHAPITRE 2 : FACTEURS DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA. ....	53
DEUXIÈME PARTIE : REPRÉSENTATIONS SOCIALES, CONSÉQUENCES ET PRISE EN CHARGE DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA. ....	73
CHAPITRE 3 : REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA.....	75
CHAPITRE 4 : CONSÉQUENCES ET PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIME DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA .....	96
CONCLUSION GENERALE.....	120
BIBLIOGRAPHIES .....	126
ANNEXES .....	a
TABLES DES MATIÈRES .....	136

## RÉSUMÉ

S'interroger sur la Fistule Obstétricale (FO) dans la société camerounaise, c'est épouser une démarche sociologique orientée vers les questions de santé, de reproduction et du développement. La présente étude portant sur les « *représentation sociales des femmes victimes de la fistule obstétricale dans la région de l'Extrême-Nord/ Cameroun : le cas de la ville de Maroua* » part du constat selon lequel malgré la mise sur pied d'une organisation chargée de la prise en charge globale les femmes victimes de la FO à Maroua, ces dernières sont pour la plupart rejetée par la communauté. C'est sur cette base que se pose le problème de représentation sociale des femmes victimes de la FO dans la ville de Maroua. La question principe s'élabore de la manière suivante : quelles sont les représentations sociales construites autour des FO dans la ville de Maroua ? L'hypothèse principale stipule que les FO sont considérées comme une maladie de la honte dans la ville de Maroua. L'objectif principal de ce travail est celui d'analyser et d'expliquer comment les FO considérées comme une maladie de la honte entravent l'épanouissement des femmes victimes dans la ville de Maroua. Pour rendre intelligible cette étude, nous avons recouru à la théorie des représentations sociales et la théorie de l'estime de soi comme paradigmes explicatifs. Ces théories nous ont permis de saisir les différentes perceptions et représentations qui participent à l'exclusion sociale et à la marginalisation des malades dans la zone de Maroua. S'appuyant sur une méthode qualitative, cette recherche à vocation sociologique a été réalisée à travers l'exploitation des données de terrain collectées à partir des entretiens semi directifs. L'usage des entretiens nous a permis d'aboutir aux résultats selon lesquels, les personnes atteintes de la FO sont rejetées la plupart du temps par leur entourage, c'est-à-dire, leurs époux, famille et société. De même, le regard de la société et la honte de la maladie expliquent les différentes formes d'exclusion analysées dans ce travail.

**Mots clés :** Représentations Sociales, Fistule Obstétricale, Exclusion sociale.

## ABSTRACT

*To question about Obstetric Fistula (OF) in Cameroonian society is to adopt a sociological approach directed toward question of health, reproduction and development. This study, on the " the social representations of women victims of obstetric fistula in the Far North region / Cameroon: the case of Maroua city " is based on the observation that despite the establishment of an organization responsible of global support female victims of OF in Maroua, most of them are rejected by the community. It is on this basis that the problem of social representations of women victims OF in the city of Maroua arises. A main question is elaborated as follows what are the social representations built around OF in the city of Maroua? The main states that OF is considered as a disease of shame in city of Maroua. The main objective of this work is to analyze and explain how OF which is considered of disease of shame, hinders the development of women victims in the city of Maroua. To make this research intelligible, we used the theory of social representations and the theory of self-esteem as explanatory paradigms. These theories have enabled us to grasp the different perceptions and representations that contribute to social exclusion and the marginalization of patients in the Maroua area. Based an a qualitative method, this sociological study was carried out through the use of field data adapted from semi-structured interview. The use of interview allowed us to achieve the results according to the people concerned, the competent people of the OF are rejected most of the time by their entourage, that is to say, their spouses, family and society. Likewise, the gaze of society and the shame of illness explain the different forms of exclusion analyzed in this work.*

**Keywords :** *Social Representations, Obstetric Fistula, social exclusion.*

## LISTES DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

### 1. Liste des sigles

<b>AGR</b>	:	Activité Génératrice de Revenu
<b>ALVF-EN</b>	:	Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes/ Extrême-Nord
<b>ASC</b>	:	Agent de Santé Communautaire
<b>AVC</b>	:	Accident Vasculaire Cérébral
<b>BM</b>	:	Banque Mondiale
<b>CDTT</b>	:	Centre de Dépistage et de Traitement de la Tuberculose
<b>CHU</b>	:	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CIRCB</b>	:	Centre International de Référence Chantal Biya
<b>CNTI</b>	:	Centre Nutritionnel de Traitement Intensif
<b>CPN</b>	:	Consultation Périnatale
<b>CTA</b>	:	Centre de Traitement Agréé
<b>DRPROFFA</b>	:	Délégation Régionale de la Promotion de la Femme et de la Famille
<b>DRSP</b>	:	Délégation Régionale de la Santé Publique
<b>DS</b>	:	District de Santé
<b>ENAHT</b>	:	École Nationale d'Hôtellerie et de Tourisme
<b>ENS</b>	:	École Normale Supérieure
<b>FA</b>	:	Fistule Anale
<b>FAV</b>	:	Fistule Artério-Veineuse
<b>FCFA</b>	:	Franc de la Coopération Financière en Afrique
<b>FCI</b>	:	Family Care International
<b>FO</b>	:	Fistule Obstétricale
<b>FPAV</b>	:	Fistule Pulmonaire Artério-Veineuse
<b>FRV</b>	:	Fistule Recto-Vaginale
<b>FS</b>	:	Faculté des Sciences
<b>FSJP</b>	:	Faculté des Sciences Juridiques et Politiques
<b>FVV</b>	:	Fistule Vésico-Vaginale
<b>FVVC</b>	:	Fistule Vésico-Vaginale Complexe
<b>FVVS</b>	:	Fistule Vésico-Vaginale Simple

<b>HRM</b>	:	Hôpital Régional Maroua
<b>IDH</b>	:	Indice du Développement Humain
<b>ISS</b>	:	Institut Supérieur du Sahel
<b>IST</b>	:	Infection Sexuellement Transmissible
<b>MGF</b>	:	Mutilations Génitales Féminines
<b>OF</b>	:	Obstetric Fustula
<b>OIT</b>	:	Organisation Internationale du Travail
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la santé
<b>ONG</b>	:	Organisation Non Gouvernementale
<b>PF</b>	:	Planning Familial
<b>PIAASI</b>	:	Programme Intégré d'Appui aux Acteurs du Secteur Informel
<b>PME</b>	:	Petits et Moyens Entreprises
<b>PNDS</b>	:	Protocole Nationaux de Diagnostics et de Soins
<b>PNVRA</b>	:	Programme National de Vulgarisation et de Recherche Agricole
<b>PTF</b>	:	Partenaires Techniques Financiers
<b>RCA</b>	:	République Centrafricaine
<b>SGM</b>	:	Seconde Guerre Mondiale
<b>SSS</b>	:	Stratégie Sectorielle de Santé
<b>UE</b>	:	Union Européenne
<b>UNFPA</b>	:	United Nations Population Fund
<b>USP</b>	:	Unité de Santé Publique
<b>VBG</b>	:	Violence Basée sur le Genre
<b>VIH</b>	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## 2. Liste Des Acronymes

<b>BAD</b>	:	Banque Africaine de Développement
<b>BID</b>	:	Banque Islamique de Développement
<b>CARE</b>	:	Cooperative Assistance and Relief Everywhere
<b>CARMMA</b>	:	Campagne d'Accélération de Réduction de la Mortalité Maternelle
<b>CENAME</b>	:	Centrale Nationale D'Approvisionnement des Médicaments Essentielles
<b>DRAS</b>	:	Délégation Régionale des Affaires Sociales

<b>DREPAT</b>	:	Délégation Régionale de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
<b>ECSACON</b>	:	East, Central and Southern Africa Health Community
<b>FALSH</b>	:	Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines
<b>FSEG</b>	:	Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
<b>IFORD</b>	:	Institut de Formation et de Recherche Démographique
<b>IRAD</b>	:	Institut de Recherche Agricole pour le Développement
<b>MINADER</b>	:	Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural
<b>MINAS</b>	:	Ministère des Affaires Sociales
<b>MINPROFF</b>	:	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
<b>MINSANTÉ</b>	:	Ministère de la Santé Publique
<b>SIDA</b>	:	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>SOACAM</b>	:	Société Alimentaire du Cameroun
<b>SODECOTON</b>	:	Société du Développement de Coton
<b>SONU</b>	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
<b>UCAC</b>	:	Université Catholique d'Afrique Centrale
<b>USAID</b>	:	United States Agency for International Development

### 3. Liste Des Abréviations

<b>CPPSA</b>	:	Cercle Philo-Psycho-Socio-Anthropo
<b>Dr.</b>	:	Docteur
<b>EN.</b>	:	Extrême-Nord
<b>M.</b>	:	Monsieur
<b>Mme.</b>	:	Madame
<b>Pr.</b>	:	Professeur

**LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau N° 1</b> : Nombres de personne interrogées.....	20
<b>Tableau N°2</b> : Répartition de la population.....	41
<b>Tableau N°3</b> : Répartition spatiale des différents groupes ethniques de la Région de l'Extrême-Nord.....	42

## LISTE DES CARTES ET PHOTOS

### Liste des cartes

<b>Carte N° 1</b> : Région de l'Extrême-Nord.....	36
<b>Carte N° 2</b> : Ville de Maroua .....	36

### Liste des photos

<b>Photos N° 1</b> : Hôpital Régional de Maroua.....	49
<b>Photos N°2</b> : Centre régional de fistules obstétricales de Maroua / régional obstetric fistula center .....	110
<b>Photos N°3</b> : Salle d'hospitalisation des malades.....	111

## INTRODUCTION GENERALE

## I. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

La Fistule Obstétricale (FO) est l'existence anormale d'une communication entre l'appareil génital et l'appareil urinaire et/ou entre l'appareil génital et l'appareil digestif, survenant au cours de la grossesse, de l'avortement, de l'accouchement ou dans les six semaines qui suivent la fin de la grossesse indépendamment de l'issue<sup>1</sup>.

Chaque jour dans le monde, environ 800<sup>2</sup> femmes meurent des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Pour une femme qui meurent de causes liées à la maternité, on estime que 20 au moins sont atteintes de morbidité maternelle dont l'une des formes sévères est la FO.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>3</sup>, 50 000 à 100 000 femmes développent la FO chaque année dans le monde. Cette maladie est particulièrement fréquente en Afrique subsaharienne et en Asie où l'on estime à plus de 2 000 000 le nombre de femmes vivant avec les FO non traitées<sup>4</sup>.

En Afrique, plus précisément l'Afrique subsaharienne, la problématique de la FO reste persistante.

Au Nigéria, on estime qu'une femme sur 10 souffrira de cette maladie après l'accouchement. La plupart de ces femmes est marginalisée, abandonnée par leur conjoint et exclue de leur famille ou leur communauté<sup>5</sup>.

Au Sénégal, on enregistre plus de 400 nouveaux cas de FO chaque année. Aujourd'hui, près de 5 000 femmes souffrent d'une infirmité. Les régions de Kédougou, Kolda, Ziguinchor et Matam sont les plus touchées par cette maladie. Les victimes de FO sont également abandonnées par leurs époux et familles, elles sont tenues à l'écart de la société<sup>6</sup>.

À Madagascar, plus de 2 500 femmes ont été réparées depuis le début des campagnes de formation et de réparation et que chaque femme ou jeune fille souffrant soit traitée et reçoive une réinsertion sociale et un soutien de réadaptation appropriés<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup>Pierre-Marie TEBEU, *Prise en charge psychologique et counseling des fistules obstétricales et non obstétricales*, Paris, l'Harmattan, 2016, p. 22.

<sup>2</sup>OMS, « Mortalité maternelle dans le monde », *In santé maternelle*, aide mémoire n° 348.

<sup>3</sup>OMS, *Au-delà des nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*, Genève, 2021, Récupéré de [www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/tools/en/](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/tools/en/). Vu le 22 mars 2022.

<sup>4</sup>Idem.

<sup>5</sup>OMS, *Fistule obstétricale : « faire disparaître cette affection n l'espace d'une génération »*, Togotopnews.com, 20.

<sup>6</sup>UNFPA, *Fistule obstétricale : 400 nouveaux cas au Sénégal chaque année*, le Quotidien, 2020, p.1.

<sup>7</sup>OMS, *Fistule obstétricale : 50000 femmes en attente de chirurgie réparatrice*, Amarina, 2019, p.6.

Au Bénin, l'UNFPA rapporte 80 cas par an de FO. Cependant, nombreuses femmes préfèrent aller se faire soigner au Niger, au Nigéria ou au Togo pour garder l'anonymat<sup>8</sup>.

Au Cameroun, on enregistre chaque année une incidence de 0,7 à 1,5 de FO pour 1000 naissances vivantes<sup>9</sup>. Les femmes victimes de la FO vivent dans la honte et l'isolement. Elles sont souvent rejetées par leur conjoint, évitées par leur entourage<sup>10</sup>. Il est possible de prévenir la FO et dans la plupart des cas de la soigner. La chirurgie réparatrice effectuée par un chirurgien formé, spécialisé dans le domaine peut effacer la lésion, avec des taux de succès allant jusqu'à 90% dans les cas les moins complexes<sup>11</sup>.

Cependant, les femmes vivant avec la FO rencontrent des difficultés de représentations sociales dans leur communauté qui les évite ou les considère comme maudites<sup>12</sup>. Au Cameroun, l'objectif était d'assurer l'accessibilité et la prise en charge globale des FO dans les régions septentrionales durant la période 2011-2021. On observe que plusieurs structures de santé ont offert ou disposent des soins de chirurgie de FO au Cameroun.

Une étude sur la prise en charge sociale dans la structure de santé de Maroua concernant 28 femmes a révélé que 46,4% des femmes victimes de FO interviewées avaient subi une intervention chirurgicale réparatrice parmi lesquelles 22,5% bénéficiaient de counseling. Le fonds de commerce était l'aide la plus reçue. 22 membres de l'entourage connaissaient la nécessité du counseling et de la prise en charge sociale<sup>13</sup>. Les considérations socioculturelles sont les principales barrières entre des femmes atteintes de la FO et leur communauté dans la région de l'Extrême-Nord en général et dans la ville de Maroua en particulier.

## II. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

Au Cameroun, une campagne de chirurgie gratuite des FO a été lancée à travers diverses activités soutenues par des organismes nationaux et internationaux. Le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF), l'UNFPA et les associations sont des partenaires qui interviennent au côté du Ministère de la Santé Publique (MINSANTÉ) (à travers ses structures techniques, certaines structures hospitalières de 1ère et 2ème catégories) dans la

<sup>8</sup> UNFPA, *Fistule obstétricale : espoir de guérison et dignité pour tous*, 2020.

<sup>9</sup> Pierre-Marie TEBEU, *Op.cit.*, 2016, p.76.

<sup>10</sup> UNFPA, *Quand l'accouchement nuit à la santé, la fistule obstétricale*, Fr-srh fact shee ffistula, 2014, p2.

<sup>11</sup> *Idem*

<sup>12</sup> UNFPA, *Témoignage vivant : la fistule obstétricale et les inégalités en santé maternelle*. Campagne pour l'élimination de la fistule, 2017, p.17.

<sup>13</sup> Martin SANOU SOBZE et al, « Évaluation des performances de santé mutuelle », dans *santé publique* PP. 425-433, 2017.

prise en charge globale des FO. C'est ainsi que l'opération MERCY SHIPS lancée en 2017 par le chef de l'État a au bout de 4 mois facilité la prise en charge (opération chirurgicale) de 100 femmes vivantes de FO sur 500 femmes attendues. Pourtant, une étude menée par le MINSANTÉ auprès de 99 femmes dans le service de maternité de l'Hôpital Régional de Maroua (HRM) entre mai 2019 et juillet 2020 a montré qu'une femme sur trois interrogées pense qu'il faut se cacher de la FO<sup>14</sup>. Dans certaines régions telles que le Nord et l'Extrême-Nord, le MINSANTÉ a démontré que cette maladie est un véritable problème de santé publique. Cela est dû à plusieurs facteurs à l'exemple de la faible utilisation des services de santé maternelle, (concernant les accouchements assistés, l'Extrême-Nord enregistre un taux de 25.1%, le Nord un taux de 32.9%, quant aux soins prénataux, l'Extrême-Nord note un taux de 59%, et le Nord un taux de 71.1%)<sup>15</sup>. Pour les populations ou les personnes touchées, la FO est une "maladie de la honte" car atteinte de cette maladie, la victime est refermée sur elle-même, car son entourage assimile son état à une malédiction, elle est ainsi exclue, rejetée de la société<sup>16</sup>.

Le but de l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) MERCY SHIPS en 2017 était de contribuer à réduire les effets de la FO chez les femmes en Afrique en offrant des soins obstétricaux, un suivi adapté et un accompagnement à la réinsertion sociale. Cette ONG œuvre pour offrir des campagnes de réparation gratuites. Le bilan rapporte 145 femmes opérées de FO, ainsi que 89 personnels de santé camerounais qui ont bénéficié d'une formation et de l'expertise de la mission MERCY SHIPS<sup>17</sup>.

Malgré les efforts consentis pour la lutte contre la FO au Cameroun, on note une morbidité élevée des FO qui se traduit par leur forte prévalence. Cette situation est principalement due à une mobilisation communautaire et une communication insuffisante en faveur de la FO ; une prévention insuffisante et une prise en charge médicale et sociale insuffisante.

D'après les personnels de santé, le suivi psychosocial est la principale activité de guérison dans les centres de prise en charge de FO. À cause du faible financement consacré à la lutte contre cette maladie, le volet de la prise en charge sociale des FO mené avec l'appui du

---

<sup>14</sup> MINSANTE « Réduire la fistule obstétricale dans la région de l'Extrême-Nord », 2020.

<sup>15</sup> Délégation régionale de la promotion de la femme et de la famille, Fiche technique, Atelier d'identification et de référence des femmes affectée par les FO en vue de leur réparation d'identification des besoins des femmes réparées de FO en vue de leur réinsertion socio-économique, Maroua du 21 au 23 août 2020.

<sup>16</sup> Abdelnasser Al SAAD, « le sujet entre honte, maladie et exclusion », in *Dialogue*, 2001, pp. 87-97.

<sup>17</sup> Cameroun Tribune : bilan satisfaisant de la mission humanitaire MERCY SHIPS, Paul BIYA, 2017, p.17.

MINPROFF a connu une mise en œuvre limitée contrairement à la réparation chirurgicale des femmes<sup>18</sup>.

L'actuel plan stratégique intègre les actions de prévention à travers l'accès aux soins de qualité pendant l'accouchement et l'accès aux SONU de base et complets. Parmi les actions de traitements de FO, il y a la prise en charge chirurgicale et post opératoires. Toute femme opérée de FO bénéficie d'un counseling, mais la réinsertion sociale reste encore faible. Il reste beaucoup à faire pour traiter les 20 000 femmes qui vivent encore avec la fistule ainsi que près de 2 000 cas qui en sont affectées chaque année au Cameroun<sup>19</sup>.

Les études réalisées par les différents pays et en particulier le Cameroun reposent uniquement sur la prise en charge médicale et ne prennent pas en compte les problèmes de pauvreté et le statut inférieur des femmes, encore moins les représentations sociales des femmes victimes de la FO dans leurs communautés.

Malgré son ampleur dans les régions septentrionales du Cameroun en général et dans la région de l'Extrême-Nord en particulier, la FO semble toujours ne pas être connue par les femmes. La FO est une maladie réelle qui doit être communément traitée. La stigmatisation, l'humiliation, l'exclusion sociale sont les différentes difficultés auxquelles les femmes vivantes et victimes de FO font face chaque jour.

L'étude des représentations sociales des femmes victimes de la FO dans la ville de Maroua présente un apport positif pour les sciences sociales car cette recherche permettra de comprendre davantage sur les représentations sociales construites autour de la FO à Maroua. Elle permettra également de recueillir les expériences vécues par les femmes atteintes de FO. Ainsi, ce travail présentera une meilleure compréhension de la FO considérée comme une maladie la honte dans la ville de Maroua.

Sur le plan sociologique, une telle étude trouve sa place dans l'analyse des facteurs de risque et les causes de FO. Il s'agit de saisir les représentations sociales autour de la FO dans l'Extrême-Nord et les changements survenus dans le domaine de l'éducation de la jeune fille, de la reproduction et la santé.

---

<sup>18</sup> MINSANTE et UNFPA, Stratégie de lutte contre les fistules obstétricales au Cameroun plan stratégiques 2018-2023, Yaoundé, MINSANTÉ, 2018.

<sup>19</sup> Idem.

### III. PROBLÈME DE RECHERCHE

Chaque année dans le monde, plus de 500 000 jeunes femmes en bonne santé meurent des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement<sup>20</sup>. Les FO constituent un véritable handicap pour les femmes qui en souffrent. Des facteurs sociaux, culturels et économiques bien implantés contribuent ensemble à la survenue de cette maladie chez les femmes. Ces affections sont encore dans nos régions une grande cause de morbidité maternelle et posent un problème de santé publique. La prise en charge sociale des femmes opérées de FO est un processus qui commence une fois les dernières opérations effectuées.

Un programme de prise en charge globale est lancé au Cameroun en général dans la région de l'Extrême-Nord en particulier. Ce programme avait pour mission d'aider les femmes victimes à réintégrer leur société. Pour ce faire, le gouvernement camerounais a lancé en 2017 une campagne de sensibilisation visant à éliminer le phénomène de marginalisation et d'exclusion dont elles sont victimes<sup>21</sup>. Un suivi sanitaire à domicile et surtout un counseling ont été mis sur pied. L'organisme MERCY SHIPS signe un partenariat avec des organisations de micro-finance et des organismes qui appuient les Activités Génératrices de Revenus (ARG) et d'un capital qui leur permettra de mettre en pratique la formation reçue une fois retournées dans les villages<sup>22</sup>.

Mais l'observation de l'environnement des femmes victimes de la FO montre que la société camerounaise en général et celle de la ville de Maroua en particulier font face à la culture du silence et de la honte qui prévaut auprès des victimes puisqu'elles touchent à leur intimité, ajoutée à la précarité et le statut social de celles-ci.

Malgré les efforts fournis par l'État camerounais, les ONG et les associations, à travers la mise sur pied des campagnes de sensibilisations, un suivi sanitaire à domicile, un counseling, les femmes victimes de la FO à Maroua font toujours face à l'exclusion sociale et à la marginalisation de la part de leur conjoint, famille, entourage et communauté. Cette marginalisation s'explique par les représentations sociales construites autour de la FO à Maroua. Il se pose donc le problème des représentations sociales construites autour de la FO dans la ville de Maroua.

---

<sup>20</sup> Lewis GWYNETH et Luc DE BERNIS, « prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, fistule obstétricale : principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes », 2022.

<sup>21</sup> MINSANTE et UNFPA, Stratégie de lutte contre les fistules obstétricales au Cameroun plan stratégiques 2018-2023, Yaoundé, MINSANTÉ, 2018.

<sup>22</sup> Paul BIYA, Cameroun : bilan satisfaisant de la mission humanitaire MERCY SHIPS 2017, p.17.

#### IV. PROBLÉMATIQUE

*Lorsqu'un chercheur entame un travail, il est peu probable que le sujet traité n'ait jamais été abordé par quelqu'un d'autre auparavant, au moins en partie ou indirectement (...) Tout travail de recherche s'inscrit dans un continuum et peut être situé dans ou par rapport à de courants de pensée qui le précèdent et l'influencent. Il est donc normal qu'un chercheur prenne connaissance des travaux antérieurs qui portent sur les objets comparables et qu'il soit explicite sur ce qui rapproche et sur ce qui distingue son propre travail de ces courants de pensée<sup>23</sup>.*

Ainsi, il existe une pléthore de travaux portant sur la problématique générale de la FO, et ceux portant sur les représentations sociales des femmes victimes des FO étant rare, du moins dans notre zone d'étude, et voir même sur la réinsertion sociale de ces femmes. En réalité, malgré la rareté des travaux sur la question dans cette ville, plusieurs auteurs se sont penchés sur la question de FO. Les travaux qui prouvent à la fois la persistance de cette maladie et la détermination des pouvoirs publics à prévenir systématiquement cette maladie à défaut de l'éradiquer, via l'adoption des mesures comme celle de la création de la journée mondiale pour éliminer la FO. Les travaux ne cessent de se multiplier.

Étudier la FO, dans le champ de la sociologie, c'est épouser une démarche orientée vers les questions de santé, ceci dans l'optique de comprendre, d'analyser et d'expliquer la persistance de la maladie mais davantage de comprendre les représentations sociales construites autour de cette dernière. Cette persistance serait liée à un ensemble de manières présent en compte les rationalités locales lors de la conception des mesures préventives. Cette situation amène donc la sociologie à se pencher sur la question de la FO, non pas comme une maladie qui n'intéresse que les études biomédicales, mais beaucoup plus comme un « fait social ». Parce que, les conséquences, la prise en charge et les représentations sociales des femmes victimes des FO seraient liés aux croyances, aux attitudes et aux comportements des individus. La littérature sur les questions des FO en Afrique en général et au Cameroun en particulier est basée sur les travaux antérieurs menés en sciences biomédicales, en anthropologie, en psychologie et en sociologie et se présentent comme suit :

##### 1. Incidence de la fistule obstétricale

En Afrique, nous avons des acteurs et des organismes qui se sont penchés dans ce domaine comme l'UNFPA qui a lancé une campagne mondiale d'éradication de la FO en 2003.

---

<sup>23</sup> Raymond QUIVY et Luc Van CAMPENHOUDT, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995, p.12.

L'objectif majeur de cette campagne est que la FO est une maladie que l'on peut prévenir et traiter. Pour se faire, aucune femme ne doit souffrir. Prévenir et traiter la FO est une préoccupation majeure pour l'UNFPA dans le cadre de son attachement à la santé et à la reproduction<sup>24</sup>. En 2015, cette organisation dirigeait la campagne pour éliminer les fistules menées à l'échelle planétaire dans plus de 50 pays, avec le soutien de ses partenaires internationaux et d'autres organisations qui œuvrent au niveau national. Le but général de la campagne est de rendre cette affection aussi rare en Afrique, en Asie et dans les États arabes qu'elle l'est en Amérique du Nord et en Europe. La majorité des plus de 50 pays qui participent à la campagne pour éliminer les fistules est situé en Afrique et en Asie du Sud. Ici, l'UNFPA s'intéresse particulièrement à la prévention et au traitement chirurgical de la FO.

Dans les travaux de Franklin FOMEKONG,<sup>25</sup> il souligne que la prévalence des fistules obstétricales est élevée là où les femmes continuent à accoucher sans assistance médicale, dans les contextes où le système de référence- évacuation/contre référence est insuffisamment fonctionnel, les soins obstétricaux sont insuffisants et les mariages et grossesse précoces sont monnaie courante. Les travaux de cet auteur se basent principalement sur les causes lointaines et directes de la FO du grand Nord Cameroun.

Pour l'OMS, la région de l'Extrême-Nord présente les mêmes similitudes géographiques, socioculturelles et sanitaires que les pays où la prévalence est élevée tels que la Tanzanie, la Sierra Léone, la Mauritanie, le Niger, le Mali etc. L'OMS fait remarquer que :

*À chaque étape du traitement de leur fistule obstétricale, tous les soins donnés doivent être accompagnés d'un soutien psychologique et être expliqués clairement à la patiente. La prise en charge commence dès l'instant où elle se présente à la réception d'un hôpital pour une consultation ; et continue pendant son hospitalisation (pré et postopératoire) après sa sortie après l'opération<sup>26</sup>.*

Aussi, pour l'OMS ceux qui ont travaillé avec des femmes dont la FO a été guérie par un traitement chirurgical sont frappés par la force avec laquelle elles ont enduré cette épreuve. Cependant, plusieurs de femmes vivant avec une FO auraient été traumatisées par les événements entourant la naissance de leur bébé, et par l'ostracisme fréquent dont elles sont victimes par la suite de la part de leur mari, d'autres membres de leur famille et leur communauté. Le plus souvent elles pensent que l'hôpital n'est qu'un lieu de douleur, de

<sup>24</sup> Aurélie DESRUMAUX, Éliminer la fistule obstétricale en Afrique subsaharienne, Mémoire de santé publique et environnement, Université de Lorraine, Lorraine ONG Équilibre et Population, 2013.

<sup>25</sup> Franklin FOMEKONG, « Les fistules obstétricales : État des lieux au Grand Nord Cameroun, connaissance, attitude, perception, comportement et vécu quotidien », Institut de la Statistique, Yaoundé-Cameroun, 2021, p.2.

<sup>26</sup> OMS, « Fistule Obstétricale : principes directeurs pour une prise en charge clinique et le développement de programmes », OMS, 2019, p.49.

souffrance et de mort. Il est donc important de parler à chaque femme individuellement pour évacuer tout sentiment de peur qu'elle puisse ressentir et l'informer sur le fait que le personnel est à son service. À chaque étape, le contact est très important, si cela est approprié, on peut accompagner les entretiens d'une tape amicale sur l'épaule ou d'un contact physique qui lui montreront qu'elle n'est pas intouchable<sup>27</sup>. Les travaux de l'OMS sont davantage axés sur de la prise en charge chirurgicale de la FO.

L'UNFPA et Family Care International (FCI)<sup>28</sup> déclarent que depuis 2017, la campagne mondiale d'élimination de la FO œuvre à la réduction de l'incidence de cette maladie, par des activités de plaidoyer, de la recherche de programmes et à l'amélioration et l'élargissement de l'accès aux services de traitement pour les femmes souffrant de FO.

Pour Pierre-Marie TEBEU<sup>29</sup>, les croyances culturelles et les valeurs sociales empêchent les jeunes filles et les femmes de prendre de décisions quant à leur propre corps et à leur santé dans tous les pays. En général, les femmes victimes d'une fistule étaient souvent analphabètes, occupaient un rang inférieur dans la structure familiale et avaient suivi une scolarité réduite. Leurs connaissances concernant la planification familiale et la maternité sans risque étaient souvent limitées et leur accès au contraceptif est restreint. Une femme interrogée sur trois déclarait qu'il faille se cacher et une femme sur dix déclarait qu'il faille se suicider en cas de FO. Ceci montre l'énorme travail à faire au sein de la communauté pour rendre espoir aux femmes qui vivent une fistule et donner toute information qui permettra aux membres de la communauté de changer d'attitude face à celles qui sont souvent des parias et de leur donner le soutien dont elles ont besoin. La population doit informer les possibilités qu'offrent les services de santé en matière des FO, car même les cas les plus graves peuvent être guéris. Il existe donc une nécessité de mettre en place des centres d'accueil et de prise en charge des femmes qui vivent avec une FO.

Dans la même lancée, Pierre-Marie TEBEU souligne que :

*La fistule obstétricale mal et/ou non traitée est une source d'exclusion sociale. Les patientes sont parfois marginalisées par les membres de la famille. Par ailleurs, il leur est difficile d'exercer une profession. C'est ainsi qu'elles ont tendance à vivre dans*

---

<sup>27</sup> OMS, « Fistule Obstétricale : principes directeurs pour une prise en charge clinique et le développement de programmes », OMS, 2019, p.50.

<sup>28</sup> UNFPA et FCI, « Témoignage vivant : la fistule obstétricale et les inégalités en Santé Maternelle », 2017, p. 4.

<sup>29</sup> Pierre-Marie TEBEU et Charles-Henri ROCHAT, « Évaluation de l'état de la prévalence potentielle des fistules obstétricales au niveau de l'agglomération urbaine et rurale de la ville de Maroua et la faisabilité de la mise en place d'un programme de prise en charge », 25 avril 2005 au janvier 2006.

*l'isolement. Au Cameroun comme en Éthiopie, certaines reconnaissent avoir envisagé le suicide comme solution à leur problème*<sup>30</sup>.

Ces observations montrent comment l'incidence des FO est inévitablement sous-estimée dans la mesure où certaines de ces femmes se cachent ; il y en a même celles qui envisagent le suicide devant le rejet de la société. La FO est associée à une situation contemporaine majeure, à savoir, la mortalité périnatale.

Les travaux de Godefroy NGIMAMAWOUNG,<sup>31</sup> précise que les personnes sont plus malades des yeux des autres que de la maladie elle-même. Elle veut comprendre le processus de construction de la honte sociétale manifestée par les porteurs de la maladie et leurs proches par la non acceptation du mal, par tous les sobriquets de la peur, de la haine, de la honte, du rejet attribué au fléau, par les multiples itinéraires thérapeutiques suivis, sauf le chemin de l'hôpital. Pourtant, aujourd'hui, il est déjà temps de déconstruire cette honte sociétale en procédant autrement par la redistribution de nouveaux rôles à tous les acteurs de la chaîne : patientes, parents, MINSANTÉ, société civile, OMS, société, etc. Ces études se focalisent sur la construction sociale de la honte développée par les femmes victimes.

Selon Michel GAUTIER,<sup>32</sup> la déformation pathologique crée chez les sujets concernés une forme particulière de souffrance : le sentiment de ne pas pouvoir accéder à leur réalisation. Ceci pour dire que le fait de définir la maladie, la fistule comme une malédiction, une punition créée chez la femme fistuleuse une forme particulière de souffrance, l'empêchant ainsi de réaliser certaines choses ou certains désirs, de ne plus cuisiner, de ne plus rester au milieu des autres, de ne plus mener une AGR.

L'UNFPA<sup>33</sup> rapporte qu'au Cameroun près de 20 000 femmes souffrent de la FO et 2 000 nouveaux cas sont enregistrés chaque année. Si rien n'était fait, ce chiffre ne cesserait de croître. C'est pourquoi des mesures ont été prises par le MINSANTÉ et grâce à l'appui de l'UNFPA en vue de création d'un centre de réparation des FO au sein de l'HRM en 2020. Ce centre est en mesure d'assister les victimes de la fistule pour leurs besoins chirurgicaux. Les kits de

---

<sup>30</sup>Raymond QUIVY et Luc Van CAMPENHOUDT, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995, p.12.

<sup>31</sup>Godefroy NGIMA MAWOUNG, « VIH/SIDA ou maladie de la honte au Cameroun », in *les annales de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines* de l'Université de N'Gaoundéré, vol XVII, Paris, L'Harmattan, 2016, p. 44.

<sup>32</sup> Michel GAUTIER, « La philosophie sociale d'Axel HONNETH, la théorie de la reconnaissance et l'analyse des pathologies sociales », Mémoire de Maîtrise, Université de Québec, 2008, p. 36.

<sup>33</sup> UNFPA, « Repositionnement de la planification familiale comme stratégie de développement », IMPACT 2013-2014, tiré de Cameroun.unfpa.org. Consulté le 25 Mars 2022 à 13h 15.

réparation de fistule subventionnés par l'UNFPA sont pré-positionnés dans le centre où les femmes pourront désormais venir se faire réparer.

Dans la plupart des pays, les activités des femmes et en particulier leur éducation et leurs moyens d'action économique et politique sont très limitées par ce que leurs droits en matière de procréation ne sont pas totalement respectés. La possibilité pour les femmes d'être maîtresses de leur fécondité est une base importante pour la jouissance d'autres droits<sup>34</sup>.

La persistance de la fistule reste un rappel inadmissible des inégalités entre les pays développés et les pays en voie de développement et également entre les femmes à faible revenus et les femmes riches d'un même pays en matière d'accès aux soins de santé de la reproduction<sup>35</sup>.

Une fistule peut avoir des effets dévastateurs ; non seulement la femme qui en est atteinte perd souvent son bébé, mais présente les manifestations les plus durables de la maladie, notamment les pertes constantes d'urines, de matières fécales, ou les deux, font qu'il est difficile voire impossible pour elle de mener une vie normale. Associées aux problèmes sociaux et économiques qui s'y rattachent, ces manifestations contribuent souvent à un affaiblissement général de son état de santé et de son bien-être qui aboutit à une mort prématurée. Grand nombre de conséquences médico-sociales négatives comportent des implications importantes pour les soins. Comprendre qu'il faut traiter la personne atteinte de fistule « *dans son ensemble* » et non pas simplement ses lésions vésicales ou rectales est la notion la plus importante dans la prise en charge de la fistule<sup>36</sup>.

## **2. Condition et considération de la femme victimes de la fistule obstétricale**

En Afrique, même si longtemps colonisée par les Européens, nous pouvons toujours trouver les traces des sociétés traditionnelles patriarcales, surtout dans les régions rurales, où le rôle de la femme est réduit à sa capacité d'accoucher de la progéniture, de s'occuper du ménage et d'assurer qu'il y a de quoi manger pour les hommes quand ils rentrent. Étant malade, la femme ne pourra donc pas remplir normalement toutes les tâches ce qui fait qu'elle est mise de côté et à l'écart<sup>37</sup>.

---

<sup>34</sup> UNFPA et FCI, « Témoignage vivant. La fistule obstétricale et les inégalités en Santé Maternelle », 2017, tiré de [fistulacampaig@unfpa.org](mailto:fistulacampaig@unfpa.org), consulté le 25 Mars 2022 à 14h 38mn.

<sup>35</sup> UNFPA, « Santé publique : éliminer la fistule obstétricale en Afrique, c'est possible », 17 juin 2018.

<sup>36</sup> UNFPA et FCI « Témoignage vivant. La fistule obstétricale et les inégalités en Santé Maternelle », tiré de [fistulacampaig@unfpa.org](mailto:fistulacampaig@unfpa.org), consulté le 25 Mars 2022 à 14h 38mn.

<sup>37</sup> Denise PAULME « Structures sociales traditionnelles en Afrique Noire », in *Cahiers d'études africaines*, pp. 21.

De même, les travaux agricoles étaient réservés aux femmes qui s'occupaient du cycle entier la production des plantes cultivées, y compris la récolte. Au début de l'ère coloniale, ceci avait pour résultat le fait que les femmes s'occupaient du commerce avec les Européens et en devenant fournisseurs majeurs vu que ce sont elles qui étaient les principales mains d'œuvres du pain de manioc ou de la bière<sup>38</sup>. C'est peut-être pour la capacité des femmes d'assurer l'existence de la tribu de cette manière, qu'il s'est développé autour d'elles tout un univers mythique et iconique de force vitale et transformatrice qu'elles sont supposées incarner<sup>39</sup>.

Quant à Esther BOSERUP,<sup>40</sup> la femme se trouve au cœur du développement car elle est une force non négligeable de par son apport dans l'activité agricole, elle permet d'améliorer les revenus des pays du tiers monde, étant donc malade, la victime ne pourra plus produire et cela impacte l'économie de sa région voire de son pays. Esther BOSERUP dans ses travaux met en exergue le rôle ou la place de la femme dans la société.

Le rôle de la femme dans la société africaine traditionnelle est donc une affaire à double facettes. D'une part, les femmes ont une place très importante par ce qu'elles participent à la culture des champs et elles assurent la continuation de la lignée. D'autre part, leur importance n'est pas reflétée dans leur statut dans la société. Elles sont souvent obligées de se soumettre aux besoins soit de leur famille, soit de la tribu et elles n'ont pas d'espace pour essayer de satisfaire leurs propres besoins. Les femmes ont besoin de l'approbation de leur mari, de leur belle-mère dans certaines coutumes pour se rendre dans un centre de santé pour accoucher, même si les complications se présentent. Ce qui entraîne des difficultés terribles qui conduisent souvent à des FO<sup>41</sup>.

Les 30 années de guerre du Tchad a impacté le niveau de vie et l'accessibilité des soins de santé maternelle concernant les femmes<sup>42</sup>. 241 cas de fistule ont été enregistrés en 2018. Un pourcentage d'environ 88% a été mentionné concernant les accouchements à domicile et 1% référant celles qui accouchent par césarienne.

---

<sup>38</sup> Laure BADEJODIEDRE., « African Feminism: Mythical and Social Power of Women of African Descent Research in African Litteratures », 1998, p.100.

<sup>39</sup> Martin PHYLLIS, *Loisirs et société à Brazzaville pendant l'ère coloniale*, Paris, Karthala, 2005, p.35.

<sup>40</sup> Esther BOSERUP, *La femme face au développement économique*, Paris, Presse Universitaire de France, 1983, p.18.

<sup>41</sup> Organisation Internationale du Travail, « le rôle des femmes dans le développement agricole et rural : promotion des activités génératrices de revenus », Rapport de synthèse d'un séminaire, Athènes, 18 au 22 octobre 1999.

<sup>42</sup> Deuxième Réunion du Groupe de Travail, « La prévention et le traitement de la fistule obstétricale », ADDIS-ABEBA, 30 octobre au 1<sup>er</sup> novembre, 2018.

L'United States Agency for International Développement (USAID)<sup>43</sup> souligne que les conséquences médico-sociales négatives renferment des implications nécessaires pour les soins. La notion la plus importante dans la prise en charge de la fistule c'est comprendre qu'il faut traiter le malade dans son ensemble (physique, social et psychologique).

Bon nombre de fistuleuses vivent des années sans soutien social, physique, psychologique et financier, c'est ainsi que certaines tombent dans une dépression extrême. Une femme sur cinq a déclaré mendier sa nourriture pour survivre à l'hôpital pour le traitement de la fistule d'Addis-Abeba<sup>44</sup>. Certaines femmes par contre ne pouvant plus endurer la douleur et la souffrance ont recours au suicide. Pierre-Marie TEBEU, souligne dans un rapport de mai 2005 parlant de la FO au Cameroun (Maroua) qu'une femme sur dix suggère qu'il faut se suicider et une femme sur trois suggère qu'il faut se cacher en cas de FO.

Dans les analyses de Gide SINGER,<sup>45</sup> il indique que dans les pays comme le Soudan, la Somalie, le Pakistan et le Tchad, le mariage précoce des filles (9 à 10 ans) est souvent la norme culturelle. Ainsi donc, de multiples grossesses sont notées à un jeune âge, ce qui donne une idée du nombre significativement élevée de cas de morbidité maternelle. En plus, les jeunes filles et femmes vivantes avec une FO connaissent ainsi de grands handicaps physiques, sociaux et psychologiques causant une détresse et un désespoir. Elles souffrent en plus d'incontinence et d'infection répétées dues aux lésions du nerf pelvien durant le travail traumatique, du « steppage » (anomalie de la démarche) induisant à une paralysie d'une ou de deux jambes.

Il faut également affronter des difficultés supplémentaires pour vivre à deux ou concrétiser un désir d'enfant. Au niveau social, la personne handicapée physique va trop souvent être rejetée. Elle sera confrontée au regard des autres et aux représentations sociales négatives véhiculés autour du handicap<sup>46</sup>. En effet, les personnes vivant avec un handicap physique se retrouvent trop souvent isolées face à des sujets intimes<sup>47</sup>.

---

<sup>43</sup>ECSACON et USAID Fistula Care EngenderHealth, « Prévention et prise en charge de la fistule obstétricale : Cours pour les infirmières et les sages-femmes », 2012.

<sup>44</sup> Yves BETOURTOLKOI « Impact de la fistule obstétricale sur la dynamique sociale des populations dans la sous-préfecture de Doba au Tchad », Mémoire de Master II recherche, Département de Sociologie/ Anthropologie, Université de N'Gaoundéré, 2017.

<sup>45</sup>Gide SLINGER, « Quand les femmes n'ont pas accès aux soins d'urgence », Hebamme. Ch., janvier, 2020.

<sup>46</sup> Michel MERCIER, « Promotion de la santé, vie affective et sexuelle des personnes handicapées physique », dans M. Mercier (éd), *L'identité handicapée*, Presse Universitaire de Namur, 2019, pp.117-136.

<sup>47</sup> Pascal GRANGET, « Vers la création d'un site sexualité et handicap physique par le SEHP international », l'observatoire, 40, 2021, p.53-54.

La construction sociale de la maladie comprend un certain nombre de points communs à tous les membres d'une même culture. La culture globale d'une société est le premier média des manifestations, des perceptions et des formes de gestion de la maladie<sup>48</sup>.

*En s'attendant à l'égalité des sexes, à l'éducation des filles et au renforcement des systèmes de santé en particulier l'accès à la planification familiale et aux services de santé maternelle ensemble, nous pouvons faire de la fistule une question du passé dans chaque communauté du continent africain<sup>49</sup>.*

### **3. Prise en charge de la fistule obstétricale**

Pour les auteurs comme Honoré MIMCHÉ et Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, le processus de la prise en charge de toute maladie se construit autour de certains rapports sociaux impliquant la famille et les accompagnants qui pallient souvent le manque de l'hôpital<sup>50</sup>.

La prise en charge des FO a semblé trouver une solution favorable pour le Cameroun et les États qui lui sont voisins, car, parmi les femmes réparées des FO, certaines venaient des pays voisins (Nigéria, Tchad et République Centrafricaine (RCA)). La communauté internationale a commencé récemment à s'intéresser au problème de la FO. Jusqu'à présent, les actions menées pour la prévenir, la traiter et la prendre en charge sur toutes les dimensions ont été essentiellement accomplies par des personnes dévouées, qui ont travaillé avec un soutien politique, financier ou institutionnel très limité. Aujourd'hui, toute personne travaillant dans les domaines de la santé génésique et de la santé maternelle a la possibilité de changer les choses pour transformer le désespoir en espoir et restituer leur dignité à des millions de jeunes filles et femmes vivant dans la honte et la pauvreté. Lors de la 59<sup>ème</sup> session de la Commission de la condition de la femme du 11 mars 2019<sup>51</sup> à New York sous le thème évaluation de la déclaration et du programme d'action de Beijing, pendant l'intervention de Marie-Thérèse ONDOUA ABENA, Ministre camerounais de la Promotion de la Femme et de la Famille, il ressort que le Cameroun a résolument poursuivi la réforme de son cadre législatif et institutionnel de promotion de l'égalité des sexes, tout en renforçant les mesures relatives à la prise en charges des problèmes spécifiques des femmes.

Sur le plan national, de nombreuses mesures ont été prises, en l'occurrence : la mise en place de comités locaux de lutte contre les Mutilations Génitales Féminines (MGF) dans les

<sup>48</sup> François SICOT, *Maladie mentale et pauvreté*, Paris, l'Harmattan, 2001, p.25.

<sup>49</sup> UNFPA et FCI, « Témoignage vivant. La fistule obstétricale et les inégalités en Santé Maternelle », 2017, tiré de [fistulacampaig@unfpa.org](mailto:fistulacampaig@unfpa.org), consulté le 23 mars 2022 à 17h 34mn.

<sup>50</sup> Honoré MIMCHÉ et Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, *Famille et santé en Afrique : les regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin*, Paris, l'Harmattan, 2018, p. 08.

<sup>51</sup> Mission permanente du Cameroun, « Évaluation de la déclaration et du programme d'action de Beijing », 59<sup>ème</sup> session de la commission de la condition de la femme, New York, le 11 mars 2019, [www.delecam.us](http://www.delecam.us).

zones foyers ; l'élaboration d'un plan stratégique nationale de la santé de la reproduction maternelle néonatale et infantile, et d'une stratégie nationale de lutte contre la FO. En ce qui concerne la santé, la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) a permis la mise en place d'un plan stratégique national de santé ; suivi de la subvention de la césarienne, sans oublier les deux campagnes nationales de lutte contre les FO.

La stratégie de lutte contre les FO au Cameroun (2018-2023)<sup>52</sup> dans ses stratégies de prévention et de prise en charge globale des cas préconise la mobilisation et la communication en faveur de la FO en améliorant les connaissances des populations sur la problématique des FO dans 80% des districts de santé (DS). En ce qui concerne la prévention des FO, le MINSANTÉ doit renforcer l'offre des services de prévention des FO dans 80% des DS. Pour la prise en charge médico-chirurgicale de la FO, l'amélioration de l'utilisation des services pour la prise en charge médico-chirurgicale des cas de FO dans 80% des hôpitaux régionaux. Ensuite, la réinsertion socio-professionnelle des femmes guéries de FO doit accroître annuellement de 20% la proportion des femmes guéries de FO réinsérées. Enfin, la gestion intégrée des interventions de lutte contre les FO doit être renforcée à 80%.

Après cette aperçue de la littérature, il nous revient dès à présent de préciser l'angle sous lequel nous allons aborder notre thématique car, « *il est important d'insister d'emblée sur l'exigence de situer clairement son travail par rapport à des cadres conceptuels reconnus* »<sup>53</sup>.

De ce qui précède, un certain nombre d'approche sur la problématique de la FO au Cameroun se dessine : la persistance de la FO, les conditions et considérations de la femme, la dimension de la prise en charge de FO. Le présent travail prend en compte l'analyse de la question les représentations sociales construites autour de la FO dans la ville de Maroua sous un angle sociologique.

Ce travail s'inscrit dans une démarche sociologique compréhensive. Il consiste à comprendre et expliquer les représentations sociales des femmes victimes de la FO dans la ville de Maroua.

---

<sup>52</sup> UNFPA, « Stratégie de lutte contre les fistules obstétricales au Cameroun », septembre 2018, pp.24- 25.

<sup>53</sup> Raymond QUIVY et Luc Van CAMPENHOUDT, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 2006, p. 42.

## V. QUESTIONS DE RECHERCHE

Cette recherche repose sur une question principale et trois questions spécifiques.

### 1. Question principale

Quelles sont les représentations sociales construites autour des fistules obstétricales dans la ville de Maroua ?

### 2. Questions spécifiques

**Question spécifique 1 :** Quel est l'impact des fistules obstétricales chez les femmes qui en sont victimes dans la ville de Maroua ?

**Question spécifique 2 :** Comment les femmes victimes de la fistule obstétricale dans la ville de Maroua vivent-elles le regard social dans leurs relations quotidiennes au sein de leur communauté ?

**Question spécifique 3 :** Quels sont les mécanismes développés par les victimes de fistule obstétricale et les autres acteurs sociaux pour la prise en charge sociale de ces femmes ?

## VI. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

La signification d'une hypothèse est donnée les paroles suivantes :

*L'hypothèse est définie comme une proposition de réponse à la question posée ; elle tend à formuler une relation entre des faits significatifs. Même plus ou moins précise, elle aide à sélectionner les faits observés. Ceux-ci rassemblés, elle permet de les interpréter, de leur donner une signification qui, vérifiée constituera un élément possible de début de théorie<sup>54</sup>.*

Les questions auxquelles les hypothèses tentent de donner une réponse sont extrêmement variées. Elles peuvent naître d'observation courante portant sur des faits de la vie quotidienne, ou de faits découverts au cours d'une recherche ayant d'autres objectifs. Les hypothèses peuvent également se présenter comme résultat d'une élaboration purement portée sur des faits à expliquer, sur des concepts, sur des généralisations empiriques, sur des régularités observées, sur des schémas d'organisation sociales et leurs conséquences, enfin sur des contradictions entre des observations nouvelles et des concepts antérieurs. La présente étude comporte une hypothèse principale et trois hypothèses spécifiques.

---

<sup>54</sup> Madeleine GRAWITZ, *Méthodes des Sciences Sociales*, Paris, Dalloz, 2001, p. 398.

### **1. Hypothèse principale**

Les fistules obstétricales sont considérées comme une maladie de la honte dans la ville de Maroua.

### **2. Hypothèses spécifiques**

**Hypothèse spécifique 1 :** Les fistules obstétricales entravent la vie des femmes victimes à Maroua.

**Hypothèse spécifique 2 :** La population de Maroua manifeste une perception négative vis-à-vis des femmes victimes de la fistule obstétricale.

**Hypothèse spécifique 3 :** La confiance en soi, la sensibilisation et le renforcement de formation dans le domaine de l'éducation, l'agriculture, l'artisanat constitue les mécanismes développés par les femmes victimes et les acteurs sociaux.

## **VII. OBJECTIFS DE RECHERCHE**

La présente recherche à un objectif principal et trois objectifs spécifiques.

### **1. Objectif principal**

L'objectif principal de ce travail est d'analyser et d'expliquer comment les fistules obstétricales considérées comme une maladie de la honte entravent l'épanouissement des femmes victimes dans la ville de Maroua.

### **2. Objectifs spécifiques**

**Objectif spécifique 1 :** Analyser comment les fistules obstétricales impactent la vie sociale des femmes victimes à Maroua.

**Objectif spécifique 2 :** Analyser la perception, le regard social de la société vis à vis des femmes victimes de fistule obstétricale à Maroua.

**Objectif spécifique 3 :** Saisir et expliquer les mécanismes développés par les victimes de fistule obstétricale et les acteurs sociaux pour la prise en charge sociale de ces femmes.

## **VIII. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE**

La méthodologie est un ensemble de démarches, des voies par lesquelles l'esprit humain passe pour découvrir, démontrer la vérité dans le champ de la connaissance. Dans cette perspective, la méthode signifie la logique, l'ordre, le procédé, la technique. La méthodologie

de recherche renvoie à l'épistémologie, l'étude de la méthode. Il s'agit d'expliquer le cheminement à suivre dans le cadre de cette recherche.

Pour comprendre et expliquer le fait social et les relations sociales, le sociologue est appelé à utiliser des instruments méthodologiques tels que l'enquête qualitative et/ou l'enquête quantitative, lesquelles lui permettent de parvenir à la connaissance scientifique en tant que connaissance vérifiable. En ce qui concerne ce sujet, nous avons opté pour une approche qualitative.

### **1. Enquête qualitative**

La méthode qualitative est une méthode d'analyse qui ne recourt ni au calcul ni aux dénombrements, mais qui privilégie les aspects qualitatifs des actions sociales (motivations, jugements, etc.) dans le but de les interpréter et de les comprendre<sup>55</sup>.

Les analyses de conservation, l'entretien, les récits de vie sont des méthodes qualitatives très utilisées par la sociologie interactionniste. En effet, elles reposent avant tout sur la perspicacité des propositions, hypothèses, constatations, sur les remarques, des observations recueillies, bref sur la valeur des chercheurs plus que sur la technique au sens étroit du terme. Les données qualitatives révèlent également des faits. Il ne s'agit plus ici d'éléments surprenants, mais de faits révélateurs, de phénomènes plus importants et parfois inaccessibles directement. L'analyse qualitative exige des résultats d'une part que l'on réfléchisse sur leur signification. D'autre part, ces observations peuvent porter sur des coutumes, des faits et gestes, comportements ou même des mots. Les données qualitatives suggèrent des corrélations ou des processus.

La méthode qualitative a permis de clarifier la thématique qui fait l'objet de cette recherche. Il s'agit donc de comprendre et décrire le sens et la signification des représentations sociales construites autour de la FO dans la ville de Maroua. De ce fait, cette démarche nous a également permis de comprendre en profondeur le vécu, les sentiments, les émotions et les expériences personnelles des femmes victimes de la FO dans la ville de Maroua. Contrairement à la méthode quantitative, la recherche qualitative nous a permis de d'obtenir des informations individuelles des femmes atteintes de FO.

### **2- Méthode d'échantillonnage**

Par manque de liste exhaustive de la population dans le cadre de ce travail, deux types d'échantillonnages ont été utilisés afin de faciliter la collecte des données sur le terrain.

---

<sup>55</sup>Yves ALPE, et al, *Lexique de Sociologie*, Paris, Dalloz, 2013, p.234.

### **A. Technique de boule de neige**

Cet échantillonnage est une méthode d'enquête dans laquelle les informateurs retrouvés « suggèrent à la demande du chercheur, les noms, d'autres personnes qui leurs paraissent propres à participer à l'étude »<sup>56</sup>. Cette méthode d'échantillonnage s'appuie sur les réseaux de société tels que les amitiés, les connaissances, la famille, l'entourage. Cette technique d'échantillonnage a permis de résoudre le moyen relatif à la difficulté de retrouver les personnes ressources remplissant les caractéristiques recherchées telles que les femmes victimes de la FO guéries ou non, leur entourage (voisins, familles, conjoints, belle-famille), les personnels de santé, les responsables du bureau de la Délégation de Régionale de la Santé Publique de l'Extrême-Nord (DRSP-EN), la Délégation Régionale des Affaires Sociales de l'Extrême-Nord (DRAS-EN), des responsables de l'association de lutte contre les violences faites aux femmes de l'Extrême-Nord (ALVF/EN).

### **B. Échantillonnage à choix raisonné**

Cette technique consiste à la sélection d'un échantillon par laquelle la représentativité de l'échantillon est assurée par une démarche raisonnée. Les répondants sont souvent sélectionnés en se fondant sur les propositions des précédents. Dans le cadre de notre travail, cette technique a permis de retrouver sept femmes victimes de FO. Il n'était toujours pas possible de retrouver toutes les femmes qui ont été victimes. Nous pensons que les avis et les propos de 15 femmes victimes permettent de répondre suffisamment à nos questions de recherches étant donné qu'en étude qualitative, seule la qualité de l'information compte. De plus, nous avons atteint le seuil de saturation.

## **3. Population d'étude**

Pour ce qui est de cette recherche, la population d'étude est composée des médecins gynécologues chargés d'opérer les fistules, des infirmiers, des femmes victimes de fistules ; de leur entourage (voisins, familles, conjoints, belle-famille), des organismes régionaux, nationaux et internationaux, des ONG et les associations de la société civile chargées de la lutte et de la prise en charge globale des femmes victimes des FO.

---

<sup>56</sup> Marie-Fabienne FORTIN, *Fondements et étapes de recherche*, Québec, Chenil-Éducation, 2005, p. 260.

**Tableau N° 1** : Nombres de personnes interrogées

<b>Catégories de cibles</b>	<b>Nombres</b>
Femmes victimes des FO guéries	10
Femmes victimes des FO non guéries	5
Membres de la communauté	6
Personnels de santé	4
Responsables de DRAS-EN	2
Personnel du ALVF- EN	1
Personnels de DRSP-EN	1
<b>Total</b>	<b>29</b>

**Source** : Enquête de terrain 2022.

Au total, 15 femmes victimes de FO âgées de 11 à 39 ans, dont 10 guéries et cinq qui ont toujours des incontinences, six informateurs dans la communauté (voisins, familles, conjoints, belle-famille) un personnel de la DRSP-EN, deux responsables du bureau de la DRAS-EN, un responsable du bureau de l'Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes de l'Extrême-Nord (ALVF-EN), un comptable, un technicien adjoint de laboratoire et deux gynécologues ont été interrogés.

#### **4. Technique de collecte de données**

La technique de collecte des données est une phase nécessaire pour toute étude sociologique. C'est l'occasion pour le chercheur de faire corps avec le phénomène étudié. Ici, ce dernier s'attèle à vérifier les hypothèses qui découlent des questions de recherche.

##### **A. Recherche documentaire**

Suivant l'objectif visé, le rôle des documents a été plus au moins important, pour compléter, rectifier, appuyer les hypothèses suggérées par les techniques vivantes. Une réflexion sur les documents a aidé à expliquer l'interprétation que les individus en cause donnent à une situation vécue. Il a été question de prendre connaissance des travaux des auteurs qui ont traité le même problème en d'autres lieux, soit sur des auteurs ayant traité les problèmes différents, mais étudiés au même endroit et pouvant mettre en cause des données semblables. Pour Valentin NGA NDONGO, il s'agit d'une « *observation médiatisé par les documents* »<sup>57</sup>.

<sup>57</sup> Valentin NGA NDONGO, « L'opinion camerounaise », Thèse de Doctorat d'État en sociologie, Université de Paris X Nanterre, Tome I et II, 1999. p.283.

Cette recherche s'est orientée vers la documentation écrite, au sein des bibliothèques de l'Université de Yaoundé I, du Cercle Philo-Psycho-Socio-Anthropo (CPPSA) de l'Université de Yaoundé I, de l'Université Catholique d'Afrique Centrale (UCAC), du Centre International de Référence Chantal Biya (CIRCB) des documents récupérés auprès de la Délégation de la Promotion de la Femme et de la Famille de Maroua (DRPFF), de la bibliothèque de l'Institut de Formation et de Recherche Démographique (IFORD) de la bibliothèque RADEL de Maroua, des documents recueillis auprès de l'HRM, mais aussi sur la documentation non écrite (les dessins, les photos) et les sites internet.

### **B. Entretien semi-directif**

L'entretien peut être défini comme une méthode de collecte de l'information dans laquelle l'enquêteur interroge en face-à-face le sujet. La collecte peut être exhaustive (on enregistre exactement tout ce que dit le sujet). L'entretien semi-directif est un type d'entretien dans lequel l'enquêteur oriente par des relances le discours du sujet pour qu'il aborde (dans un ordre non déterminé) un certain nombre de points définis à l'avance par le protocole de recherche ; pour ce faire, l'enquêteur dispose généralement d'un « guide d'entretien ». Cette recherche a eu des entretiens individuels riches auprès des personnels de l'HRM, avec les femmes dans les différentes localités, leur entourage, la délégation régionale de la promotion de la femme et de la famille de l'Extrême- Nord, etc. L'entretien a permis également de recueillir des données concernant la FO, la perception de cette maladie dans la communauté locale de Maroua, les conséquences de la fistule, les facteurs qui empêchent les victimes de parler de leur maladie, les moyens mis en œuvre par le gouvernement et les différents organismes qui s'intéressent à la fistule. Pour collecter ces informations nous avons utilisé le guide d'entretien.

## **5. Outils de collecte des données**

Nous avons fait usage d'un guide d'entretien qui comporte des questionnaires ou des thèmes de discussion se rapportant à nos trois objectifs spécifiques.

### **❖ Guide d'entretien**

Il est un protocole de recherche qui permet au chercheur de dérouler normalement son entretien sur le terrain. Le guide d'entretien possède des différents sous thème de la recherche que nous nous référons pour effectuer notre entretien dans la situation de face à face avec les enquêtés. Il nous a aidé à centraliser le débat avec nos enquêtés. Quand nous constaterons que

l'enquête sort du cadre du débat défini par le guide d'entretien nous intervenons pour relancer le débat en fonction de l'objectif fixé à l'avance.

### **6- L'analyse sémantique des données**

Les données obtenues à travers les entretiens semi-directifs, les observations directes ont été traitées grâce à l'analyse sémantique (transcription, analyse manuel sans logiciel). Elle est selon Jean-Claude ANDREANI et al, comme une analyse donc « *les unités de contenu sont des idées clés énoncés par les interviewés* »<sup>58</sup>. Pour parvenir au traitement de ces données, une transcription de tous les entretiens a été faite afin de faciliter le traitement et de respecter le principe de fidélité des informations des enquêtés. Une fois l'analyse faite, les verbatim ou les propos des enquêtés ont été classés selon les « *principes de l'analyse thématique* »<sup>59</sup>. Ces données ont été regroupées selon la compréhension de sens et en dégagant la signification à partir des règles d'opposition et de similitude. Cette technique a permis d'interpréter, à travers les discours des informations, les représentations sociales construites autour de la FO dans la ville de Maroua ainsi que les mécanismes développés pour la réinsertion des femmes atteintes des FO dans la région de l'Extrême-Nord.

## **IX. CADRE THÉORIQUE**

Dans le cadre de la méthodologie de recherche, plusieurs théories au cours de l'histoire ont été élaborées afin d'apporter des réponses aux questionnements multiples. La théorie renvoie à un ensemble de propositions logiquement articulées entre elles et visant à rendre compte d'une partie du réel. Les théories fournissent des explications causales, des interprétations, des prédictions.<sup>60</sup>

Les théories scientifiques portant sur la réalité empirique sont cohérentes, soumises à des épreuves de corroboration empirique et considérées comme révisables et provisoires. C'est dans ce cas que nous nous intéressons à la théorie des représentations sociales et la théorie de l'estime de soi afin de mieux saisir et expliquer les représentations sociales des femmes victimes de la FO.

---

<sup>58</sup> Jean-Claude ANDREANI et al, *Méthode d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : État de l'art en marketing*, Paris, Cedex 11, 2001, p. 07.

<sup>59</sup> Jean-Claude ANDREANI et al, *Méthode d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : État de l'art en marketing*, Paris, Cedex 11, 2001, p. 07.

<sup>60</sup> Yves ALPE et al, *Lexique de Sociologie*, Paris, Dalloz, 2013, p.378.

## 1. Théorie des Représentations sociales

La théorie des représentations sociales est une des théories majeures en psychologie sociale. Elle a été introduite par Serge MOSCOVICI dans ses travaux sur les représentations sociales de la psychanalyse en 1961. Ce concept de la psychologie sociale élaborée par Serge MOSCOVICI, les représentations sociales « *peuvent être comparées à des "théories" du pouvoir commun, des Sciences "populaires" qui se diffusent dans une société* »<sup>61</sup>. Ce sont les représentations construites dans le cadre des pratiques quotidiennes et partagées par l'ensemble d'un groupe social au-delà des particularités individuelles. À la suite de Serge MOSCOVICI, de nombreux auteurs ont utilisé ce concept à l'exemple de Denise JODELET, sur qui nos regards se posent pour notre travail.

Dans le cadre de cette recherche, la théorie des représentations sociales de Denise JODELET a permis de saisir, d'analyser et d'expliquer les représentations que la société a des femmes réparées ou victimes des FO. La société conçoit les FO comme une maladie de la honte, ce qui conduit au rejet, à l'isolement, à l'abandon des femmes vivantes et réparées des FO, l'on voit en elles des femmes « maudites ». Elles sont évitées et isolées par leur entourage, dans les concessions familiales elles sont isolées du reste de la famille, elles ont leur habitation à part, elles ne restent pas parmi les autres membres de la communauté, elles ont leurs matériels d'usage à part et elles n'ont pas le droit de faire la cuisine. Dans la société elles ne peuvent pas pratiquer des activités lucratives parce qu'elles sont vu comme « maudites », cette représentation survient avant, pendant et après qu'elles aient été réparées de la maladie.

Les représentations sociales peuvent être abordées à la fois comme le produit d'une activité d'appropriation de la réalité extérieure à la pensée et l'élaboration psychologique et sociale de la réalité. En effet, se présenter ou se représenter correspond à un acte de pensée par lequel un sujet se rapporte à un objet. Celui-ci peut aussi bien être une personne, une chose, un événement matériel, psychique ou social, un phénomène naturel, une idée, une théorie, etc. Il peut être aussi bien réel qu'imaginaire ou mythique, mais il est toujours requis, il n'y a pas de représentation sans objet. En outre, contenu concret de l'acte de pensée, elle porte la marque du sujet et de son activité. Ce dernier aspect renvoie au caractère constructif, créatif, autonome de la représentation qui comporte une part de reconstruction, d'interprétation de l'objet et d'expression du sujet. Ces caractéristiques générales du fait de perception rendent compte des focalisations de la recherche portant sur les représentations sociales. Les représentations

---

<sup>61</sup>Yves ALPE et al., *Lexique de Sociologie*, Paris, Dalloz, 2013, p.314.

sociales, en tant que systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales ; cela explique notre sujet dans ce sens que les femmes victimes des FO sont isolées et n'arrivent pas à dialoguer avec les autres membres, quand bien même il y a communication elle est restreinte tout ceci à cause de la représentation sociale qu'on leur attribue à leur maladie cela orientent et organisent leur communication avec le reste de la communauté.

## 2. Théorie de l'estime de soi

La théorie de l'estime de soi est un concept psychologique qui souffre d'une multitude de définitions, selon des approches théoriques et les auteurs. Pour William JAMES, l'estime de soi est la conscience de la valeur que l'on a de soi<sup>62</sup>. Du fait de ses dimensions évaluatives et affective, cette théorie se distingue de l'image de soi. Son caractère multidimensionnel sous-entend qu'il n'existe pas d'image généraliste de soi mais autant de sentiment spécifique de satisfaction de soi que de domaines dans lesquels le sujet se constitue une image de soi. Pour certains auteurs, le sentiment d'efficacité personnelle est soit l'une des deux composantes de l'estime de soi avec la valeur personnelle soit un effet de l'estime de soi.

Nous avons utilisé la théorie de l'estime de soi pour élaborer des croyances à propos de FO. Elle est une théorie selon laquelle nous déduisons certains traits des attitudes, de comportement et motivations de l'observation de notre propre personnalité.

L'estime de soi est une qualité, une arme dont dispose l'être humain pour ne pas reculer devant les obstacles ou les difficultés qu'ils rencontrent<sup>63</sup>. Cependant, la survenue d'une maladie grave peut provoquer ce sentiment positif que l'on a de soi. C'est qui conduit alors à la diminution de l'estime de soi qui peut être situationnelle ou chronique selon la perturbation plus ou moins longtemps.

L'être en souffrance, le déprimé et l'exclu est un individu qui éloigne et rebute, comme le malade mental, ou le stigmaté en général<sup>64</sup>. Cette baisse de l'estime de soi se remarque chez les personnes par la dépendance à l'égard des opinions d'autrui, le regard fuyant et le manque d'affirmation de soi.

Dans le cadre de cette recherche, cette théorie a permis de caractériser deux principes à savoir la perte de l'estime de soi et la perte de l'espoir des femmes victimes.

---

<sup>62</sup>William JAMES, *L'estime de soi : la perspective William James*. DIANE LAFOND Nanda, 2010, p.1.

<sup>63</sup>NANDA, *international et puls diagnostics infirmiers*, Masson, 2018.

<sup>64</sup>Erving GOFFMAN, *Identité, reconnaissance et ordre de l'interaction chez Erving Goffman*, Paris, 2018.

La perte de l'estime de soi du malade soutient l'idée selon laquelle un être malade est avant tout une expérience personnelle qui comporte des retentissements tant au niveau psychologique que social ou culturel pour celui qui en souffre. La maladie provoque une rupture de l'espace psychologique ; les centres d'intérêts ici se retrouvent réduits et la personne à tendance à se replier sur elle-même. La pathologie provoque aussi une rupture dans la continuité de perception de soi et dans le sentiment d'exister. Les femmes qui présentent une fistule ont le sentiment du rejet et d'être un facteur de déshonneur pour la famille et méritent de vivre comme des parias. La honte qu'elles éprouvent peut les conduire à développer un manque d'estime de soi et d'autres problèmes psychologiques. Ainsi, l'incontinence dont elles souffrent ces femmes victimes de FO est un problème complexe qui porte atteinte à l'estime de soi qui est la reconnaissance par une personne de sa propre valeur et de sa capacité à affronter les événements de la vie.

La perte de l'espoir qui est le second principe a pour conséquence courante la dépression de vivre dans un monde déchu. On estime aujourd'hui que des millions de femmes sont en proie à différents degrés de dépression et elles sont plus sujettes.

Les femmes en proie à la dépression manifestent souvent un nombre de symptômes alarmants, parfois même débilissants. Parmi les signes bien connus, on retrouve : l'insomnie ou trop de sommeil ; la perte d'appétit ; le manque d'intérêt aux activités lucratives ; un intérêt diminué pour les relations conjugales ; la perte de foi ; les pensées suicidaires.

En somme, la théorie de l'estime de soi nous a permis dans cette étude de comprendre comment la femme victime de FO est souvent prise par la honte, le désespoir et par la perte de l'estime de soi, la perte d'espoir bref la perte d'identité.

## **X. CADRE CONCEPTUEL**

La définition des concepts est un préalable indispensable à toute recherche qui se veut scientifique. Elle permet de ce fait au chercheur non seulement d'opérer une rupture épistémologique avec le sens commun, mais aussi d'isoler et de classer les catégories de faits ou de délimiter son champ d'observation. Cette construction vigilante de la réalité sociale dont l'objectif est d'éviter toute « *anarchie conceptuelle* », situe le chercheur et surtout toute personne qui s'intéresserait à la recherche selon Pierre BOURDIEU<sup>65</sup>.

---

<sup>65</sup> Pierre BOURDIEU, *Ce que parler veut dire : l'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982, p. 121.

De même, cette épistémologie est d'ailleurs fondamentale chez Émile DURKHEIM, il affirme à cet effet :

*Toute investigation scientifique porte sur un groupe déterminé de phénomènes qui répondent à une même définition. La première démarche du sociologue doit (...) être de définir les choses dont il traite afin que l'on sache de quoi il est question. C'est la première et la plus indispensable condition de toute vérification.<sup>66</sup>*

C'est pourquoi il nous ait recommandé de commencer par définir les termes que nous utilisons afin de s'écarter de toute ambiguïté.

Notre recherche porte sur les « **Représentations sociales des femmes victimes de la Fistule Obstétricale dans la région de l'Extrême-Nord /Cameroun : le cas de la ville de Maroua** ». Dans la perspective de la définition des concepts qui sous-tendent ce travail afin de mieux cerner les contours de notre sujet, nous tenons à clarifier la compréhension des différents concepts qui le constituent. En effet, notre recherche s'articule autour de trois concepts qui sont les représentations sociales, la fistule obstétricale et l'exclusion sociale.

### **1. Représentations sociales**

Cette notion fut élaborée et introduite par Serge MOSCOVICI, avec son étude sur la transformation d'une théorie scientifique (la psychanalyse) en représentation sociale.

D'origine latine, la représentation sociale revêt des connotations distinctes selon des contextes précis dans lesquels celle utilisée au sens courant.

C'est au sociologue français Émile DURKHEIM, que l'on doit l'invention du concept de représentation<sup>67</sup>. Il abandonne la notion de représentation collective pour s'intéresser aux représentations sociales, cet auteur tente de voir en quoi la production intellectuelle des groupes sociaux, joue un rôle crucial dans la pratique sociale. Il propose la notion de représentation collective pour expliquer divers problèmes d'ordre sociologique.

La représentation sociale est une des notions fondatrices de la psychologie sociale mais aussi de la sociologie désignant ainsi un ensemble de connaissances sociales, de pensée du sens commun, élaborée et partagée par les membres d'un même ensemble culturel et social.

---

<sup>66</sup>Émile DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Payot, 2009, p.34.

<sup>67</sup> Émile DURKHEIM, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, le livre de poche, 1991, p.57.

D'après Jean-Claude ABRIC, « *La représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe, restitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* »<sup>68</sup>.

Selon Denise JODELET,

*Les représentations sociales sont des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres qui, orientent et organisent les conduites les communications sociales. Les représentations sociales sont des phénomènes cognitifs engageant l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensée*<sup>69</sup>.

## **2. Fistule obstétricale**

Étymologiquement, la FO est une ulcération pathologique ou congénitale en forme de canal étroit qui met en connexion un organe interne avec une cavité, un autre organe ou la peau, et qui est entretenue par l'écoulement d'un liquide physiologique.

Pour l'OMS,

*Une fistule obstétricale est une perforation de la paroi du vagin qui le met en communication avec la vessie (fistule vésico-vaginale-FVV), ou le rectum (fistule recto-vaginale –FRV), ou encore avec les deux (fistule vésico-recto-vaginale- FVRV), à la suite d'un travail long et dystocique*<sup>70</sup>.

Selon l'UNFPA, la FO « *est une perforation entre le vagin et la vessie et/ou le rectum, due à un travail prolongé ou obstrué sans accès à un traitement médical rapide et de qualité* »<sup>71</sup>.

Le dictionnaire Encarta 2008 définit la FO comme une ulcération pathologique ou congénitale en forme de canal étroit, qui met en communication un organe interne avec une cavité, un autre organe ou la peau, qui est entretenu par l'écoulement d'un liquide physiologique.

D'après Pierre-Marie TEBEU<sup>72</sup>, la FO est l'existence d'une communication anormale entre l'appareil urinaire et / ou entre l'appareil génital et l'appareil digestif, survenant au cours de la grossesse, de l'avortement, de l'accouchement ou dans les six semaines qui suivent la fin de la grossesse, indépendamment l'issue.

<sup>68</sup>Jean-Claude ABRIC, *Pratiques sociales et représentations*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994, p. 57.

<sup>69</sup>Denise JODELET, *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 1991, p.67.

<sup>70</sup> OMS, « *Fistules obstétricales : le point* », Programme Santé Maternelle et Maternité sans Risques, Genève, 2004, p.2.

<sup>71</sup> UNFPA, *Fistule obstétricale*, [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org).

<sup>72</sup>Pierre-Marie TEBEU, *Op.cit*, 2016, p. 43.

### 3. Exclusion sociale

L'exclusion sociale est un : « *processus de mise à l'écart de la société d'un individu ou d'un groupe d'individus, dans des positions considérées comme inférieures* »<sup>73</sup>. Elle peut être analysée comme une rupture du lien social. L'exclusion se caractérise alors par le cumul de handicaps sociaux : pauvreté, échec scolaire, précarité de l'emploi, chômage, etc. et l'affaiblissement de l'efficacité des mécanismes de la protection sociale.

Dans une perspective interactionniste, Serge PAUGAM analyse le processus d'exclusion à travers le concept de « *disqualification sociale* »<sup>74</sup>. La disqualification sociale est une épreuve non pas seulement en raison de la faiblesse des revenus ou de l'absence de biens mais surtout en raison de la dégradation morale que représente dans l'existence humaine l'obligation de recourir à l'appui de ses semblables.

---

<sup>73</sup> Yves ALPE et al, *Lexique de sociologie*, Paris, Dalloz, 2013.

<sup>74</sup> Serge PAUGAM, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris Presses Universitaires de France, 1991.

## PLAN DE TRAVAIL

Le présent travail comporte deux parties avec pour chacune deux chapitres. La première partie met en évidence la présentation de la zone d'étude et facteurs de la FO à Maroua et a pour chapitre 1 la présentation de la zone d'étude et les facteurs de la FO à Maroua comme chapitre 2. La seconde partie quant à elle développe les représentations sociales, les conséquences ainsi que la prise en charge de la FO à Maroua avec pour chapitre 3 les différentes représentations sociales de la FO à Maroua. Le quatrième et dernier chapitre aborde les conséquences et la prise en charge de la FO à Maroua.

**PREMIÈRE PARTIE :**  
**PRÉSENTATION DU MILIEU D'ÉTUDE ET FACTEURS DE LA FISTULE**  
**OBSTÉTRICALE À MAROUA**

Cette partie comporte deux chapitres. Le premier intitulé la présentation de la zone d'étude permet de saisir les configurations sociologiques et anthropologiques du milieu d'étude. Le terrain en sciences sociales en général et en sociologie en particulier constitue le laboratoire pour le chercheur. Dans cette partie du travail, nous allons présenter les différents éléments qui ont trait avec l'aspect physique tel que le relief, les types de sols, la végétation. Ces éléments constituent d'une manière ou d'une autre le comportement des individus dans ce milieu. Il s'agira également de présenter l'aperçu historique de la ville de Maroua de la genèse à l'évolution de cette ville. Dans la même lancée, ce chapitre examine l'univers économique de Maroua et décrit également l'HRM considéré comme une structure régionale de réparation des FO. Le deuxième chapitre quant à lui traite des généralités sur les maladies de la honte et les facteurs de la FO à Maroua. Il s'agit ici de faire un aperçu global sur la maladie de la honte ainsi que sur sa construction sociale et ses atteintes psychosociale. Il sera également judicieux de définir la FO et d'énumérer les différents types des FO. Ce chapitre retrace aussi les facteurs des risques et les causes de la FO.

## CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DE LA ZONE D'ÉTUDE

Le premier chapitre permet de saisir les configurations sociologiques et anthropologiques du milieu d'étude. Le terrain en sciences sociales en général et en sociologie en particulier est d'une importance inestimable. Le terrain constitue le laboratoire par excellence pour le chercheur. En sociologie, en psychologie ou en anthropologie le terrain permet de confirmer ou infirmer les hypothèses et de confronter les théories aux réalités. Cette présentation donne l'occasion de rendre compte des différents éléments qui ont trait avec le présent travail et fait aussi la découverte de ce qui est caché ou de ce qui semble être un fait banal. La banalité dans la sociologie du quotidien porte en son sein son sens et puissance la réalité sociale selon Georges BALANDIER. Cette présentation se focalise sur l'aspect physique de la ville de Maroua. L'aspect physique tel que le climat, le relief, les sols, la végétation, etc., constitue des éléments qui façonnent d'une manière ou d'une autre le comportement des individus dans cette zone. Ainsi, la configuration humaine à travers les différents groupes permet de saisir les relations et interrelations sociales qui existent entre les individus. La ville de Maroua est un milieu cosmopolite pour la simple raison qu'on peut trouver plusieurs groupes ethniques et voire même les individus de différentes nationalités. Dans le même sillage, ce chapitre examine également l'univers économique de Maroua, et pour finir, il sera question de présenter la structure sanitaire qui s'occupe de la prise en charge des FO dans la ville de Maroua. Bref, il s'agit de faire un aperçu global de la ville de Maroua. Cet aperçu est caractérisé par la situation historique, physique, sociodémographique, socioéconomique, les principales religions et faire une présentation de l'HRM qui est le centre spécialisé dans la prise en charge de la FO à Maroua.

### **I. APERÇU HISTORIQUE DE LA VILLE DE MAROUA**

Cette partie retrace la genèse et l'évolution de la ville de Maroua jusqu'à l'heure actuelle.

## 1. Genèse de la ville de Maroua

La ville tire son nom de celui de la communauté Marwa (prononcé Marva en Guiziga), première commune installée sur la localité à l'arrivée des colons allemands. Après le départ des colons allemands, cette ville sera connue sous le nom de Maroua avec l'arrivée des colons français. Cette contrée était principalement habitée par les Guiziga. Ces derniers vont être soumis à la domination peule avec le vent de l'islamisation qui sera impulsée au début du XIXe siècle par Osman DAN FODIO, empereur du Sokoto dont la capitale Yola se situe dans le Nord de l'actuel Nigeria. Fuyant les assaillants, les Guiziga vont se réfugier dans le mont Mandara pour ensuite se rendre, croyant que les Peuls s'apprêtaient à soulever leur abri. Après cette prise, un Lamidat sera instauré pour servir de relais du pouvoir qui émanait de la capitale du royaume<sup>75</sup>.

## 2. Évolution de la ville de Maroua

Née de l'éclatement de l'ancienne province du Nord par le décret Présidentiel N° 83/ 392 du 22 août 1983, la ville de Maroua est le chef-lieu de la région de l'Extrême-Nord du Cameroun et du département du Diamaré. Elle est connue sous le nom de communauté urbaine de Maroua depuis 2008. Sa carte administrative présente au total six (6) Départements avec quarante-sept (47) Arrondissements et quarante-sept (47) communes dont neuf (9) pour le département du Diamaré.

Ville musulmane, Maroua s'organise à l'entour d'un paysage urbain assez curieux qui lui donne des apparences de gros village : en effet, les blocs traditionnels organisés autour des grandes familles locales sont formés d'une multitude de ruelles étroites et de saarés. La ville s'est développée autour du palais du Lamido, l'une des grandes attractions locales.

Dans la ville de Maroua, on y trouve tous les services nécessaires : petits commerces, stations-services, garages, hôtels, restaurants et compagnies de bus. Le commerce et l'artisanat constituent un essor considérable, renforcé par l'inauguration d'un aéroport régional de Salak Maroua.

Néanmoins, la ville de Maroua est l'une des rares villes à s'ouvrir sur deux pays voisins qui sont le Nigéria et le Tchad. Avec sa position cosmopolite, la région de l'Extrême-Nord constitue une véritable plaque tournante d'une intense activité commerciale et d'un important afflux de personnes. Depuis 2008, Maroua dispose, d'un Institut Supérieur du Sahel (ISS)

---

<sup>75</sup> Henri TOURNEUX, *L'école dans une petite ville africaine (Maroua, Cameroun)*, Paris, Karthala, 1994, p.9.

actuellement connu sous le nom de l'Institut Supérieur Polytechnique (ISP), d'une École Normale Supérieure (ENS) et d'une Université d'État. Celle-ci regorge en son sein cinq grandes facultés (Faculté des Arts Lettres et Sciences Humaines (FALSH), la Faculté des Sciences Juridiques et Politiques (FSJP), la Faculté des Sciences Économiques et de Gestion (FSEG), la Faculté des Sciences (FS), l'École Nationale d'Hôtellerie et de Tourisme (ENAHT).

## II. PRÉSENTATION PHYSIQUE DU MILIEU D'ÉTUDE

La présentation physique de la zone d'étude nous permet d'analyser les différents éléments de la nature qui font partie de notre terrain d'investigation. Il est également question de faire une description de paysage du milieu naturel caractérisant la ville Maroua.

### 1. Contexte administratif

La ville de Maroua est à la fois le chef-lieu de la région de l'Extrême-Nord et du département du Diamaré. Sa carte administrative présente au total six départements : le Logone et Chari, le Mayo- Danay, le Mayo-Kani, le Mayo-Sava, le Mayo-Tsanaga et le Diamaré<sup>76</sup>.

La région de l'Extrême-Nord compte également quarante-sept arrondissements et quarante-sept communes parmi lesquels nous avons : Bogo, Dargala, Gazawa, Meri, Ndoukoula, Petté, Maroua I, Maroua II, Maroua III, Bourha, Hina, Koza, Mogode, Mokolo, Mozogo, Souléde-roua, Datcheka, Gobo, Guémé, Guéré, Kai-Kai, Kalfou, Kar-Hay, Maga, Tchati-Bali, Wina, Yagoua, Kolofata, Mora, Tokombéré, Dziguilao, Guidiguiss, Kaélé, Mindif, Moulvoudaye, Moutourwa, Touloum, Blangoua, Darak, Fotokol, Goulfey, Hile-Alifa, Kousséri, Logone-Birni, Makary, Waza et Zina<sup>77</sup>.

La ville de Maroua est délimitée par les communes de Moutourwa et Ndoukoula à l'Ouest, par les communes de Petté et Bogo à l'Est, au Nord par Méri et Gazawa et au Sud par Dargala et Mindif.

Le département du Diamaré a une superficie de 4 666 km<sup>2</sup> dont la ville de Maroua occupe environ 54% de cette superficie avec 2 514 km<sup>2</sup> dont 660 km<sup>2</sup> pour la commune de Maroua 1<sup>er</sup>, 500 km<sup>2</sup> pour Maroua 2<sup>ème</sup> et 1 354 km<sup>2</sup> pour Maroua 3<sup>ème</sup><sup>78</sup>.

Le chef-lieu de la région de l'Extrême-Nord de par son relief, est selon la répartition agro écologique de la région (zone Delta et Chari, zone de yaérés, zone de Mont Mandara et zone de

<sup>76</sup> Christian SEIGNOBOS et Olivier LYÉBI-MANDJEK, *Atlas de la Province Extrême-Nord Cameroun*, Paris, Armand Colin, 2000, p.21.

<sup>77</sup> Idem.

<sup>78</sup> Institut National de la Statistique, « Annuaire statistique 2018 de la région de l'Extrême-Nord », 2018.

plaines) dans la catégorie de zone de plaines constituées des terres plates. Les aérosols y constituent les types de sols propices à la culture de coton, des céréales et des cultures maraichères, mais pauvres en matières organiques et en éléments nutritifs et aussi sujets d'innombrables érosions<sup>79</sup>.

S'agissant des chefferies traditionnelles, la région de l'Extrême-Nord comprend 18 chefferies traditionnelles de 1<sup>er</sup> degré, 160 chefferies de 2<sup>e</sup> degré et 1821 chefferies de 3<sup>e</sup> degré.

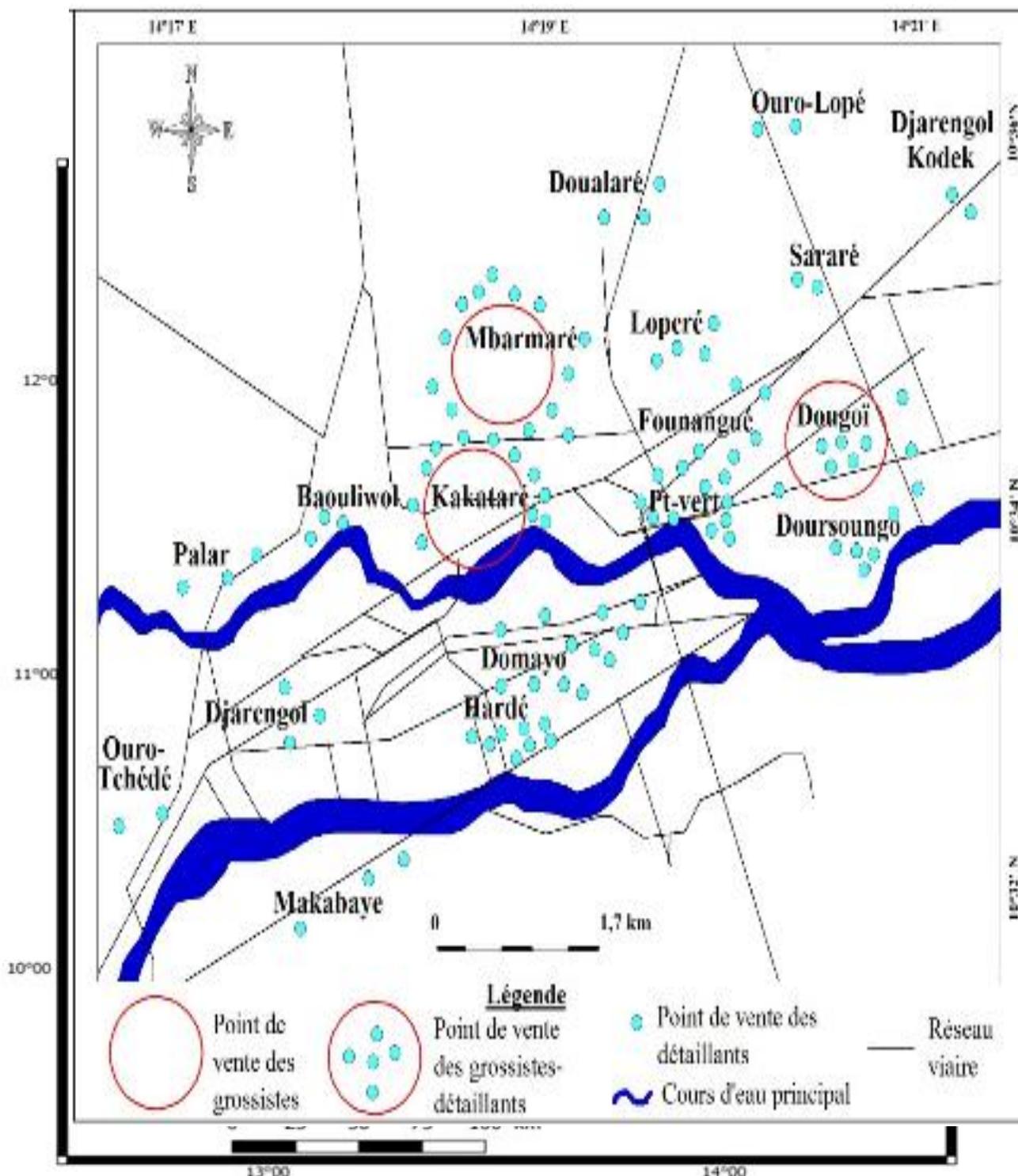
---

<sup>79</sup> MIDIMA, Rapport socio-économique de la Région de l'Extrême-Nord, 2019, p 103.

**Carte N° 1** : Région de l'Extrême-Nord

**SOURCE** : Base des données SOGEFI 2020

La carte N°1 ci-dessus présente en général la région de l'Extrême-Nord avec les six



départements.

**Carte N° 2** : Ville de Maroua

**SOURCE** : Base des données SOGEFI 2020.

La carte N°2 nous présente la ville de Maroua avec les différents quartiers.

## **2. Aspect géographique**

Cette partie permet de mettre en évidence les différents éléments qui constituent l'aspect géographiques de la ville de Maroua. Les éléments géographiques d'un milieu peuvent influencer d'une manière ou d'une autre sur les comportements des individus. C'est pour cette raison que nous avons jugé nécessaire d'insérer cette analyse qui porte sur les éléments géographiques. Les éléments géographiques définissent le comportement socioéconomique des habitants de la ville de Maroua.

### **A. Le climat**

Le climat dans la ville de Maroua se situe dans la bande orientée Nord Sud formée dans l'ensemble la région de l'Extrême-Nord sur la carte du Cameroun. Elle se positionne à la bordure du Sud du Sahel. Le nom de cette ville venant de l'arabe « *Sahil* », peut se traduire par rivage (du désert). Il s'agit, en effet d'une zone de transition entre les régions désertiques au Nord et celles où règne un climat soudanien de plus en plus humide vers le Sud<sup>80</sup>.

La zone d'étude s'inscrit dans un milieu climatique « soudano-sahélienne », caractérisée par une longue saison sèche huit mois environ et une courte saison de pluies d'environ quatre mois. Dans la région de l'Extrême-Nord, les précipitations annuelles varient entre 450 à 900 mm et sont réparties sur environ 75 jours pluvieux. Le total des précipitations augmente du Nord au Sud atteignant 900 mm dans la ville de Kaélé.

La région de l'Extrême-Nord fait partie des régions les plus chaudes du continent africain, après les déserts de la ceinture sahélienne. Les mois les plus frais sont décembre et janvier et sont aussi ceux dont l'amplitude diurne est la plus forte (16° à 17° moyenne), ceci jouant certainement un rôle important dans la mortalité infantile<sup>81</sup>. Ces dernières années, les précipitations se concentrent pratiquement sur 3 mois.

Durant toute l'année, les vents sont issus du déplacement de la zone de convergence intertropicale, qui sépare les masses d'air maritime humide (mousson) des masses d'air continental sec (harmattan). La mousson est propulsée vers le Nord par l'alizée austral, atteignant la latitude de Maroua au mois de mai. Pendant toute la période sèche où dominent

---

<sup>80</sup>Guy PONDIE, *Les Guiziga du Cameroun*, Paris, ORSTOM, 1970, p. 9.

<sup>81</sup> Idem.

les hautes pressions continentales, L'Harmattan, qui vient du Nord, souffle avec violence, soulevant des nuages de poussière. Pendant cette période, l'hydrométrie est très basse et l'évaporation très intense<sup>82</sup>.

## **B. La végétation**

La végétation dans la ville de Maroua est caractérisée par plusieurs acteurs du développement au fur et à mesure qu'on remonte le temps. Deux grands moments peuvent être retenus dans la pratique du reverdissement à Maroua. Que ce soit l'administration allemande ou alors française, la plantation des arbres dans les villes sahéliennes du triangle national a toujours guidé leur politique environnementale. La ville de Maroua se caractérise par la plaine du Diamaré. La nature de la végétation rencontrée dans les grands ensembles de la région se trouve aussi dans les sites de Maroua. La végétation dans les zones périurbaines de Maroua se renseigne sur le type de couverture végétale qui a existé dans ce site il y a plusieurs siècles.

Cette végétation contient des arbres qui subissent chaque année les effets des feux de brousse. Elle est de manière progressive remplacée par la steppe à cause de la destruction des arbres. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait que l'activité culinaire dans cette partie du pays comme dans bien d'autres régions se fait à base de bois de chauffe. En effet, les arbres sont coupés, séchés, puis vendus pour les activités culinaires tant pour les familles que celles à but commerciales telles que la vente du « *bilbil* » que pour la vente des produits cuits au feu (maïs, arachide...). Le ramassage du bois préalablement coupé par les femmes est fait par les enfants. Généralement, pour les enfants qui vont à l'école, le week-end et les vacances sont l'occasion d'aider les parents dans la commercialisation. L'enfant occupe une place capitale dans le processus de commercialisation du bois dans la ville de Maroua<sup>83</sup>.

## **C. Les reliefs**

La ville de Maroua est située à 10,8° de l'altitude Nord et de 14,4° de longitude Est. Elle est limitée par le (Hosséré Inselberg), au Sud par le (Hosséré Makabayé), au Nord par le (Hosséré Maroua), puis à l'Est par les Monts Mandara. Le relief à Maroua est essentiellement constitué des plaines<sup>84</sup>.

---

<sup>82</sup> Guy PONDIE, *Les Guiziga du Cameroun*, Paris, ORSTOM, 1970, p. 9.

<sup>83</sup> Christian SEIGNOBOS et Olivier LYÉBI-MANDJEK, *Op.cit.*, 2000, p.21.

<sup>84</sup> Guy PONDIE, *Op.cit.*, 1970, p. 19.

#### D. Les sols

Les sols sont le support de toutes les activités humaines observables à la surface de la terre. C'est le lieu où l'homme est destiné à vivre grâce à ses activités diverses notamment l'agriculture, la chasse, la cueillette, la pêche, la pâture, le commerce et d'autres qui ne sont pas directement liées à la terre telles que l'administration, la technique et les politiques. La terre est considérée comme un patrimoine culturel, symbole d'héritage de génération en générations. Une famille qui n'a pas hérité une terre de ses parents est considérée comme non existante, étrangère et sans arrières parents. Selon la tradition, il n'y a pas d'appropriation privée de la terre et les ressources qui en dérivent. Les terres sont des biens communs gérées par l'autorité traditionnelle qui est le "Lamido" dans la partie septentrionale du Cameroun. Il s'occupe de la distribution des terres par des allocations pour usage par l'intermédiaire des "Djaouro" (chefs de quartier). La propriété privée est ignorée dans la gestion des terres par le droit coutumier traditionnel. Les populations villageoises ou ses sujets n'ont qu'un droit d'usage sur les terres et les ressources qui originellement n'appartiennent à personne et sont gérées par les chefs traditionnels. Par conséquent, personne ne peut oser prétendre à un titre de propriété privée sur un bien qui ne lui appartient pas.

La terre est aussi vue comme un atelier avec tous les matériels nécessaires de production, l'homme doit seulement les exploiter, et celle-ci renferme tout pour la survie de l'homme, du bétail et autres existences non visibles. Elle n'appartient à personne, mais à la génération passée, actuelle et à des milliers non encore nées. Ainsi conçu, des vastes étendues de terres et des ressources abondantes aux limites peu précises et potentialités peu précises et non évaluées étaient toujours disponibles, la gestion de l'espace et le renouvellement des ressources se faisaient de façon naturelle et spontanée par simple déplacement des troupeaux des zones déjà dégradées en ressources fourragères vers celles encore abondantes, ou des champs agricoles épuisés vers des nouveaux espaces ou ceux qui étaient en jachère. L'homme est donc condamné à vivre en liaison étroite avec la terre et son environnement. Un équilibre doit être établi entre les besoins des populations et les ressources offertes par le milieu naturel telles que: le sol, les forêts, les mers, les océans, l'eau potable, l'air, les pierres précieuses (le pétrole, l'or, le minerai, l'argent, le bronze, le natron, le diamant), le bétail (domestique et faune) et plusieurs autres éléments microscopiques nécessaires dans la médecine<sup>85</sup>.

---

<sup>85</sup>Lucien TIMBERLAKE, *Terres et Vivre : Ouvrage de conciliation sur la protection et la production des ressources naturelles*, Cadre de convention de Lomé pour les États d'Afrique des Caraïbes et des Pacifiques ACP.UE, 1989.

### III. SITUATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Il est question de présenter la situation sociodémographique de la ville de Maroua. La présentation démographique s'axe sur la présence humaine en termes d'effectif, d'activité spatiale qui participe de l'occupation de l'espace par les acteurs sociaux qui habitent dans le système urbain de la ville et sans oublier les différents groupes ethniques.

#### 1. Population

La ville de Maroua compte 201 371 habitants et une superficie de 4 666 km<sup>2</sup>, Maroua était à l'origine la ville des Guiziga. Elle a été envahie par les troupes Osman DAN FODIO, de Kano à l'occasion de la croisade pour l'expansion de l'islam. À prédominance peul et musulmane, le chef-lieu de la région de l'Extrême-Nord connaît l'arrivée des nouvelles populations qui s'installent dans les quartiers comme Zokok situé au Nord de la ville où se concentrent les peuls et d'autres musulmans. Le quartier Domayo abritant à l'origine les Peuls ont connu par la suite l'arrivée des ethnies venues du Sud du pays à majorité chrétienne. À ces quartiers populaires, s'ajoutent les quartiers tels que : Hardeo, Kodek, Djarengol, Pallar au Sud-Ouest peuplé par les ressortissants du Nord et quelques tchadiens. Fort de son caractère de ville cosmopolite, Maroua regorge également des ressortissants de nations étrangères telles que la République Centrafricaine (RCA), le Tchad, le Niger, le Nigeria, la Chine, la France.

Cependant, la population de Maroua étant majoritairement musulmane peul, cette ville est marquée par ce qu'on appelle le « *Poulakou* » qui est le respect de la pudeur dans la façon d'agir et de parler. Il est important de souligner que cette pratique qui régit et arrange les unions dans la plupart des cas. Il est à noter que la polygamie est un régime matrimonial très répandue dans la zone et le remariage est autorisé même du point de vue religieux. L'on note aussi un fort taux de mariages précoces et de sous scolarisation. Envoyées tôt en mariage les filles sont exposées aux risques de maternité précoce conduisant à d'énormes dégâts du point de vue sociale, physique et psychologique. La physionomie de la ville est marquée par de nombreuses mosquées<sup>86</sup>. Les populations venues des campagnes environnantes à la recherche d'un hypothétique travail a renfloué la ville depuis la fin des années 70 d'une population désœuvrée composée essentiellement de jeunes. Cet exode « forcé » vers la ville, exprime une des conditions de vie en milieu rural telle que les générations précédentes l'ont supportée.

---

<sup>86</sup><https://fr.m.wikipedia.org>. Consulté le 15 octobre 2022, 18h 05mn.

**Tableau N°2 : Répartition de la population**

<b>Ville de Maroua</b>	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Total</b>
Total	101556	99815	201 371

**Source :** BUCREP, 2022, Rapport de présentation des résultats définitifs du recensement Démographique de 2015.

Le tableau ci-dessus fait ressortir le nombre des habitants de la ville de Maroua. Nous avons 99815 femmes et 101556 hommes soit un total de 201 371.

## **2. Généralité sur les groupes ethniques**

La population de la région de l'Extrême-Nord est segmentée en plusieurs groupes ethniques d'inégale importance en termes de poids démographiques. Ces ethnies sont entre autres les Peuls, les Guiziga, les Mofu, les Meri, les Moundang, les Toupouri, les Massa, les Mousgoune, les Mafa, les Kapsiki, les Mandara, les kotoko, les arabes choa, les Kanouri, les étrangers et autres. Les peuples sont organisés en chefferies appelées dans cette région les Lamidats, qui a à leur tête un Lamido et le système politique qui est le lamidalisme<sup>87</sup>.

Le lamidalisme est un système socio-idéologique et politique de nature importé puisque bâti sur un fond islamique combinant un autre élément de culture importée : le mode de production capitaliste<sup>88</sup>. Dans le système Lamidal l'instance super structurelle est dominée par l'idéologie religieuse islamique<sup>89</sup>. Dans cette partie du triangle national, la religion musulmane n'est plus pratiquée uniquement par les peuls. L'on retrouve de nombreux groupes ethniques cités plus haut qui se sont islamisés. Il est cependant difficile de faire un état des lieux précis des groupes ethniques qui se sont convertis à la religion musulmane. Il se dégage du recensement démographique de 2015 que la migration concernait un tiers de la population de la région.

Nous pouvons affirmer que les hommes sont plus nombreux que les femmes dans la contrée de Maroua. Cependant, on peut regrouper en trois catégories l'ensemble des mouvements migratoires : les déplacements inter-états (au Sud) ; les mouvements entre le Nord et les autres régions, et enfin les déplacements des populations à l'intérieur de la région (surtout l'exode rural). La population de la ville de Maroua est en pleine phase de croissance. Par

<sup>87</sup> Institut National de la Statistique, « Enquête complémentaire à la quatrième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (EC-ECAM 4) », Monographie de la région de l'Extrême-Nord, 2020.

<sup>88</sup> Akam MOTAZE, 1990, *Le défi paysan dans le nord Cameroun*, L'Harmattan, p.41.

<sup>89</sup> Idem, p. 45.

manque de données précis il est difficile de déterminer la proportion des immigrants par rapport à l'ensemble de la population.

**Tableau N°3** : Répartition spatiale des différents groupes ethniques de la Région de l'Extrême-Nord

<b>DEPARTEMENT</b>	<b>GROUPES ETHNIQUES</b>
<b>DIAMARE</b>	Guiziga, Peul, Mofou, Méri
<b>MAYO-TSANAGA</b>	Mafa, Kapsiki,
<b>MAYA SAVA</b>	Mandara,
<b>MAYO DANAY</b>	Toupouri, Massa, Mousgoune
<b>MAYO KANI</b>	Moundang
<b>LOGONE ET CHARI</b>	Kotoko, Arabe Choa, Kanouri

**Source** : Institut National de la Statistique, « Enquête complémentaire à la quatrième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (EC-ECAM 4) »,2020.

Le tableau ci-haut présente la concentration des groupes ethniques dans la région de l'Extrême-Nord. Dans le département du Diamaré, on constate la présence des Guiziga, des Mofou, des Meri et des Peuls. Nous avons dans le département de Mayo-Tsanaga les Mafa et les Kapsiki. Au niveau du département de Mayo-Sava les Mandara sont présent. Les Toupouri, les Mousgoune et les Massa sont dans le département de Mayo-Danay. Dans le département de Mayo Kani, les groupes ethniques tels que les Moundang y habite. Et enfin, dans le département de Logone et Chari nous avons les Kotoko, les Arabe Choa et les Kanouri.

#### **IV. PRINCIPALES RELIGIONS PRATIQUÉE**

Dans la ville de Maroua, deux religions sont essentiellement fréquentes.

##### **1. Islam**

L'islam serait la religion dominant dans la ville de Maroua par rapport à d'autres religions, il existe un nombre très élevé des musulmans par rapport aux chrétiens ainsi que les autres adeptes des religions.

La ville de Maroua présente massivement les musulmans par ce qu'elle puise ses explications dans l'histoire, puisque la religion musulmane s'est implantée dans le grand Nord/Cameroun avant toutes les autres civilisations religieuses étrangères au Cameroun. L'œuvre de Osman DAN FODIO<sup>90</sup> ; continue à laisser les traces qui sont restées aujourd'hui indélébiles. Le phénomène d'islamisation est encore un autre aspect qui continue à augmenter le nombre des musulmans, la reconversion de certains à la religion musulmane est un phénomène courant aujourd'hui puisque ceux-ci évitent parfois d'être traité ou appelé « *kaado* »<sup>91</sup> ; malgré la signification originale ou épistémologique du mot, cette désignation reste pour certains une appellation négative.

Au Cameroun, bien qu'il existe aussi souvent la religion dite animiste, l'on distingue dans la plupart des villes deux types de religions reconnues. Il s'agit bien évidemment de l'islam et du christianisme. Cependant, il faut préciser que l'islam dans la ville de Maroua est une religion qui a été imposé comme nous l'avons souligné plus haut par Osman DAN FODIO et Adama MODIBO.

En fait la majorité de nos enquêtées sont des musulmanes (neuf sur 15). Cette catégorisation des individus a permis de découvrir la grande partie des femmes fistuleuses qui sont des musulmanes. Loin de faire une idée ou conception péjorative.

## 2. Christianisme

C'est une religion présente dans la région de l'Extrême-Nord en général et à Maroua en particulier, les églises protestantes et catholiques sont majoritaires malgré la prédominance de la religion musulmane, le christianisme n'est pas à négliger. Les chrétiens occupent une place importante dans l'effectif de la population de la ville de Maroua. Avec l'avènement des nouvelles églises qui ont envahi le monde, certains groupes ethniques se distinguent par leur appartenance à la même Église. De nos jours, les nouvelles formes des Églises dans la contrée de Maroua sont nombreuses et qui peuvent être un objet d'étude à part entière.

Il faut noter que le christianisme est la deuxième religion la plus pratiquée à Maroua par un nombre élevé des personnes. Cette religion occupe une place cruciale en termes des adeptes après l'islam. Nous constatons une mutation des Églises qui a donné naissance à d'autres Églises mais qui sont toujours dans le même bloc chrétien. Cette mutation se traduit par l'émergence des nouvelles Églises. Les nouvelles Églises sont présentes partout au Cameroun

---

<sup>90</sup> Christian SEIGNOBOS et Olivier LYÉBI-MANDJEK, *Op.cit.*, 2000, p.54.

<sup>91</sup> Appellation désignant communément une personne autre que le musulman à Maroua.

mais notre analyse se focalisera à celles de la zone de Maroua. Ces nouvelles Églises sont connues sous le nom des Églises réveillées communément appelés.

## V. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

La ville Maroua se caractérise par la diversité de ses activités urbaines : agriculteurs, éleveurs, commerçants et artisans y côtoient à longueur de journée. Cette ville est le premier client de ses localités. Concernant les activités économiques, elle se présente comme le centre d'une étoile par laquelle la communication entre les branches passe nécessairement. La ville de Maroua se présente comme le point d'intersection par lequel leurs produits transitent, où une partie importante est consommée, et d'où des commerçants rachètent et revendent parfois jusqu'à Yaoundé, Douala, Bafoussam, Garoua, N'Gaoundéré ou dans les pays voisins tel que le Tchad, le Nigéria et la RCA. Leurs importations manufacturées de produits passent pour la plus part du temps par Maroua<sup>92</sup>.

### 1. Agriculture et élevage

L'agriculture dans cette zone est exercée à la fois par les hommes, les femmes, et les jeunes, l'économie dans la ville de Maroua repose sur les activités de production de matières premières ou de matières de transformations (le coton).

On compte aujourd'hui une importante main d'œuvre active qui s'adonne à l'agriculture et aux activités du secteur primaire qu'elles soient rentière de la terre, locataire ou qu'elle pratique le faire-valoir direct. Une partie de l'alimentation de la ville est produite sur place, en particulier sur le vertisols situé entre Maroua et Mindif. Depuis les années 1950, 50,7% la population active de Maroua se converge à l'agriculture. Cette dernière produisait du mil à Palar, Missingléo, Makabaye et Douggoi ; de l'arachide et du coton à Djarengol.

Aussi, l'immigration a contribué d'une manière significative à créer des débouchés pour les cultures maraichères et fruitières. Aux environs de Maroua, les nappes phréatiques des lits majeurs des cours d'eau sont exploitées pour produire hors saison des légumes exotiques tels que la salade verte, tomates, concombres, poivrons, haricots verts. Les abords des Mayo se sont aussi prêtés au développement de la culture de l'oignon d'où la naissance d'un petit commerce qui approvisionnent le Sud du triangle national ou même international (Tchad).

---

<sup>92</sup> Institut National de la Statistique, « Enquête complémentaire à la quatrième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (EC-ECAM 4) », Monographie de la région de l'Extrême-Nord, 2020.

Cette ville de Maroua regorge des agriculteurs vendant des produits issus de leurs champs. La production agricole se fait pendant les saisons de pluie, entre juin et septembre, sauf pour quelques terrains irrigués dans les bas-fonds. L'agriculture est tournée essentiellement vers la satisfaction des besoins personnels de ceux qui la pratiquent et dans une certaine mesure, à l'exemple de ceux qui font dans le maraîchage, pour les marchés locaux. Elles se pratiquent dans les environs immédiats de la ville et souvent à l'intérieur des concessions. Le paysage des quartiers périphériques est ainsi constitué d'une étroite imbrication entre les constructions et les champs vivriers.

L'agriculture dans cette localité est de type traditionnel pratiquée à l'aide de la houe ou à la charrue tirée par les bovins mais très rarement assistée d'un tracteur. La main d'œuvre agricole est principalement familiale, elle est constituée de la mère et des enfants dans la plupart des cas. L'enfant devient alors acteur des activités à but lucratif ou non de ses parents. Les principales cultures sont : le maïs, le mil, l'arachide, le coton et les cultures maraîchères. Les jardins de cases présentent une très grande diversité. On trouve à la fois des cultures maraîchères mais également des arbres fruitiers tels que des manguiers, des goyaviers et des papayers. C'est ainsi que les groupes ethniques comme les Peuls et les Mofou se livrent à la culture du maïs et du mil. Quant à la culture des patates et des pommes de terre, elle est fréquente dans les zones de peuplement occupées par les Mafa et les Kapsiki. Sur les berges de certains cours d'eau, se pratiquent la culture des produits maraîchers comme le riz, les choux, les tomates, les carottes, etc.

Il faut également mettre en exergue que plusieurs institutions agricoles et sociétés sont présentes dans la ville de Maroua, on peut citer entre autres le Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural (MINADER), l'Institut de Recherche Agricole pour le Développement (IRAD), la Société du Développement de Coton (SODECOTON), la Société Alimentaire du Cameroun (SOACAM). Ces institutions collaborant avec un Projet National de Vulgarisation Agricole (PNVRA) efficace ont permis une augmentation considérable de la production<sup>93</sup>. Les organisations rurales se sont développées fortement, surtout dans le département du Diamaré. Elles sont responsables avec d'autres structures privées, de l'encadrement du paysan et de la livraison de semences améliorées, de pesticides et d'engrais. La SODECOTON y est très prospère. Ce secteur est aussi fortement marqué par les activités d'éleveurs pratiquant le plus souvent l'élevage traditionnel.

---

<sup>93</sup> Ministère de l'économie et de l'aménagement du territoire, « Schéma Directeur Régional d'Aménagement et de Développement Durable du Territoire ».

Dans la localité de Maroua, l'élevage a beaucoup perdu sa valeur à cause de la guerre qui a livré l'administration. Bœufs ont été remplacés par les petits moutons et chèvres, que de nombreuses familles musulmanes de la ville élèvent de façon intensive. On engraisse des moutons, surtout avec du fourrage vendu en début de saison sèche par les migrants saisonniers originaires des Monts Mandara. Les tourteaux de coton produits par l'huilerie de la SODECOTON sont de plus en plus utilisés.

## **2. Commerce et artisanat**

Ce domaine renferme un ensemble d'activités économiques qui concourent à la transformation des matières premières en biens de consommation et de production. Toutes sont traduites par la présence des boutiques de grandes surfaces au centre-ville. Le marché central est le siège des grands magasins tenus entre autre par des autochtones. À Maroua, la proportion des enfants qui s'occupent des boutiques familiales reste remarquable. Cette activité économique arrache particulièrement beaucoup d'enfants de l'école et pourrait être l'une des raisons explicatives de la déperdition scolaire dans la ville. Le secteur informel est le plus développé, il absorbe en majorité des jeunes sans activité rémunératrice. Le répertoire des artisans de la ville a permis de mettre sur pied trois domaines dont l'artisanat de production, l'artisanat de service et l'artisanat d'art. Le commerce et l'artisanat sont pratiqués autour du petit et du grand marché et étaient exercé par les Guiziga et les Peuls autochtones. Aux côtés de ces acteurs existent également des Petits et Moyennes Entreprises (PME). Les artisans et les PME sont encadrés par l'association des opérateurs du secteur informel pour la lutte contre la pauvreté<sup>94</sup>. En outre, ils bénéficient des appuis du Programme Intégré d'Appui aux Acteurs du Secteur Informel (PIAASI) et du crédit du sahel qui forme, accordent des crédits et accompagnent des promoteurs d'entreprises à l'ouverture et à la gestion de leurs structures. Étant considéré comme une ville de transit, elle est également un important carrefour commercial tant pour les villes environnantes que pour les pays environnants tels que le Tchad et le Nigéria.

Aujourd'hui, le secteur informel occupe une place cruciale dans cette ville. Le commerce est constitué essentiellement de très petits commerces de détail, ne se heurte qu'à une très faible concurrence d'autres activités comme les services spécialisés, avides aussi de positions favorables dans l'espace urbain. Et même si l'analyse de tous les noyaux centraux met de plus

---

<sup>94</sup> Christian SEIGNOBOS et Olivier LYÉBI-MANDJEK, Op.cit., 2000, p. 36.

en plus en valeur les complexités des structures, elle souligne même le rôle essentiel du petit commerce de détail.

Par ailleurs, face à l'exode rural, l'accroissement de la population à revenus modestes occasionne la prolifération de petit métier. Il suffit pour se convaincre davantage, de constater qu'on assiste dans le paysage de Maroua depuis une dizaine d'années à une floraison de porteurs d'eau, des vendeurs de carburant sur les trottoirs, des menuisiers, des réparateurs, des vendeuses d'arachides et de maïs grillés ou bouillis, etc. Certaines activités sont localisées en plein centre urbain, alors que celles qui sont flottantes n'ont cessé de progresser au point de concurrencer sérieusement les premières, voire traditionnelles. Cette situation nouvelle qui entraîne des changements dans les paysages, dans les mœurs, dans les activités ne se fait pas sans perturbation. Ces activités sont pour la plupart informelles mettent en contact une multitude d'acteurs aux objectifs souvent complémentaires.

La société camerounaise devient de plus en plus urbaine, et une réflexion de fond sur les problèmes nouveaux que cette situation entraîne mérite d'être menée sans complaisance ni démagogie<sup>95</sup>. Fils d'éleveurs comme d'agriculteurs, ces jeunes quittent leurs villages pour chercher fortune en ville. Il n'est pas rare que des enfants de riches éleveurs s'en vont en ville pour devenir chômeurs. La conjonction entre un chômage urbain de plus en plus important, et la disparition des normes jusque-là en vigueur au niveau de l'organisation de l'espace urbain a entraîné une explosion du secteur commercial en général et du secteur informel en particulier. Ce dernier est devenu aujourd'hui le vrai catalyseur de la décentralisation de différentes activités que l'on rencontre sur le terrain. Cette fièvre commerciale n'est que l'apanage des autochtones de la ville.

Cette société est de nos jours dégarnie et caractérisée par une architecture et un aménagement paysagés de moindre qualité, dénué de toute esthétique. L'organisation et la structuration des activités actuelles sont très peu structurées, aussi bien dans leur localisation dans l'espace urbain que dans le fonctionnement, en particulier les activités informelles (petits métiers, petit commerce, alimentaire...). L'augmentation considérable du taux d'activité actuel : elle est possible par une bonne structuration de l'existant, un encadrement approprié des activités de ce secteur et un choix judicieux des espaces affectés (localisation). La création de nouvelles activités génératrices d'emplois et de revenus passera par le développement du secteur industriel ainsi que le développement et l'entretien des axes routiers. À Maroua l'on a

---

<sup>95</sup> Jean-Pierre NDAME, « Commerce informel et structuration de l'espace urbain à N'Gaoundéré (Cameroun) », in *les Annales de la FALSH, Université de N'Gaoundéré, Vol IV*, p. 220.

quelques grandes entreprises comme, la SODECOTON et la SOACAM, etc. Ainsi, il est sans doute que le développement économique attirera davantage de monde dans la ville, en transit ou en vue de s'y établir. En conséquence il faut créer les industries dans la ville pour mieux satisfaire et employer la population.

Maroua a un statut de ville privilégiée et constitue la plaque tournante d'une intense activité commerciale et d'un important afflux de personnes. En effet, nous devons préciser que l'activité commerciale dans la ville est beaucoup plus l'apanage des peuples, notamment des celles venus des régions du Nord et même du Sud à la recherche du travail. C'est cette situation socioéconomique qui pousse Kengne FODOUOP, a analysé le problème de la prolifération des métiers précaires dans les centres urbains<sup>96</sup>. Pour tout dire, les métiers de la rue sont initiés par les populations migrantes à l'effet de se trouver de quoi vivre dans leur nouvel environnement. Dans ce cadre, on y retrouve les tchadiens, les nigériens qui font généralement dans l'offre de service à proximité (commerce ambulancier, savetier, tenue des restaurants, etc.). Cette réalité migrante renvoie à ce que le sociologue Jean-Marc ELA, entend en termes de « *débrouillardise* » dans sa sociologie du « *monde d'en bas* »<sup>97</sup>.

Outre ces activités traditionnelles, il faut noter une forte concentration de personnels du secteur privé et d'étudiants et aussi des cadres administratifs et sanitaires.

## VI. CONTEXTE SANITAIRE

Dans cette partie, nous focalisons notre analyse sur la structure de santé de l'Hôpital Régional de Maroua (HRM) à savoir son organisation et ses différents services. Avoir sélectionné cette structure n'est pas un fait fortuit car elle cadre avec notre recherche dans le sens où cet hôpital est considéré comme la seule structure à l'Extrême-Nord du Cameroun qui s'occupe de la réparation de la FO. Pour rendre intelligible cette partie, nous allons présenter l'HRM, les différents services qu'elle renferme afin de les analyser et montrer leur rôle dans le traitement et la prise en charge de la FO.

---

<sup>96</sup>Kengne FODOUOP, *Les petits métiers de la rue et l'emploi. Le cas de Yaoundé*, Yaoundé, SOPECAM, 1990, p.64.

<sup>97</sup> Jean-Marc ELA, *Innovations sociales et renaissance de l'Afrique noire. Les défis du « monde d'en bas »*, Paris, Karthala, 1998, p.88.



**Source :** Enquête de terrain 2022.

L'HRM est une structure sanitaire publique de référence du troisième échelon qui est l'héritage colonial allemand, créée en 1933. Mais sa construction ne s'est pas achevée à cause de la Seconde Guerre Mondiale (SGM). À l'origine, l'HRM était un simple centre de santé dénommé « Dispensaire de Maroua » sa dénomination et sa constitution a évolué au cours du temps. À partir des années 1945 sous la tutelle française, on avait la région du Diamaré qui comprenait entre autres Yagoua, Kaélé et Maroua, on parlait de « l'hôpital de Maroua », à l'indépendance quand le Diamaré est devenu un département, on parlait de « l'hôpital départemental de Maroua ». À partir de 1984, on parle de « l'hôpital provincial de Maroua » avec la création de la province de l'Extrême- Nord et enfin avec le décret no 2008/376 du 12 novembre 2008 portant transformation des provinces en région, on parle de « l'hôpital régional de Maroua ».

## **2. Différentes prestations de services**

L'HRM est constitué en départements, services et unités.

### **❖ Le département de médecine comprenant :**

- Service de médecine interne ;
- Service d'endocrinologie ;
- Service de cardiologie ;
- Service de néphrologie ;
- Centre de Traitement Agréé du VIH/SIDA (CTA) ;
- Centre de dépistage et de Traitement de la Tuberculose (CDTT) ;
- Grands standings ;
- Unité de santé mentale ;
- Centre d'addictologie ;

### **❖ Le département de chirurgie spécialités apparentées :**

- Service de chirurgie ;
- Service d'ophtalmologie ;
- Service d'odontostomatologie ;
- Service d'Anesthésie et Réanimation avec deux unités (Unité d'anesthésie et Unité de réanimation) ;
- Service du bloc opératoire ;
- Unité de Kinésithérapie et Rééducation Fonctionnelle ;
- Salle des pansements centralisés

### **❖ Le département d'appui au diagnostic et au traitement :**

- Centre Régional d'Imagerie Médical ;
- Service de la pharmacie et du médicament ;
- Service des laboratoires ;
- Centre de transfusion sanguine ;

### **❖ Le service de pédiatrie et de néonatalogie avec quatre unités :**

- Unité de pédiatrie générale ;
- Unité de néonatalogie ;
- Centre Nutritionnel de Traitement Intensif(CNTI) ;

- Unité kangourou

❖ **Le service des urgences et consultations externes comprenant :**

- Unité des urgences ;
- Unité de consultations externes ;
- Morgue ;

❖ **Le service de gynécologie-obstétrique avec deux unités :**

- Unité d'obstétrique et salle d'accouchement ;
- Unité d'hospitalisation
- Unité de Santé Publique (USP)
- Unité de maintenance génie civil
- Unité de maintenance biomédicale
- Unité de stérilisation
- Unité d'hygiène, assainissement et buanderie

S'agissant de l'administration, on note une direction de l'HRM qui est constituée en départements et services : une administration générale, une direction, un secrétariat, un conseil médical, une surveillance générale, un économiste, le service de régie des recettes, le service de comptabilité, un bureau des statistiques, un archivage, et le bureau du personnel. Elle est chargée de veiller au bon fonctionnement de l'hôpital, d'adopter le budget et les programmes d'action, les rapports d'activités de l'hôpital et prendre des résolutions visant à améliorer les prestations de service de l'hôpital. Elle doit également diriger et administrer les différents services de l'hôpital, garantir leur bon fonctionnement, représenter l'hôpital dans ses relations avec le monde extérieur, gérer le personnel et assurer le service général de l'hôpital. À la direction se trouve un directeur, qui est administrateur principal de la santé publique.

Par ailleurs, l'HRM a une unité de gynécologie ce qui concerne notre étude. Cette unité est constituée de la maternité, la Consultation Périnatale (CPN), le Planning Familial (PF), les salles d'hospitalisation gynécologiques. Notons que c'est dans ce service que l'on rencontre les femmes enceintes venues pour les consultations prénatales, celles qui ont accouché ou celles qui attendent leur sortie après l'accouchement. C'est aussi ici que les problèmes liés à l'hygiène intime des femmes sont résolus grâce à l'expertise de gynécologues. Ce service s'occupe de la prise en charge des malades atteints de maladies gynécologiques. Il fait des interventions chirurgicales d'ordre gynécologique et vaccine les nouveau-nés. La gynécologie obstétrique consulte et prescrit des médicaments et hospitalise les femmes enceintes ou les malades,

effectue les accouchements, dirige le service. Cette structure s'occupe des opérations des femmes fistuleuses.

Il gère également le personnel et assure la discipline dans le service, s'occupe des enfants nés prématurés, veille sur l'hygiène dans le service, s'occupe des problèmes de déclaration des naissances, administre les soins aux malades hospitalisés et dresse le rapport de vaccination et l'adresse au directeur.

Il faut également noter que le service de gynécologie-obstétrique s'est doté d'un centre de prise en charge des FO inauguré le 15 septembre 2020.

Les différentes structures qui constituent l'HRM jouent chacune un rôle bien défini dans le traitement et la prise en charge de la FO. Ainsi, le service accueil est un service qui détermine ou qui conditionne quelle ambiance sera développée entre la malade et le personnel soignant. L'accueil est très important et surtout pour une femme fistuleuse. Ces femmes ont besoin de l'affection de la part des membres de la société chose qui n'est pas facile avec la représentation que la société a de la maladie, mais l'hôpital devient un endroit où l'on peut retrouver de l'espoir. L'hôpital doit offrir de l'espoir aux malades dans la mesure où les malades sont « rejetées » par leur entourage, l'hôpital devient le refuge. Si l'hôpital refuse de jouer ce rôle, les femmes seront abandonnées à elles-mêmes.

À cela s'ajoute aussi la gynécologie obstétrique qui s'occupe à son tour du traitement technique de la maladie. Elle est assistée par un gynécologue (le Dr. Clovis OURCHINGH), un chirurgien, des sages-femmes et des infirmiers qui s'occupent de l'opération et de la réparation<sup>98</sup>. Sur les cinq gynécologues que dispose l'HRM, il faut noter qu'un gynécologue reste insuffisant pour opérer 50 à 60 cas de FO chaque année.

Au terme de ce chapitre, il était question de faire une présentation du milieu d'étude. Nous sommes parvenus à saisir les différentes configurations sociologiques et anthropologiques de la ville de Maroua à travers ses différentes parties. Ce chapitre a permis par ailleurs de saisir les différentes entités humaines dans leur organisation sociale. Nous avons pu constater qu'à Maroua, il existe un centre qui s'occupe de la réparation des fistules que les femmes viennent de part et d'autres coins du Cameroun.

---

<sup>98</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU auprès de Clovis OURTCHINGH, le 23 août 2022 à l'HRM à 10h 08mn.

## **CHAPITRE 2 :**

### **FACTEURS DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA.**

Ce chapitre examine les facteurs de la FO. Il s'agit de faire un aperçu global sur la maladie de la honte ainsi que sa construction sociale, de présenter les atteintes psychosociales et les mentalités autour de FO. Il s'agira également de définir c'est que c'est la FO et de classifier sa typologie. Ce chapitre veut simplement faire un bref aperçu sur la maladie de la honte dans le monde en général et à Maroua en particulier. Les facteurs de risque de la fistule varient d'un milieu à un autre, d'un continent à un autre et c'est ce qui sera relaté en quelque ligne dans ce chapitre.

#### **I. APERÇU SUR LA MALADIE DE LA HONTE**

La maladie de la honte est un phénomène normal pour d'autres, mais pour certaines personnes, cette maladie peut susciter du rire au point où le malade n'arrive pas à déclarer sa situation, de peur d'être un sujet de moquerie et de stigmatisation. Tout au long de cette partie, il sera question de développer la notion de maladie de la honte sans oublier les différentes constructions sociales qu'elle engendre.

##### **1. Notion de la maladie de la honte**

Pour définir la maladie de la honte, il sera opportun de jeter un coup d'œil sur la notion de la maladie.

La notion de la maladie relève du domaine de la médecine mais pour les sciences sociales en général et la sociologie et anthropologie en particulier, la maladie a une dimension sociétale. Pour la clarté du sujet, le devoir de vigilance épistémologique nous invite à faire de la précision et de la concision de la notion de la maladie pour éviter tous obstacles épistémologiques. Ainsi, la maladie désigne un ensemble d'altérations qui engendre un mauvais fonctionnement de l'organisme. La maladie peut être aussi un état de dysfonctionnement de l'organisme ou l'état pathologique dans lequel l'individu se retrouve à un moment de sa vie. Ceux qui sont tout ce qu'ils doivent être et ceux qui devraient être autrement qu'ils ne sont, les phénomènes normaux

et les phénomènes pathologiques<sup>99</sup>. À travers cette illustration des phénomènes normaux et des phénomènes pathologiques, Émile DURKHEIM, nous laisse entendre que l'état pathologique est l'état de ce qui ne doit pas être mais cet état apparaît dans le cadre de la maladie et dans le cadre des dérives sociales c'est-à-dire l'anomie. À cet effet, la maladie est la manifestation des troubles au sein de l'organisme dont l'individu subit la souffrance. Mais dans l'état normal de la santé, l'individu n'est pas supposé souffrir sauf quand il est en état pathologique.

De ce fait, le malade est l'individu qui souffre d'un malaise, c'est à dire de symptômes évolutifs nécessitant un traitement thérapeutique. Il ne faut pas confondre la maladie avec le handicap, le syndrome ou encore la blessure. La distinction entre la maladie et le handicap réside au niveau de la temporalité de la maladie c'est-à-dire la maladie est passagère quand elle est soignée. En ce moment le malade sera soigné et par conséquent il ne souffrira pas de la pathologie mais il doit être guéri en ce sens qu'il y a des clichés ou étiquettes que la société donne ou attribut à chaque maladie. C'est ainsi que François SICOT, nous fait savoir l'idée de Marcel JAEGER et Michael MONCEAU « *la maladie c'est l'aventure, le handicap c'est la sécurité* »<sup>100</sup>. L'idée de cet auteur montre que la maladie est une aventure, dans l'aventure il n'y a pas la durabilité c'est-à-dire la maladie est une pathologie et par conséquent si elle trouve une administration des médicaments la maladie peut partir comme le laisse croire François SICOT, dans la même lancée le handicap est une situation stationnaire qui ne change presque pas.

La maladie de la honte quant à elle se définit et se comprend à travers les théories de la représentation sociale et de l'estime de soi développée par les psychologues. Cette posture a été développée plus haut dans le cadre théorique. Mais ici, nous nous contentons de montrer comment une maladie peut devenir une maladie de la honte.

Dans chaque société, il y a des représentations du monde social et les éléments qui constituent ce monde. Chaque groupe social construit ses propres images, ses croyances, ses coutumes, ses cultures, ses clichés, ses préjugés, ses aprioris, etc. en fonction de son environnement et leur attribue des sens et portés. De même, dans les sociétés africaines il y a des discriminations entre les maladies simples et dites de la « honte ». Les maladies simples sont celles dont-on parle sans complexe, sans se sentir coupable. Il s'agit de cette catégorie de maladies qu'on déclare sans utiliser un langage codé par exemple lorsqu'on a mal à la tête on le dit clairement à tout moment et à le tout le monde sans préjudice. Tout ceci pour dire que la

---

<sup>99</sup>Émile DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Payot, 2009, p.109.

<sup>100</sup>François SICOT, *Maladie mentale et pauvreté*, Paris, L'Harmattan, 2001, p.104.

société africaine fait une discrimination des maladies, en ceci qu'il existe des maladies dont-on parle aisément et celles dont on ne dit pas n'importe comment et à n'importe qui.

## **2. Construction sociale de la maladie de la honte**

C'est la société qui construit le savoir local de sa population, celle-ci étant perçue comme le reflet de cette société. Cette identité permet à un peuple de se distinguer par rapport à d'autres peuples. La maladie de la honte est une construction sociale de la société. Cette construction se base sur la stigmatisation de certaines maladies qui se présentent comme des marquages qu'on attribue à une personne qui est atteinte de cette maladie. C'est ainsi que Erving GOFFMAN, en 1975 parle de stigmaté comme la possession d'un attribut susceptible de jeter le discrédit sur celui qui le porte. L'attribut est la cause même de la stigmatisation dans le sens où le stigmaté représente plus précisément un certain type de relation entre le stigmatisé, qui possède une « *identité sociale réelle* »<sup>101</sup>, et le comportement que l'on attend de lui, « *une identité sociale virtuelle* »<sup>102</sup>. À cela on peut ajouter l'étiquetage qui est un processus par lequel la société globale désigne un comportement pour se familiariser avec notre sujet d'étude considère une maladie comme une maladie de la honte. Ainsi donc, l'étiquette de la maladie de la honte sera attribuée aux personnes malades ou atteintes de cette pathologie. La construction sociale de la maladie de la honte se décline en plusieurs phases.

## **II. ATTEINTES PSYCHOSOCIALES ET MENTALITÉS AUTOUR DE LA MALADIE**

La maladie est un phénomène à une double facette, elle touche à la fois le physique et le psychique. Il faut noter que la FO occasionne des atteintes psychosociales et ses atteintes gravitent autour des différentes mentalités.

### **1- Atteintes psychosociales**

L'atteinte psychosociale constitue un ensemble des manières d'agir, de sentir et de penser extérieures aux malades mais dont les effets sont de nature à aggraver la maladie ou à retarder sa guérison. Ainsi les atteintes psychologiques se manifestent par le rire des autres sur les victimes. C'est ainsi que Olivier MONGIN, laisse savoir que :

*Ces femmes qui font rire. Ce titre peut être entendu de deux manières : d'un côté, s'enquérant de « qui » fait rire, il renvoie au constat que les femmes occupent un rôle sans cesse plus important sur la scène contemporaine du rire, d'un autre côté, il*

<sup>101</sup> Yves ALPE et al., *Lexique de sociologie*, Paris, Dalloz, 2013, p. 358.

<sup>102</sup> Idem.

*évoque le type des femmes qui fait désormais rire les femmes et les hommes. Si les femmes sont aujourd'hui nombreuses à faire rire, [...] les objets de leur rire se distinguent, ou s'en doute, du bon vieux rire masculin qui ne voyait dans la femme, réduit le plus souvent à un sexe, qu'un objet à ravir.<sup>103</sup>*

Cet auteur fait remarquer que les femmes sont depuis longtemps considérées comme « *objet de rire* » et il montre plus loin que le rire adressé aux femmes a changé. Pour revenir dans le cadre de ce travail, le rire véhicule le message de disqualification sociale, d'injustice ou de mépris fait aux femmes. Ce rire est l'objet de l'exclusion sociale des femmes atteintes de FO et par conséquent la fistule devient une maladie de honte pour les victimes. Dans le même sillage, Olivier MONGIN, rapporte Charles BAUDELAIRE, en disant : « *le comique, la puissance du rire est dans le rieur et nullement dans l'objet du rire.* »<sup>104</sup>. Il ressort clairement que les personnes qui ont la perception sociale de la maladie véhiculent d'une manière ou d'une autre des stigmates autour de la fistule. Le rieur est la personne qui considère les personnes victimes de la fistule avec une certaine perception plus ou moins négative. Dans les structures hospitalières tout part de l'accueil, celui-ci diffère selon l'hôpital, d'un établissement hospitalier public à celui privé ou privé confessionnel. Il y a une dimension psychologique de la maladie qu'il ne faut pas négliger.

Comme exemple, on peut citer le cas des anciens lépreux à qui le degré avancé de la maladie a fait perdre les doigts, les orteils, le nez pour se sentir heureux et épanouit, ils préfèrent s'installer définitivement au centre de santé qui les a accueillis pour les soins. Dans la même lancée, on peut évoquer une maladie comme l'épilepsie qui est une perturbation passagère due à une certaine lésion cérébrale se traduisant chez le malade par la perte soudaine et itérative de connaissance. On dit par exemple des émissions buccales pendant la crise quelles sont les vecteurs de la maladie d'où il faut laisser le malade en crise se relever à son heure, alors que pendant cette crise le malade s'agite de façon inconsciente il peut facilement passer de vie à trépas.

## **2- Différentes mentalités autour de la maladie**

Soigner, réadapter, rééduquer ne constitue en un sens que des palliatifs couteux en dernière analyse. La vraie façon de garantir la santé consiste aussi et surtout à prévenir la maladie. Or la prévention peut ne pas être du goût de tous, elle peut aller à contrecourant de

---

<sup>103</sup>Olivier MONGIN, « Ces femmes qui font rire », in : *Esprit*, n° 273, mars - avril, 2001, p.261.

<sup>104</sup>Idem.

certaines convictions religieuses, de certaines représentations sociales ou collectives. Pour une société qui a des savoirs, se moquer d'un malade est comme se moquer de soi-même ; ceci, parce que nous sommes tous potentiels malades. Si de nombreux africains le savent pertinemment, ils font tout de même des exceptions notables. Pour eux, d'autres maladies semblent normales et d'autres pas du tout.

Aujourd'hui, certaines maladies, notamment les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) sont perçues par des africains comme une maladie de la honte. Dans un tel contexte, déclarer alors sa séropositivité apparaît comme un divorce qu'on prononce à l'égard de ses proches. En Afrique, il est très difficile voire impossible de contraindre certaines personnes à subir des tests de dépistage du VIH et en conséquence, leur sérologie positive n'est constatée qu'au moment où ils ont déjà la maladie. Plus loin, même quand certains sont au courant de leur sérologie positive, par manque de moyens et surtout par peur d'être rejeté par leurs proches, ils préfèrent taire leur statut, en attendant la mort<sup>105</sup>.

Toujours au rang des maladies dites de la honte figurent et en bonne place les dysfonctionnements sexuels. Les hommes souffrant de faiblesse sexuelle ou plus grave d'une impuissance sexuelle sont marginalisés et rejetés par leurs proches. Surtout qu'ici, on ne voit pas ces dysfonctionnements comme des maladies ; mais plutôt comme un signe d'incapacité ou de lâcheté, de la part de ceux qui en souffrent. Et très souvent, leurs femmes sont les premières à prendre la poudre d'escampette, quand elles constatent une telle difficulté<sup>106</sup>.

Dans de nombreux pays africains, les malades mentaux restent cantonnés chez eux où ils sont souvent maltraités. La honte est le sentiment que ressentent les parents et les proches de beaucoup de déficients mentaux, cette méconnaissance est à l'origine d'une évolution imparable de la maladie. Les maladies mentales peuvent être correctement soignées dans un cas sur cinq<sup>107</sup> quand elles sont traitées par un psychiatre, et ce dès que les premiers symptômes se manifestent. La honte est également l'une des raisons qui expliquent que les personnes souffrant de maladies mentales ne soient pas soignées, or l'Afrique comme tous les autres continents abrite un nombre non négligeable de patients qui ont besoin de traitements appropriés. De leur côté, les malades, eux-mêmes embarrassés, craignent de se rendre dans un centre hospitalier et cèdent aux messages des marabouts qui disent corriger le mal en un laps de temps. C'est ainsi que les

---

<sup>105</sup> Maurice DUVERGER, « Afrique : ces maladies de la honte », 28 février 2012, Santé, Bien-être, <http://come4news.com/afrique-de-la-maladie/>, consulté le 18 août à 13h 43mn.

<sup>106</sup> Idem.

<sup>107</sup> <http://www.afrizap.com/maladies-mentales/>, « Maladies mentales en Afrique : entre incompréhension et tabou », consulté le 15 septembre 2022 à 12h 08mn.

malades se mettent à l'écart du n'importe quoi, qui, au final compliquent davantage leur guérison. En Afrique centrale, les adultes n'ayant pas subi de circoncision souffrent eux-aussi de ce rejet de la société tout comme les femmes souffrantes de FO<sup>108</sup>.

Les phases de la construction sociale de la maladie<sup>109</sup> sont au nombre de quatre allant de la maladie théorique à la prise en charge.

La première phase développe l'ensemble des médiations culturelles et sociales par lesquelles la maladie théorique se manifeste - formes culturelles apprises-, émerge pour la conscience individuelle et pour autrui, les perceptions que l'individu et les autres ont de cette déviance ainsi que leurs représentations sociales de la maladie, c'est-à-dire essentiellement ce qui en est, ce qui n'en est pas.

La deuxième phase quant à elle concerne l'ensemble des régulations informelles, la tolérance des groupes sociaux à la déviance de leurs membres ou des membres des autres groupes sociaux.

S'agissant de la troisième phase, les régulations formelles ou contrôle social institutionnel que mettent en œuvre un certain nombre de référents tels que : le travail social, justice, médecine général etc. du point de vue de l'individu concerné, ce sont les attentes vis-à-vis de la psychiatrie qui, à ce niveau, agissent sur l'orientation.

Enfin, dans la dernière phase, la prise en charge avec le choix - ou non- de l'institution de soins, les effets de la classe sociale sur le diagnostic et les modalités des traitements.

François SICOT, montre dans son ouvrage que la construction sociale de la maladie passe par quatre étapes à savoir les médiations sociales et culturelles de la maladie. Cette phase est la construction de la représentation de la maladie.

Dans la première phase, le processus de la construction sociale de la maladie s'est enraciné. La fistule n'est pas connue dans la société camerounaise en général et en particulier à Maroua. Les individus pensent que c'est une malédiction et que les personnes atteintes ont été maudites par Dieu. La femme fistuleuse au sein de la société est ainsi pour la plupart des cas rejetée par son entourage mais pour entrer en détail sur cette position, nous développerons cette idée dans le chapitre suivant concernant les représentations sociales de la fistule dans la ville de Maroua.

---

<sup>108</sup><http://www.afrizap.com/maladies-mentales/>, « Maladies mentales en Afrique : entre incompréhension et tabou », consulté le 15 septembre 2022 à 12h 08mn.

<sup>109</sup>François SICOT, *Maladie mentale et pauvreté*, Paris, L'Harmattan, 2001, pp.21-22.

Pour ce qui est de la deuxième phase de la construction sociale de la maladie, la régulation informelle prend en compte la tolérance et la déviance au sein de la société. Par la déviance, nous entendons le fait que certaines personnes ne soient pas prêtes à accepter les malades atteints de la fistule. Quant à la tolérance, il y a des personnes qui sont prêtes à accepter les malades malgré la perception sociétale.

La troisième étape quant à elle constitue la régulation formelle qui peut se décliner en termes de justice sociale, de sécurité sociale, de médecine, etc. Ici, l'État a l'obligation de prendre en charge sa population. Cette prise en charge conduit l'État à établir les politiques, des campagnes pour la sensibilisation et les programmes avec ses partenaires en matière de l'offre de la santé publique et privée pour assurer une santé pérenne. Ainsi, cette politique est un idéal que toutes les sociétés cherchent à atteindre mais au Cameroun cette politique de la santé est de nos jours d'une problématique majeure. C'est ainsi que Ali MAHAMAT, affirme :

*La question de la santé est une question primordiale, tout projet humain pour sa réalisation repose sur la santé des acteurs concernés. Comme on le dit dans le dicton populaire avant tout c'est la santé d'abord. Par là nous comprenons que la santé procure la vie à l'être humain. Dans la sociologie de la vie quotidienne, un fait banal qui se passe presque dans toutes les salutations est celle de connaître la santé de son interlocuteur par exemple en fulfulde « nyao sati<sup>110</sup> », en arabe tchadique « kefak<sup>111</sup> ». Ces expressions sont banales à la première vue mais si nous examinons de près le contenu de ces messages qu'elles véhiculent, il est d'une grande importance.<sup>112</sup>*

Le verbatim de Ali MAHAMAT montre que la santé est d'une importance inestimable. Pour lui, tout projet humain réside sur la santé de l'individu qui veut entreprendre le projet. Autrement dit, la santé est un élément catalyseur de l'homme, la santé c'est la vie.

François SICOT, conclut sa démonstration dans la quatrième phase par la prise en charge de la maladie. La maladie de la honte fait partie des priorités de l'État. À cet effet, l'auteur montre que le malade a le choix d'accepter la prise en charge ou non.

### **III. DÉFINITIONS ET TYPES DE FISTULE OBSTÉTRICALE**

Il s'agira dans cette partie de définir la notion de la FO et d'énumérer les typologies de fistules.

---

<sup>110</sup> Appellation en fulfulde désignant le cas chronique de la maladie

<sup>111</sup> Appellation en arabe désignant le cas chronique de la maladie

<sup>112</sup> Ali MAHAMAT, « Les mutations sociales des déguerpis et relocalisés du quartier Gardolé (Tchad) », Université de N'Gaoundéré, Département de Sociologie/Anthropologie, Mémoire de Master-Recherche, 2017, p. 139.

## 1. Définition de la fistule obstétricale

La FO est une ouverture anormale entre la vessie et le vagin ou entre le rectum et le vagin<sup>113</sup>. C'est aussi une lésion du tissu pelvien causée par un accouchement prolongé et entravé, il s'agit littéralement d'un orifice entre le vagin et la vessie et/ou le rectum, qui provoque une incontinence urinaire et/ou de fécale totale<sup>114</sup>. La FO est un orifice anormal qui laisse passer les urines ou les selles par voies génitales féminines de façon continue et involontaire.

Pour Marie-Louise ARMIKE, gynécologue à l'HRM, la FO est une communication anormale entre la vessie et le vagin ou entre le vagin et le rectum<sup>115</sup>. Allant dans le même sens, Abdoulaye IBRAHIM, actuel technicien adjoint de laboratoire de l'HRM définit la FO comme une communication entre deux organes ou visières qui peuvent être entre le vagin et la vessie on parle dans ce cas de la Fistule Vésico-Vaginale (FVV) ou le rectum et le vagin il s'agit ici de Fistule Recto-Vaginale (FRV)<sup>116</sup>. Pierre-Marie TEBEU, donne la définition suivante de la FO, il s'agit de la présence d'une communication entre les voies urinaires et le vagin (FVV), elle peut aussi désigner la communication entre le rectum et le vagin (FRV)<sup>117</sup>.

La FO constitue un ensemble de lésions anatomiques qui ont en commun non seulement une perte continue des urines mais qui de surcroît sont une complication de l'accouchement. Les FO sont des graves lésions provoquées par un accouchement, un avortement long et difficile<sup>118</sup>. Elle peut aussi être définie comme une communication créée entre les voies urinaires de la femme (la vessie et l'urètre) et le vagin d'une part et/ou la voie digestive (le rectum) et le vagin d'autre part entraînant une absence totale de contrôle des urines et des selles par la victime. Il s'agit d'une affection débilitante qui a condamné et condamne des centaines de milliers de femmes à souffrir dans la solitude, le déshonneur et la honte. La FO est incontestablement l'un des exemples les plus parlants de l'inégalité d'accès aux soins de santé

<sup>113</sup> FCI et UNFPA, « Fistule obstétricale, fin du silence, moins de souffrance, points essentiels », *Info Reports*, septembre 2004, n°2.

<sup>114</sup> Fritz ULLMANN, « La fistule, une affection ignorée au cœur des rapports sociaux de sexe », Master 2 Professionnel, Université Panthéon Sorbonne, Paris 1, 2009.

<sup>115</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de Marie-Louise ARMIKE, le 25 août 2022 à l'HRM à 13h 23mn.

<sup>116</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès d'Abdoulaye IBRAHIM, le 1<sup>er</sup> septembre 2022 à l'HRM à 10h 26mn.

<sup>117</sup> Pierre-Marie TEBEU et Charles Henri ROCHAT, « Prise en charge des Fistules Obstétricales et non-obstétricales, « Manuel de vulgarisation », *Fistulogie III, Vie après fistules*, éditions 2013, p. 21.

<sup>118</sup> <http://elsakane.blogspot.com/2017/03/fistules-obstétricales-la-therapie-du.html?m=1>, consulté le 15 juillet 2022 à 09h 12mn.

maternelle et, jusqu'à une date récente, l'une des affections les plus cachées et négligées au Cameroun.

## 2. Types de fistule obstétricale

Il existe plusieurs types de fistules selon l'endroit où elles se trouvent : les plus communes sont :

- La Fistule Anale (FA) est une communication anormale entre une glande présente à l'intérieur de l'anus et la peau dans la région près de l'anus (plus rarement à l'intérieur du rectum)<sup>119</sup>. La fistule est le plus souvent causée par l'infection de cette glande qui provoque un abcès. Les symptômes d'une FA sont les suivantes : des douleurs, des rougeurs ou un gonflement (abcès) dans la région autour de l'anus ; des écoulements purulents parfois d'odeur nauséabonde, des fuites de gaz et du prurit (démangeaisons).

- La Fistule Artério-Veineuse (FAV) est une connexion anormale entre une artère et une veine se présentant habituellement dans les jambes<sup>120</sup>. Elle peut être causée par une blessure de la peau, par exemple un coup de couteau ou une balle de fusil, à un endroit où une veine et une artère sont côte à côte, des complications suite à certaines techniques d'analyse cardiaques, telles que le cathétérisme cardiaque. Normalement, le sang circule des artères aux capillaires, puis aux veines, les nutriments et l'oxygène transportés par le sang passent par les capillaires, et sont distribués dans tous les tissus du corps. Avec une FAV, le sang circule directement des artères jusqu'aux veines sans passer par certains capillaires, ainsi, certains tissus reçoivent moins de sang. Une FAV peut aussi être créée de façon chirurgicale dans l'avant-bras chez les personnes souffrant de maladies rénales sévères, afin d'augmenter le débit sanguin et de faciliter les traitements de dialyse. Une FAV de grande taille peut conduire à : l'insuffisance cardiaque ; des caillots sanguins dans les jambes pouvant causer une thrombose veineuse ; des douleurs aux jambes ; des saignements dans le système gastro-intestinal ou dans le cerveau. Les symptômes suivants peuvent surgir pour une FAV : un gonflement et des rougeurs à niveau de la peau ; des veines violacées et gonflées visibles sur la peau, semblables à des varices ; une enflure des bras ou des jambes ; une chute de la pression sanguine ; de l'insuffisance cardiaque.

- la Fistule Pulmonaire Artério-Veineuse : (FPAV) est une communication anormale à l'intérieur du poumon entre l'artère et la veine pulmonaire, ce qui empêche le processus

---

<sup>119</sup> <http://elsakane.blogspot.com/2017/03/fistules-obstétricales-la-therapie-du.html?m=1>, consulté le 15 juillet 2022 à 09h 12mn.

<sup>120</sup> Idem

d'oxygénation du sang dans le poumon<sup>121</sup>. Cet état est provoqué par une maladie génétique, la maladie de Rendu- Osler-Weber, qui cause le développement anormal de plusieurs vaisseaux sanguins dans le corps, en particulier dans les poumons. Elle peut conduire à un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). Les symptômes sont : des difficultés à respirer, surtout lors de l'exercice ; un bleuissement de la peau ; une déformation des ongles des doigts. De nombreuses autres fistules touchent :

- Le système digestif : fistule gastrique (entre l'estomac et la peau) ; fistule entéro-vaginale (entre l'intestin et le vagin) ;
- Le système respiratoire : fistule oesotrachéale (entre l'œsophage et la trachée) ;
- L'œil : fistule lacrymale (perforation du conduit des larmes).

Retenons que la FVV reste la plus fréquente. Elle survient chez les femmes les plus jeunes moins de 25 ans et les plus pauvres, n'ayant pas d'accès aux soins obstétricaux de base et de qualité<sup>122</sup>. C'est ainsi que nous avons plusieurs causes et des facteurs de risques.

#### **IV. FACTEURS DE RISQUES ET CAUSES DE FISTULES OBSTÉTRICALES**

Dans cette partie il s'agira de présenter les facteurs de risques et les causes de la FO.

##### **1. Facteurs de risques de la fistule obstétricale**

L'inégalité dans l'accès aux soins de santé est une cause sous-jacente de la morbidité maternelle en générale. La fistule affecte généralement les membres les plus marginalisés de la société : des femmes jeunes, des jeunes filles pauvres. Clovis OURTCHINGH, médecin gynécologue à l'HRM affirme :

*Le fait que les femmes accouchent encore à la maison sans assistance médicale, la sous-scolarisation des filles, le fait qu'elles partent en mariage très jeunes et prennent des grossesses précocement, le fait d'accoucher à la maison instrumentalement constituent les principales causes de la FO.<sup>123</sup>*

Les facteurs qui contribuent à la FO sont notamment la pauvreté, la malnutrition, des systèmes de santé insuffisants, des pratiques traditionnelles néfastes et un manque d'accoucheurs spécialisés, un accès limité aux césariennes d'urgence, une relation inégale entre les sexes et le facteur contributif d'une situation économique souvent mauvaise. Il est important

<sup>121</sup> <http://elsakane.blogspot.com/2017/03/fistules-obstétricales-la-therapie-du.html?m=1>, consulté le 15 juillet 2022 à 09h 12mn.

<sup>122</sup> Idem

<sup>123</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU auprès de Clovis OURTCHINGH, le 23 août 2022 à l'HRM à 10h 08mn.

de noter cependant, que la fistule peut toucher toutes les femmes, pas seulement les adolescentes.

Les facteurs profonds de la FO sont essentiellement fondés sur le genre associant les questions de santé à celles de développement. La survenue de la FO est étroitement liée à certains facteurs sociaux et économiques tels que la pauvreté et la malnutrition, les maternités précoces, les pratiques traditionnelles néfastes (MGF, l'excision et autres), les abus des droits de la femme, le manque d'attention aux besoins reproductifs spécifiques des femmes et les violences faites aux femmes, Violence Basée sur le Genre (VBG). La FO reflète les insuffisances socioéconomiques et de genre, qui empêchent les femmes d'avoir accès aux services de soins obstétricaux de qualité et d'urgence même quand ceux-ci sont disponibles.

Bien que la plupart des cas de fistules proviennent de causes obstétricales, d'autres se produisent à la suite d'un traumatisme direct causé par un viol ou autre abus sexuel. Le technicien adjoint de laboratoire à l'HRM M. Abdoulaye IBRAHIM, nous fait remarque que « *regarde cette fille, elle est âgée de 11ans, elle a été violée, elle développé une fistule 4cm* »<sup>124</sup>. Les fistules causées par un viol et d'autres abus sexuels sont sans doute beaucoup plus communes que ne le suggèrent les statistiques, parce que de nombreuses victimes ne demandent pas de traitement, manque d'accès et ont souvent peur d'une stigmatisation<sup>125</sup>. Dans des situations de guerre et de troubles civils, lorsque le viol est généralement beaucoup plus commun, la proportion de fistules causées par un abus sexuel peut augmenter de manière substantielle.

Dans certaines régions, les pratiques traditionnelles nuisibles, comme les MGF, constituent également, directement ou indirectement, au risque de fistules et d'autres complications gynécologiques et obstétricales<sup>126</sup>. Les MGF sont généralement effectués dans des conditions non hygiéniques, où l'on enlève souvent de grandes quantités de tissus, ce qui peut causer des cicatrices et des constructions de l'orifice de sortie vaginale et de la filière pelvis génitale. Une accoucheuse traditionnelle ou un barbier utilise un instrument acéré, comme un couteau, une lame de rasoir, ou un morceau de verre cassé par exemple, pour procéder à une série d'excisions au hasard dans le vagin afin d'essayer de supprimer l'obstruction et de

---

<sup>124</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès Abdoulaye IBRAHIM, le 1<sup>er</sup> septembre 2022 à l'HRM à 10h 26mn.

<sup>125</sup> FCI et UNFPA, « Fistule obstétricale, fin du silence moins de souffrance, points essentiels », Info Reports, 2004, n°2.

<sup>126</sup> UN, Factsheet no.23: Harmful traditional practices affecting the health of women and children, 1995, p39 (Available: <[http://www.unhcr.ch/html/menu6/2/fs\\_23html](http://www.unhcr.ch/html/menu6/2/fs_23html)>, consulté le 15 juillet 2022 à 15h 20mn.

permettre au bébé de sortir. Cette pratique peut créer des lésions directes dans la vessie ou l'urètre et peut expliquer jusqu'à 15% <sup>127</sup>des cas de fistules.

## **2. Causes de la fistule obstétricale**

La cause la plus fréquente et la plus commune des fistules dans les pays en voie de développement, et donc de la plupart des cas de fistules rencontrées est l'accouchement prolongé. Quand l'accouchement est prolongé, la tête du fœtus exerce une pression excessive au niveau du pelvis (bassin) de la mère, interrompt l'afflux du sang et entraîne la nécrose mortification (état d'un tissu ou d'un organe qui se décompose et devient comme mort) de certains tissus ou d'os des tissus. En fin de compte, l'élimination du tissu nécrosé laisse une fistule qui provoque une fuite d'urine et/ ou de matières fécales par le vagin. Cet arrêt peut avoir comme cause : le bassin de la femme est trop étroit, la tête du bébé est trop grosse, ou sa position est défectueuse. Dans la plupart des cas le bébé ne survie pas. La femme souffre d'incontinences sévères qui conduit à des ulcères, des infections et parfois même à la mort. Après la naissance de l'enfant, qui est généralement mort-né, le tissu nécrosé mue, ce qui entraîne une communication directe entre deux ou plusieurs organes. Ce processus se déroule sur une période de plusieurs jours ou semaines et entraîne la création d'une fistule. Ainsi, nous regroupons les causes de la FO en deux :

### **A. Causes obstétricales**

- L'accouchement prolongé est la cause prédominante de la FO.
- L'accouchement destructif.
- La maternité précoce.
- L'accouchement sans assistance du personnel qualifié
- L'accouchement par voie vaginale de manière instrumentale.
- La césarienne, avec ou sans hystérectomie (ablation (action d'amputer un être vivant d'une partie de son corps) chirurgicale de l'utérus).
- Des pratiques traditionnelles (Ex : quand la défibulation avant l'accouchement est nécessaire pour les femmes ayant subi une circoncision pharaonique).

---

<sup>127</sup> Louis Lewis WALL et al., « Urinary incontinence in the developing world », *Proceedings of the second International Consultation on Urinary Incontinence*, July 1-3, Paris, 2002, <http://www.wfmic.org/chap12.pdf>.

## **B. Causes non obstétricales**

Les causes non obstétricales peuvent être dues à : un traumatisme des rapports sexuels (cause de nombreuses FRV), des violences sexuelles, les rapports forcés et/ou l'insertion d'objets dans le vagin), des traumatismes accidentels (exemple : tomber sur un bâton) ; la MGF; une infection (une infection granulomateuse par exemple); la tuberculose ; VIH ; elle peut être Congénitale (rare) ; la malignité (surtout le cancer du col de l'utérus avancé) ; lactogène (pendant la chirurgie pelvienne).

## **C. La radiothérapie**

Un accouchement avec obstruction peut avoir lieu lorsque le fœtus ne peut pas passer par le pelvis de la mère (disproportion céphalo-pelvienne), lorsque le fœtus n'est pas placé correctement pour l'accouchement (mauvaise présentation), ou lorsque les contractions utérines ne sont pas efficaces pour l'accouchement<sup>128</sup>. Un accouchement avec obstruction est considéré comme étant prolongé au bout de 24 heures<sup>129</sup>, et il peut durer une semaine voir plus, à moins que le fœtus ne soit accouché par intervention chirurgicale. Il peut y avoir dans le même contexte une atteinte des tissus par traumatisme lors des manœuvres d'extraction fœtale. À cet effet, Pierre-Marie TEBEU<sup>130</sup> déclare que des rares fistules génito-urinaires et recto-génitales ne sont pas en rapport avec les manœuvres obstétricales, mais surviennent après une chirurgie gynécologique ou une radiothérapie<sup>131</sup>.

## **V. FACTEURS DE RISQUES ET CAUSES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA**

À Maroua, nous avons plusieurs causes profondes et immédiates de FO.

### **1. Facteurs de risques de la fistule obstétricale à Maroua**

Pour les adolescentes, la grossesse et l'accouchement sont particulièrement dangereux car elles n'ont pas atteint leur plein développement physique, ce qui accroît le risque de travail dystocique (ce qui concerne les difficultés lors de l'accouchement). Prévenir les grossesses d'adolescents en élargissant l'accès à l'information et aux services et en mettant fin aux mariages

<sup>128</sup>John Paul NEILSON et *al.*, «Obstructed labor, Bristish Medical», Bulletin n°67, 2003, pp 191- 204.

<sup>129</sup> FCI et UNFPA, « Fistule Obstétricale, fin du silence, moins de souffrance, points essentiels », *InfoReports*, 2004, n°2.

<sup>130</sup> Pierre-Marie TEBEU et Charles-Henri ROCHAT, « Prise en charge des Fistules Obstétricales et non-obstétricales, « Manuel de vulgarisation » », *FistulogielIII*, Vie après fistule, 2013, p.23.

<sup>131</sup> FCI et UNFPA, « Fistule Obstétricale, fin du silence, moins de souffrance, points essentiels », *Info Reports*, 2004, n°2.

d'adolescents, réduirait le risque de morbidité lié à la grossesse dans ce groupe d'âge extrêmement vulnérable. À Maroua ce sont des femmes et des filles généralement jeunes et pauvres, analphabètes et/ ou peu scolarisées ayant eu un travail d'accouchement maintenu dans la plupart des cas à domicile avec rétention de la tête dans la fimièrè génitale qui les développent<sup>132</sup>. Bien que les causes immédiates des FO dans les pays en développement soient dues à un travail avec obstruction et à un manque d'accès à des soins obstétricaux d'urgence et de qualité, l'extrême pauvreté est bien souvent le facteur principal. Les études indiquent que les femmes fistuleuses ont tendance à vivre dans les régions éloignées et qu'elles sont très pauvres<sup>133</sup>, facteurs qui sont généralement associés à des soins de santé non adéquats au cours des grossesses et des accouchements, et par conséquent, avec plus grand risques de complications obstétricales<sup>134</sup>.

Avec un moindre accès à des soins obstétricaux, les femmes rurales ont une plus grande tendance à souffrir de fistules que les femmes urbaines<sup>135</sup>. Parmi les femmes rurales, celles qui ont un statut social et économique inférieur sont plus à même que d'autres femmes de souffrir de fistules et d'autres problèmes obstétricaux. Une victime de FO Madame X2 fait remarquer :

*Quand nous sommes arrivés à l'hôpital les infirmiers ne se sont pas souciés de moi, j'étais abandonné, je pleurais de douleur, c'est mon mari qui allait se plaindre à chaque moment, quand ils m'ont fait entrer en salle d'accouchement ils m'ont demandé si j'avais de l'argent parce que je risque être opérée, mon mari a déclaré ne rien avoir mais qu'on m'opère et qu'il va régler après. Quand on lui a demandé quel est son métier, il a dit qu'il est un homme de métier, alors ils lui ont dit d'aller chercher de l'argent pour que je puisse être opérée [ ... ]Après deux jours de travail j'ai constaté que j'étais mouillé à chaque fois et que je ne retenais plus les urines, c'est le début d'une autre vie pour moi car j'étais atteint de cette maladie.<sup>136</sup>*

Après notre enquête menée auprès de 15 femmes à Maroua concernant l'accès aux soins obstétricaux, sept femmes ont déclaré ne pas avoir des moyens nécessaires pour ses faire opérer. Le propos d'une victime madame X3 nous laisse savoir : « *J'ai fait presque 5ans de maladie,*

<sup>132</sup>Laurent SIBORUREMA, « Fistule urogénitales d'origine obstétricale : aspects épidémiologiques, socioéconomiques, cliniques et thérapeutiques à l'hôpital de Ruhengeri, Rwanda », mémoire défendu et soutenu publiquement en vue de l'obtention du grade de docteur en médecine générale, Huye, novembre 2006.

<sup>133</sup>Durrenda Ojanuga ONOLEMHEMHEM et Christopher Chigbo EKWEMPU, An investigation of socio medical risk factors associated with vaginal fistula in northern Nigeria. *Women and Health*, 1999, pp.103 - 116.

<sup>134</sup>Katkleen Allyson HARRISON, « Maternal mortality in developing countries », *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 96 (1): 1-3, 1989.

<sup>135</sup>Carine RONSMANS et al., « Maternal mortality and access to obstetric services in West Africa », *Tropical Medicine and International Health* 8(10), October 2013.

<sup>136</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU auprès de madame X2 le 08 septembre 2022 à Maroua à 08h 20mn.

*je n'avais pas de moyens et personnes ne m'est venu en aide. Je n'étais pas au courant qu'il y avait une campagne de réparation et de la prise en charge gratuit pour l'opération »<sup>137</sup>.*

Bien que le travail avec obstruction soit une cause de la FO il n'en demeure pas moins qu'elle soit fréquente aux endroits où le mariage précoce est monnaie courante.

Une autre femme victime de FO Madame X4 a été mariée très tôt,

*On m'a amené chez mon mari à l'âge de 15 ans. Je pleurais pendant des jours et des nuits et après 2 mois je suis tombé enceinte, ma grossesse m'a fait beaucoup souffrir, et pour finir j'ai eu la maladie là et on m'a opérée. Après 6 mois, mon mari a commencé les rapports sexuels et la blessure s'est encore reouverte<sup>138</sup>.*

Dans certaines parties du Cameroun et à Maroua précisément, de nombreuses femmes sont enceintes juste après l'apparition des premières règles, avant que le pelvis ne soit complètement développé pour la procréation. Le verbatim de cette informatrice victime de FO laisse apparaître que : « *Quand je me suis rendu à l'hôpital, les infirmières m'ont dit que mon bassin était petit et que je ne peux pas accoucher par voie normale »<sup>139</sup>.*

Trois femmes sur 15 ont affirmé lors de l'enquête qu'elles ont été enceintes avant l'âge de 18 ans, 10 ont déclaré être enceintes avant l'âge de 30 ans et deux femmes ont déclaré tomber enceintes avant l'âge de 35ans. Cela montre combien le mariage précoce est accru dans cette zone et est un facteur de risque des grossesses précoces. En outre, trois ont déclaré que le facteur de risque de leur fistule était les accouchements multiples et compliqués. « *Je ne sais pas ce que j'ai, je me dis que c'est une malédiction, mes deux enfants m'ont créée des déchirures, les autres je l'ai ait eu par opération, le dernier m'a laissé sur son passage la fistule »<sup>140</sup>.* Il faut noter cependant que cette variable ou cette donnée est faible, mais pas inutile ou à négliger parmi les facteurs de risque de la FO.

Dans des pays en développement, un nombre élevé de femmes pubères sont mal nourries, leur croissance s'est arrêtée prématurément, et leur poids est insuffisant, facteurs qui contribuent aux risques de grossesse précoce<sup>141</sup>. Les informations recueillies pendant notre recherche fait ressortir que cinq femmes sur 15 ont été réprimandées dans les structures de santé pour leur insuffisance alimentaire.

<sup>137</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU auprès de madame X3 le 03 septembre 2022 à Maroua à 10h 10mn.

<sup>138</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X4 le 07 septembre 2022 à Maroua 09h 15mn.

<sup>139</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X5 le 02 septembre 2022 à Maroua 08h 11mn

<sup>140</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X6 le 02 septembre 2022 à Maroua 08h 11mn

<sup>141</sup>Sidya RAGHVAN, Gender issues in reproductive health: Let's get serious. Reflections [Newsletter], N°1, United Nations Populations Fund, 1999, p. 4.

Les cas de fistules des presque tous le cas dans la ville de Maroua sont marqués par le manque de suivi et de soins dispensés par des personnels expérimentés au moment de l'accouchement (médecins, sages-femmes, infirmières) a pour résultante un accouchement dystocique et prolongé sans intervention appropriée. Dans 90%<sup>142</sup> des cas, l'enfant est mort-né, élément essentiel à prendre en compte, la maternité étant pour les femmes dans les pays en voie de développement un des seuls moyens d'obtenir la reconnaissance, un statut social valorisant, et ceci, notamment, dans un système patriarcal. Cette victime Madame X6 signale à ce sujet que :

*Je suis arrivée à l'hôpital pour une opération non seulement j'ai été atteinte de la fistule, mais j'ai également perdu mon enfant et jusque-là je n'ai plus eu d'enfants à part les deux que j'avais accouché avant d'attraper cette maladie. Je me demande comment je devais faire si je n'avais pas encore accouché mes deux enfants ci<sup>143</sup>.*

Les communautés de la ville de Maroua entendent surveiller étroitement la sexualité et la vie génésique des filles. Ce contrôle s'exerce durant toute la vie féconde des femmes avant comme après le mariage, ainsi que durant la grossesse et l'accouchement, et inscrit le corps des femmes comme le modèle, le moule de reproduction communautaire et familial. Une victime de FO Madame X1 affirme « *quand j'étais sur le point d'accoucher, mon mari n'était pas là et je n'avais personne pour m'accompagner à l'hôpital. C'est comme ça que j'avais accouché seule. L'enfant est mort et moi j'ai commencé à faire pipi sans le vouloir* »<sup>144</sup>.

## **2. Causes de la fistule obstétricale à Maroua**

Comme causes majeures de la FO à Maroua, l'on peut noter :

Les maternités précoces ;

- Le manque de consultation prénatale et l'accouchement à domicile ;
- Le retard dans le transport des femmes en travail d'accouchement au centre de santé.

Pour Marie-Louise ARMIKE, gynécologue à l'HRM, les causes de la FO peuvent être en plus de ceux énumérées les suivantes : « *le travail d'accouchement prolongé, les anomalies qui se créées après l'opération dont des accidents post opératoires*<sup>145</sup> ».

<sup>142</sup> Fritz ULLMANN, « La fistule une affection ignorée au cœur des rapports sociaux de sexe », Mémoire de Master 2 Professionnel Coopération Internationale, Université Panthéon Sorbonne-Paris 1, 2009 p. 24.

<sup>143</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X6 le 02 septembre 2022 à Maroua à 08h 11mn.

<sup>144</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X1 le 23 août 2022 à Maroua à 11h 12mn.

<sup>145</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de Marie-Louise ARMIKE, le 25 août 2022 à Maroua à 13h 23 mn.

Pour Pierre-Marie TEBEU,<sup>146</sup> la FO est une complication de l'accouchement laborieux. Elle est souvent associée à l'absence d'un bon suivi de l'accouchement, comme en cas d'accouchement à domicile. Dans le même sillage il donne une explication aux causes de la survenue d'une fistule dans cette phrase, après un accouchement laborieux, les tissus au niveau du vagin, de la vessie et du rectum deviennent fragiles, diverses communications vont donc se créer et se traduire par un écoulement des selles et/ou des urines en continu<sup>147</sup>. Les FO surviennent plus souvent à cause de trois retard classiques qu'on a rencontré à Maroua, le retard dans la décision de recherche des soins médicaux ; retard dans l'arrivée au centre de santé ; retard dans la mise en place des soins obstétricaux d'urgence au centre de santé.

#### **A. Retard dans la décision de demande de soins**

Généralement, le premier retard peut se produire si une femme ou sa famille tardent à demander des soins à un assistant compétent, ou si celle-ci tarde à référer la patiente à un établissement obstétricale d'urgence. Les tabous culturels, un statut inférieur des femmes, un manque de connaissance et de compétences, des options limitées pour le transport et un manque de ressources financières contribuent souvent à de tels retards<sup>148</sup>. Certaines patientes arrivent à l'hôpital accompagnées des membres de leur famille après avoir parcouru de dizaines de kilomètres et épuisées jusqu'à leurs dernières ressources. Elles peuvent ensuite avoir besoin de trouver des fonds pour l'opération, la nourriture à l'hôpital et le logement des membres de leur famille. Leur pauvreté rend encore plus difficile de couvrir des charges mêmes modérées.

Pour esquiver tout retard, la famille devrait établir un plan pour la naissance au cours de la période prénatale, et elle devrait être prête à savoir quoi faire en cas de complications, y compris avoir fait des préparatifs pour le transport vers un établissement de soins de santé approprié. Un prestataire de soins peut aider les familles à préparer leurs plans<sup>149</sup>. Les familles, les sages-femmes et d'autres prestataires de soins dans les zones rurales peuvent apprendre à reconnaître les signes précurseurs de complications maternelles au cours de l'accouchement. La victime Madame X7 affirme :

*À mon arrivé à l'hôpital, les sages-femmes ont pris soins de moi. Après 2h de temps elles m'ont demandé d'aller dans un grand hôpital pour me faire opérer.*

<sup>146</sup>Pierre-Marie TEBEU, « Prises en charge des fistules obstétricales et non obstétricales », Manuel de vulgarisation, Fistulogie III, Vie après fistules, 2013.

<sup>147</sup>Pierre-Marie TEBEU, « Prises en charge des fistules obstétricales et non obstétricales », Manuel de vulgarisation, Fistulogie III, Vie après fistules, 2013

<sup>148</sup> Stevens THADDEUS et Daniel MAINE, « Too far to walk: Maternal mortality in context », Social Science and Medecine 38, 1994, p.p 1091- 1110.

<sup>149</sup> Burke KINZIE et Perwez GOMEZ, « Basic maternal and newborn care: A guide for skilled providers», Baltimore, JHPIEGO, 2004, pp.43.

*Malheureusement on n'avait pas d'argent dont nous avons fait une journée avant d'avoir l'argent. C'est ainsi que je suis tombée malade.*<sup>150</sup>

La prise de conscience sur la santé gènesique des femmes par les familles et les membres de la communauté, y compris les maris, les belles mères, les personnes âgées de la communauté et les leaders religieux, peut renforcer les efforts, à la fois pour empêcher et traiter les fistules. Pour ABDYOU, le mari d'une victime :

*Il n'est plus question de tarder dans le recours aux centres de santé pour un accouchement, je ne vais plus accepter que ma femme accouche à la maison par ce que j'ai vu comment la femme de mon voisin a failli mourir à la maison*<sup>151</sup>.

### **B. Retard pour se rendre à l'établissement des soins**

Il a été mentionné que les FO se produisent à la suite d'une combinaison de travail avec obstruction et d'un transport avec obstruction<sup>152</sup>.

Même après avoir décidé de demander de l'aide, une femme peut ne pas pouvoir se rendre à l'établissement à temps pour recevoir des soins d'urgence. La situation est critique pour les ménages vulnérables qui n'ont pas de moyens suffisants pour se prendre en charge, en plus de cela, la distance qui existe entre les structures sanitaires et les lieux de domicile des patients jouent également un rôle. À Maroua, il y a une inégalité dans la répartition spatiale en matière de l'offre de santé.

### **C. Retard dans la mise en place des soins obstétricaux d'urgence au centre de santé**

Le troisième retard peut se produire à l'établissement de soins même. De nombreux hôpitaux et cliniques ne disposent pas d'un personnel compétent suffisant pour offrir un traitement chirurgical immédiat dans les cas obstétricaux d'urgence. Les soins d'urgence peuvent être retardés en raison d'un manque de matériel, les diagnostics sont tardifs ou erronés, ou les actions sont incorrectes.

*Je suis allé accoucher chez ma mère à Méri, quand je voulais accoucher on s'est rendu dans un centre de santé, les infirmières m'ont dit que j'allais accoucher, j'ai fait deux jours à l'hôpital sans résultat, le deuxième jour, ils m'ont dit de me rendre à l'hôpital central de Maroua pour me faire opérer parce que j'avais une fistule*<sup>153</sup>.

<sup>150</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X7, le 22 septembre 2022 à Maroua à 06h 20mn.

<sup>151</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de ABDYOU le 11 septembre 2022 à Maroua à 17h 48mn.

<sup>152</sup> Kees WAALDIJK, Step-by-step surgery of vesico-vaginal fistulas. Edinburgh, Scotland, Campion Press Limited, 1994, p. 103.

<sup>153</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X8 le 15 septembre 2022 à Maroua à 14h 33mn.

En fait, dans un pays médicalement sous- développé, la survenue de la FVV et FRV est multifactorielle. Outre les facteurs médicaux : insuffisance de personnels qualifiés (médecins gynécologues, accoucheurs, sages - femmes) et d'infrastructures sanitaires, dont la conséquence est l'absence, la médiocrité ou l'inaccessibilité à l'aide obstétricale compétente.

## **VI. TYPOLOGIES DE FISTULES OBSTÉTRICALES À MAROUA**

À Maroua, une classification clinique permet de classer les FO en deux groupes de difficultés croissantes. Selon Clovis OURTCHINGH, gynécologue à l'HRM, « *les fistules que nous avons ici sont principalement les FRV et les FVV* »<sup>154</sup>.

### **1. Fistule vésico-vaginale (FVV)**

Comme FVV, l'on note : la FVV post-opératoire qui est secondaire à une chirurgie pelvienne par voie haute ou basse (hystérectomie, césarienne, cure de prolapsus, etc.). La fistule est secondaire à une plaie vésicale méconnue en préopératoire ou à une nécrose secondaire à une dissection poussée dévascularisant la paroi vésicale. Il s'agit d'une lésion directe, limitée et de bon pronostic. La FVV préopératoire : elle est secondaire à une compression ischémique de la vessie, de l'urètre et du périnée et/ou au traumatisme des forceps. Il s'ensuit des délabrements pelvis périnéaux étendus de mauvais pronostics. Il existe deux types de FVV : la FVV simple et la FVV complexe.

Les Fistules Vésico-Vaginales Simples (FVVS), sont le plus souvent hautes, rétro trigonales. Les FVVS sont de bon pronostic et faciles à réparer.

Par contre, les Fistules Vésico-Vaginales Complexes (FVVC) présentent l'un des éléments suivants ; une atteinte du trigone, une atteinte du col vésical ou de l'urètre, une autre fistule associée (utéro-vaginale, recto-vaginale), une réduction de la capacité vésicale. Ces FVV complexes sont secondaires à un traumatisme obstétrical, elles sont difficiles à réparer et sont de mauvais pronostic.

### **2. Fistule recto-vaginale (FRV)**

La FRV est une communication anormale entre le vagin et le rectum. Le contenu de l'intestin peut passer à travers la fistule pour se rendre dans le vagin. Une FRV peut résulter d'une blessure, les FRV sont souvent causées par une blessure due à un accouchement difficile, par exemple le déchirement du périnée jusqu'à l'intestin. Dans certains pays qui ont connu des

---

<sup>154</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU auprès de Clovis OURTCHINGH, le 23 août 2022 à l'HRM à 10h 08mn.

guerres civiles prolongées, plusieurs femmes, victimes de viols à répétition, présentent des fistules traumatiques au canal vaginal ; de la maladie de Crohn (une maladie inflammatoire de l'intestin); d'une maladie ou d'une infection due à une épisiotomie (une incision dans le périnée pour faciliter un accouchement par le vagin), une infection au colon ou au rectum; d'un cancer dans la région pelvienne ou suite à la radiothérapie pour traitement du cancer; de complications suite à une chirurgie de la région pelvienne<sup>155</sup>. Elle peut conduire à de l'incontinence ; des troubles d'hygiène ; des infections vaginales ou urinaires récurrentes ; de l'irritation ou inflammation du vagin ; du périnée ou de la peau autour de l'anus ; un abcès, une fistule infectée peut former un abcès, qui peut éventuellement être dangereux s'il n'est pas traité.

Selon la taille et la position de la fistule, les symptômes peuvent être mineurs ou causer d'importants problèmes d'hygiène et d'incontinence : le passage du gaz, des selles ou de pus à partir du vagin ; des pertes désagréables à partir du vagin ; des infections vaginales ou urinaires à répétition ; des irritations ou des douleurs à la vulve, au vagin ou au périnée (la région entre le vagin et l'anus) ; des douleurs durant les relations sexuelles. En plus de l'inconfort physique, une FRV peut provoquer un stress émotionnel qui peut affecter l'estime de soi et les relations intimes. La voisine d'une victime de FO soutient que « *J'avais une voisine, on était dans une même cours. Sa cours avait une odeur bizarre et elle refusait de dire ce qu'elle avait, c'est après que son état s'est aggravé qu'on a découvert avec tristesse qu'elle souffrait d'une fistule* »<sup>156</sup>.

Parvenu au terme de ce chapitre, il était question pour nous de présenter les facteurs profonds et les causes de la FO. Il ressort de cette analyse que la FO fait partie de la maladie de la honte. En outre, la FO est construite autour des mentalités selon laquelle la victime est rejetée par sa famille et les membres de la société. Par ailleurs nous avons eu à définir une communication anormale entre la vessie et le vagin et/ou entre le rectum nous avons également classé la typologie de FO en générale et dans la ville de Marc

<sup>155</sup> <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=fistule>, consulté le 27 août 2022 à 12h 30mn.

<sup>156</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de MAMMA le 20 septembre 2022 à Maroua à 11h 23mn.

**DEUXIÈME PARTIE**  
**REPRÉSENTATIONS SOCIALES, CONSÉQUENCES ET PRISE EN CHARGE DE**  
**LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA.**

La seconde partie de ce travail présente également deux chapitres. Le troisième chapitre qui a pour titre les représentations sociales de la FO à Maroua axe son analyse sur les représentations sociales de la FO dans la communauté et au sein de la famille et du foyer. Il essaye aussi de faire le rapport entre le biologique et le social. Le chapitre trois étudie également l'épidémiologie et la manifestation de la FO. Il s'agira dans cette partie de développer les différentes constructions sociales de la FO au prisme des sciences sociales à savoir la sociologie, l'anthropologie et la psychologie. Ensuite cette partie du travail permettra d'introduire une réflexion sur la typologie de représentations telles que les représentations fataliste, magique et réaliste. Enfin, dans cette recherche nous allons questionner et mettre en exergue les rapports entre les personnes malades et leur milieu social. Le quatrième et dernier chapitre s'intitule les conséquences et la prise en charge de la FO à Maroua analyse les difficultés auxquelles sont exposées les femmes victimes. Au niveau social, la FO est considérée comme source d'exclusion sociale et facteur de divorce. Sur le plan physique ou médical, elle est source des lésions physiques, les infections et de problèmes d'hygiène. La FO a également pour conséquence la stigmatisation, le suicide. Pour prévenir donc cette affection, le gouvernement camerounais à travers le MINSANTÉ et les autres partenaires nationaux et internationaux a lancé la politique de santé pour la lutte, la prise en charge et la réinsertion sociale des femmes victimes de la FO à Maroua qui sera développé dans ce chapitre.

## CHAPITRE 3

# REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA

Le troisième chapitre axe son analyse sur les représentations sociales de la FO dans la localité de Maroua. Après avoir développé dans le chapitre précédent les différentes maladies de la honte et les facteurs de la FO à Maroua, celui-ci essaye de présenter les différentes représentations sociales au sein de la société. Il ressort aussi les types de relations qui naissent de ces représentations.

### I. REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA

Les représentations sociales ne dépendent plus des référents des individus percepteurs que des individus perçus. Autrement dit, la représentation n'a de sens véritable que pour l'individu qui perçoit, elle tient de la charge référentielle de ce dernier, de son environnement social. C'est sur la base de cet angle que nous voulons l'appréhender dans cette partie du travail. Nous orientons notre réflexion à ce niveau sur la représentation sociale au niveau de la société et de la famille d'une part et, d'autre part au niveau du foyer.

#### **1. Représentations sociales de la fistule obstétricale dans la communauté et au sein des familles à Maroua**

Cette partie tente de décrypter les représentations sociales comme préalables aux réactions sociales.

Il faut noter que toute représentation est à la base sociale, car elle relève des individus. Mais la représentation sociale que nous mettons en exergue à ce niveau est celle qui relève des idées que les hommes se font de leur société, de leur entourage ou de leurs semblables. Il s'agit tout simplement de mettre en exergue les perceptions sociales de la FO en rapports avec les conduites sociales.

Chaque malade appartient à une famille, et cette famille a sa représentation de la maladie et son interprétation. On ne peut comprendre véritablement certaines maladies que lorsqu'elles sont prises globalement dans la sphère familiale des malades. Le cas de maladies héréditaires

et génétiques ne peut se comprendre que si celles-ci sont rapportées aux parents biologiques, principal géniteur. Mais dans le cadre de maladies qui ne sont pas aussi héréditaires, la famille joue un rôle important dans leur analyse, c'est le cas de la lèpre, de la peste<sup>157</sup>, du VIH/SIDA<sup>158</sup>, de la FO, des maladies de la faim<sup>159</sup> qu'on tente toujours de dissimuler.

## **2. Représentations sociales de la fistule obstétricale au sein du foyer**

La FO est la conséquence d'une inconduite sociale, d'une transgression d'un interdit et de l'infidélité.

### **A. Fistule obstétricale comme conséquence d'une inconduite sociale**

La FO est la résultante d'une inconduite sociale au sein de la société. Elle est occasionne les conflits au sein du foyer, au sein de la famille et au sein de la communauté. La FO fragilise également le lien social entre les femmes victimes et leur entourage. À ce sujet une femme victime de FO affirme : « *Je faisais la cuisine pour mon mari et pour la belle-famille avant, depuis que j'ai attrapé cette maladie, il m'est difficile de continuer à cuisiner car mon mari et sa famille refusent de manger ma nourriture*<sup>160</sup> ».

Les propos de cette victime montrent que la FO est la conséquence d'une inconduite sociale ou même d'une exclusion sociale. Nous assistons à une sanction sociale ou discriminatoire de la part de son entourage.

### **B. Fistule obstétricale résultante de la transgression d'un interdit**

En Afrique en générale et au Cameroun en particulier, certaines maladies comme les FO sont interprétées comme la résultante d'une « *punition transgressive* »<sup>161</sup>. Nous entendons par transgression punitive ou « *punition transgressive* » une forme de punition que les individus dans leur imaginaire et interprétation relient à la violation des interdits. « *La punition transgressive* » est d'abord psychologique, sinon psychosociologique. À ce titre, elle se charge

<sup>157</sup> Albert CAMUS, *La peste*, Paris, Gallimard, 1972, p.15.

<sup>158</sup> Godefroy NGIMA MAWOUNG, « VIH/SIDA ou maladie de la honte au Cameroun », in : *Les Annales de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines*, Université de N'Gaoundéré, Vol. XVII, Paris, L'Harmatan, 2016, pp : 7-22.

<sup>159</sup> Pour les maladies liées à la faim et la honte que les victimes, voire les pays des victimes ont à en parler, lire les travaux de Jean ZIEGLER, *La faim dans le monde expliqué à mon fils*, Paris, Seuil, 2002 ; *Destruction massive, géopolitique de la faim*, Paris, Seuil, 2011.

<sup>160</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X4 le 07 septembre 2022 à Maroua à 09h 15mn.

<sup>161</sup> Sophie DUTEILDEYRIES, « les répercussions genrées de la transgression », in *transgression scolaire au prisme du genre*, 2020, pp. 221-257.

des pensées de l'esprit de punition et des conséquences possibles y afférentes. Elle est ensuite un rapport entre l'humain et le naturel, le lieu et l'esprit, l'homme et son environnement.

Par ailleurs, si l'on se débarrasse de l'imaginaire populaire l'interprétation subjective, l'on y pourrait y faire un raisonnement scientifique dans l'explication de la FO. En effet, ce que le commun des mortels ou le sens pratique<sup>162</sup> appelle cause de la FO n'est pas entièrement exclu par la rationalité scientifique. Cela tient un fondement scientifique.

En outre, le mariage précoce, la grossesse précoce peut être un facteur de la FO à Maroua. Une victime affirme : *«je me suis mariée à l'âge de 14 ans et deux mois après je suis tombée enceinte. Ma grossesse m'a fait beaucoup souffrir et pour finir j'ai eu cette maladie. Es gens se moquer de moi »*<sup>163</sup>.

Les propos de cette victime de la FO montrent combien le mariage précoce est source de FO dans la ville de Maroua.

### **C. La fistule obstétricale comme conséquence de l'infidélité de la femme**

La FO est aussi la résultante d'une infidélité. Une femme atteinte de cette maladie affirme à cet effet :

*Avant on ne connaît pas cette maladie. Ils se moquent de moi dans tous le village, ils ont dit que l'ai trouvé cette maladie dehors en faisant la borderie. À l'hôpital les médecins m'ont dit que c'est une maladie comme les autres et que je ne dois pas me plaindre...*<sup>164</sup>

Les propos de cette informatrice montrent comment le processus de la construction sociale de la maladie s'est enraciné. La fistule n'est pas connue dans la ville de Maroua. Les individus pensent c'est une malédiction et que les personnes atteintes ont été maudites.

## **II. BIOLOGIQUE ET DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE**

Dans cette partie, il s'agira de présenter la FO sous un angle médical. Autrement dit, la FO avant d'être considérée comme une représentation sociale est avant tout une maladie et qui dit maladie dit le biologique.

---

<sup>162</sup> Pierre BOURDIEU, *le sens pratique*, Paris, Minuit, 1980, p.44.

<sup>163</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X8 le 15 septembre 2022 à 14h 33mn.

<sup>164</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU auprès de madame X1 le 23 août 2022 à 11h 12mn.

## 1. Fistule obstétricale entre le biologique et le social

Outre la représentation sociale de la FO, il existe une représentation qui tient un discours scientifique sur la maladie. Nous avons nommé cette représentation le biologique et la maladie. Pas nécessairement opposée à la représentation sociale de la maladie, la représentation biologique explique scientifiquement la FO. Contrairement à ce que croit parfois le social, la fistule n'est pas une maladie de la honte, une fatalité, encore moins un mauvais sort jeté à une personne, elle est la combinaison d'un ensemble de facteurs qui détériorent l'organisme et produisent la maladie. Ainsi, résultante de la nécrose ischémique des tissus pelviens compressés au cours d'un travail anormalement prolongé, la FO est une ouverture anormale entre la vessie et le vagin ou entre le rectum et le vagin. Elle est une lésion liée à l'accouchement qui a été essentiellement négligée. La FO est un orifice anormal qui laisse passer les urines ou les matières par voies génitales féminines de façon continue et involontaire.

La FO est un phénomène qui interpelle les sciences sociales de nos jours, cette maladie sort de son domaine de la médecine ou de la biologie. La biologie à elle seule ne peut pas expliquer la fistule, il est important de souligner ou de mettre en évidence les positions des sciences sociales. Nous introduisons la FO au-delà de la dimension biologique mais aussi la dimension sociale à travers la sociologie.

## 2. Fistule obstétricale au prisme de la biologie

La FO est un phénomène aussi vieux que le monde, elle ne date pas d'aujourd'hui. Elle est une ancienne maladie. Depuis l'antiquité la FO constitue un danger permanent pour la santé des femmes enceintes pendant ou après l'accouchement dans des situations compliquées. Etienne PAPYRUS, rapporté par Laure FALANRY dans sa thèse de doctorat explique que « *si une femme a les urines qui coulent en permanence, elle les perdra toute sa vie* »<sup>165</sup>, partant de la citation de Etienne PAPYRUS, on essaie de montrer même l'historique de la FO avant l'avènement de l'ère chrétienne, elle ne date pas d'aujourd'hui.

La fistule est d'abord l'ouverture ou la connexion entre deux voies. La FO est la résultante d'une communication anormale entre le vagin et la vessie. Cependant, il existe plusieurs types de fistules qui sont regroupées sous le vocable de la FO. Il s'agit de la FVV, c'est-à-dire une communication entre le vagin et la vessie et de la FRV c'est-à-dire une communication entre rectum et le vagin.

---

<sup>165</sup> Laure FALANRY, *Fistule obstétricale en Afrique pour une solution. Médecine d'Afrique noire*, Médecine d'Afrique noire, Thèse de Doctorat PhD en médecine, Université de Lorraine, 1991, p.38.

L'accouchement compliqué est l'une des principales causes de la FO à Maroua. À cela s'ajoute les facteurs favorisant la FO qui sont les MGF, le mariage précoce, la malnutrition qui empêche le développement du bassin de la femme afin d'accoucher normalement. Le traitement de la FO est possible sur le plan de la médecine. Mais cette situation dépend de l'état de la femme fistuleuse, si elle vient tôt à l'hôpital elle évitera l'opération chirurgicale et elle sera soumise à un cathéter qui permet de réduire la pression sur les tissus et à la longue, certaines ouvertures peuvent se fermer seules. Dans le cas où le malade vient à l'hôpital tardivement, c'est-à-dire que la maladie atteint le niveau chronique, seul le recours à l'opération chirurgicale reste la voie possible pour le traitement.

### **III. ÉPIDEMIOLOGIE ET MANIFESTATION DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE**

À ce niveau il est important de souligner que la FO est une maladie dont il faut référer à l'épidémiologie et sa manifestation.

#### **1. Épidémiologie de la fistule obstétricale**

La FO était une affection courante dans le monde entier, mais elle a été éliminée de régions comme l'Europe et l'Amérique du Nord grâce à l'amélioration des soins obstétricaux. Elle est à peu près inconnue là où le mariage précoce ou la maternité précoce est découragé, où l'on enseigne à la femme à connaître le fonctionnement de son corps et où des soins médicaux qualifiés sont dispensés lors de l'accouchement. Les évaluations sont basées sur le nombre de celles qui recherchent un traitement dans les hôpitaux et les dispensaires, de sorte qu'elles risquent d'être de beaucoup inférieures à la réalité.

Trop peu de médecins ont les compétences nécessaires pour traiter la fistule génitale et pour effectuer un suivi des patients après l'opération chirurgicale. La plupart des traitements sont effectués en Afrique et en Asie par des chirurgiens de pays développés pour opérer toutes les femmes qui ont besoin de leurs expertises, ces femmes qui sont chaque jour de plus en plus nombreuses.

De nombreuses femmes ayant développé des FO ont donné naissance à la maison, souvent sans la présence d'assistants compétents, ou sans la possibilité d'accéder rapidement à des soins obstétricaux d'urgence. C'est ce qui ressort des propos de l'époux de cette victime :

*Ma femme et moi avons fait deux jours à la maison quand je voulais l'amener, ma tante qui était accoucheuse traditionnelle a refusé elle a dit que ça va aller, ma femme a bu beaucoup de remèdes jusqu'à moi, même j'ai dit que ça va, au moment de*

*l'amener à l'hôpital elle a déjà accouché l'enfant est mort et il y avait des urines qui coulait ma femme n'étais pas au courant qu'elle se mouiller. J'avais du mal à regarder ma femme dans cet état*<sup>166</sup>.

Les propos du mari de la victime illustrent encore comment un accouchement à domicile peut conduire à une fistule. Pendant l'étude, cinq de nos enquêtées ont eu des fistules suite à des accouchements à domicile, contre dix qui, elles ont eu des complications à la maison, mais qui ont pu atteindre une structure de santé.

Les fistules peuvent se produire à n'importe quel âge mais elles ont lieu le plus souvent chez les jeunes femmes dont le pelvis n'est pas entièrement développé. Le gynécologue à l'HRM Clovis OURCHINGH, laisse entendre pour sa part que, « *il y a les cultures qui envoient les filles tôt en mariage, mais ce n'est pas un problème du moment où la jeune fille est sous contraception* »<sup>167</sup>.

En effet, compte tenu de leur futur rôle de mère et épouse, la scolarisation est souvent jugée inutile, voire négative: « *la scolarisation des filles est ainsi tolérée, si le sentiment que les filles apprennent peu à l'école est conforté* »<sup>168</sup>.

À propos des facteurs de risque de développer la FO, Pierre-Marie TEBEU, fait savoir que la grossesse pendant l'adolescence est un facteur de risque de développer une FO. Ceci se justifie par le fait que 20 à 40%<sup>169</sup> de ces patientes ont développé la fistule pendant qu'elles n'avaient pas encore 20 ans. La primiparité est considérée comme un facteur de risque, le constat est clair, 50%<sup>170</sup> de ces femmes ont développé la fistule au premier accouchement. Le manque de consultation prénatale est un facteur de risque, d'après certaines séries, 92%<sup>171</sup> des patientes n'avaient pas fait de consultation prénatale. En outre, l'accouchement à domicile est un facteur de risque de développer une fistule, 58%<sup>172</sup> des patientes ont accouché à domicile selon certaines séries. Le travail prolongé peut être considérée comme facteur de risque, il est observé chez 70%<sup>173</sup> des patientes. Dans certains cas les patientes rapportent d'ailleurs que le

<sup>166</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de Monsieur SAID le 19 septembre 2022 à Maroua à 15h 34mn.

<sup>167</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de Clovis OURCHINGH, 23 août 2022 l'HRM à 10h 08mn.

<sup>168</sup> Marie-France LANGE, 2000, « Le droit à l'éducation des filles en Afrique : les limites des indicateurs », in *les indicateurs du droit à l'éducation : évaluation systémique et mise en œuvre d'un droit culturel dans les stratégies de développement*, pp.330-341.

<sup>169</sup> Pierre-Marie TEBEU et Charles Henri ROCHAT « Prise en charge des Fistules Obstétricales et non-obstétricales », « Manuel de vulgarisation », Fistulogie III, Vie après fistule, 2013.

<sup>170</sup> Idem

<sup>171</sup> Idem.

<sup>172</sup> Idem

<sup>173</sup> Pierre-Marie TEBEU et Charles Henri ROCHAT, « Prise en charge des Fistules Obstétricales et non-obstétricales », « Manuel de vulgarisation ». Fistulogie III, Vie après fistule, 2013.

travail aura duré cinq jours. L'analphabétisme, la pauvreté sont retrouvés dans la majorité des cas<sup>174</sup>.

## **2. Manifestation de la fistule obstétricale**

Pendant l'accouchement prolongé, la pression permanente de la tête du bébé contre le bassin de la mère interrompt l'afflux du sang dans les tissus mous qui entourent la vessie, le rectum et le vagin. La lésion ainsi causée aux tissus entraîne la dissolution, d'où l'apparition d'un trou, ou fistule. Le gynécologue à l'HRM Clovis OURCHINGH, affirme que « *les cas que nous avons ici sont essentiellement les FVV et les FRV dont elles développent cette maladie après une, deux jours voire une semaine, qu'elles commencent à couler les urines involontairement* »<sup>175</sup>. La fistule se trouve entre le vagin et la vessie (FVV), des fuites d'urines se produisent hors du vagin; dans le cas contraire si elle se trouve entre le vagin et le rectum (FRV), des pertes fécales ont lieu. L'écoulement permanent des urines est le signe principal, avec ou sans miction.

Pour Pierre-Marie TEBEU, la FO se manifeste par un écoulement continu des urines et/ou des selles observé cinq- sept jours après un accouchement laborieux<sup>176</sup>.

La FO dans la conception médicale ou biologique est vue comme une maladie qui peut être traitée en respectant certaines conditions. La biologie ou la médecine écarte toute représentation fataliste ou culturelle de la maladie, mais elle conçoit la fistule selon les raisonnements cartésiens. De nos jours, même la médecine dans sa démarche de soins aux malades n'écarte la dimension paramédicale et les sciences sociales s'occupent de cette dimension pour les maladies.

## **IV. CONSTRUCTION SOCIALES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE AU PRISME DES SCIENCES SOCIALES**

Il a été dit dans nos propos introductifs que la FO fait intervenir plusieurs sciences qui s'intéressent à sa problématique. La problématique de la FO met en évidence les différentes contributions pour améliorer la compréhension de cette maladie. La FO dans la contrée de Maroua devient dans une certaine acception un fait social total au sens de Marcel MAUSS. Cette

---

<sup>174</sup> Idem.

<sup>175</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de Clovis OURCHINGH, le 23 août 2022 à l'HRM à 10h 08mn.

<sup>176</sup> Pierre-Marie TEBEU et Charles Henri ROCHAT, « Prise en charge des Fistules Obstétricales et non-obstétricales », « Manuel de vulgarisation », Fistulogie III, Vie après fistule 2013.

maladie interpelle tout le monde : le social, le familial, la religion, l'économique, le démographique, l'État, la société civile, les ONG, etc.

### **1. Généralités des sciences sociales sur la Fistule Obstétricale**

La FO dans cette partie ne sera pas analysée sous son angle médical mais plus en fonction de son environnement social. La maladie de la fistule relève de la construction sociale. Donc la construction sociale de la FO fait intervenir plusieurs acteurs et les sciences sociales :

*L'idée que les maladies et les problèmes de santé ne sont pas de simples données naturelles, mais sont, pour une part, également le produit ou la conséquence de processus sociaux n'est pas nouvelle et se retrouve formulée de très nombreuses façons dans divers travaux de sociologues, d'historiens, de médecins et de philosophes<sup>177</sup>.*

Plusieurs auteurs ont fait de la maladie à un moment donné une de leur préoccupation. Ainsi les historiens se sont penchés sur la dimension historique de la fistule, c'est-à-dire comment la maladie a évolué et est devenue de nos jours presque un phénomène banal. Dans la banalisation, la sociologie du quotidien considère le banal rempli de sens et puissance selon Georges BALANDIER. Tout ce qui semble à nos yeux comme sans importance. La maladie ou la FO plus précisément est vue sous l'angle de l'anthropologie, de la psychologie, de la géographie, de la sociologie, de la psychosociologie reflète, au-delà de l'aspect médical, une analyse paramédicale.

La maladie et la santé apparaissent spontanément comme des phénomènes organiques, physiologiquement déterminés. Il ne va donc pas de soi que leur définition repose essentiellement sur la médecine ou la biologie mais aussi sur des fondements sociaux. Pourtant, la notion de construction sociale de la maladie est devenue une polémique d'actualité en sciences sociales.

Au début, les maladies qui ont trait avec la psychiatrie par exemple la maladie mentale ont fait couler beaucoup d'encre. François SICOT,<sup>178</sup> montre qu'il existe un lien entre la maladie mentale et la pauvreté. Pour lui, la situation financière des patients affecte leur prise en charge et par conséquent ils sont orientés dans les centres psychiatriques les moins performants. Ainsi, nous retrouvons l'analyse marxiste dans la prise en charge des patients. Karl MARX, rapporté par Madeleine GRAWITZ, ne disait-il pas que : « *ce n'est pas la conscience des*

---

<sup>177</sup>Marc LORIOL, « Séminaire de sociologie de la santé », École d'ingénieur. École du service de santé des armées, tiré de : <https://cel.archives-ouvertes.fr/cel-00362588> , p.9, consulté le 15 juillet 2022 à 20h 12mn.

<sup>178</sup> François SICOT, *Maladie mentale et la pauvreté*, Paris, L' Harmattan, 2001, p. 54.

*hommes qui détermine leur existence, c'est au contraire leur condition d'existence sociale qui détermine leur conscience* »<sup>179</sup>. Ces propos montrent que la pauvreté dans une certaine considération est une fatalité qui entrave la vie de l'homme. Les pauvres sont orientés dans les psychiatries de leur catégorie sociale où ils ne reçoivent pas les soins adéquats et qualifiés. De cette situation, nous assistons à une discrimination pour ne pas dire la disqualification sociale. Or, il est du devoir de l'État de s'occuper de ses concitoyens. Ainsi déclare Émile DURKHEIM, « *l'État, avons-nous dit, est l'organe de la pensée sociale* »<sup>180</sup>. Cette petite description de l'État prouve à suffisance que l'État a des obligations vis-à-vis de la population dans tous les secteurs de la vie sociale.

Face à la problématique de la maladie de la honte à travers la FO, comment les sciences sociales s'interrogent-elles ? Autrement dit, quelles sont les contributions des sciences sociales dans la compréhension de la fistule ? Répondre à ces questions nous amène à faire le tour d'horizon des sciences sociales à l'instar de la sociologie, l'anthropologie et de la psychologie dans leur compréhension de la maladie.

## **2. Sociologie, Anthropologie et Psychologie de la santé**

Les sciences sociales comme la sociologie, l'anthropologie et la psychologie de la santé s'intéressent à la problématique de la FO.

### **A. Sociologie de la santé sur la fistule obstétricale**

La sociologie de la santé naît dans les années 50 aux États-Unis d'Amérique. Elle est alors avant tout une sociologie de l'institution médicale qui s'intéresse à l'hôpital dans son organisation, son fonctionnement voire le rôle et le pouvoir du médecin. Ainsi, l'hôpital devient un champ d'investigation pour les sociologues américains. Un chercheur comme Serge ANSELM, consacra d'ailleurs toute sa carrière à l'analyse du monde médical. Au cours des années 70, la sociologie de la médecine, qui apparaît en France, devient progressivement une sociologie de la santé. Les sociologues vont s'intéresser notamment au malade comme acteur et à sa gestion quotidienne de la maladie. L'épidémie du VIH/SIDA va constituer un véritable laboratoire pour la sociologie, puis d'autres maladies font l'objet d'étude de la sociologie de la santé. D'après le gynécologue Clovis OURCHINGH :

---

<sup>179</sup> Madeleine GRAWITZ, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2001, p.99.

<sup>180</sup> Émile DURKHEIM, *Leçons de sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010, p.113.

*La fistule obstétricale dépasse largement en termes d'exclusion sociale des malades par leurs proches. Cette maladie, elle est mal comprise par la communauté et surtout dans la région de l'Extrême-Nord où le poids de la tradition intervient dans l'interprétation et la compréhension de cette maladie. Il faut une sensibilisation de la masse qui permet à la population de comprendre le danger de ces maux qui mine la société. C'est un travail qui doit réunir plusieurs chercheurs entre autres les sociologues<sup>181</sup>.*

Les verbatim de cet informateur montrent qu'il faut une intervention des sociologues dans la compréhension de la fistule. La région de l'Extrême-Nord et plus précisément la ville de Maroua est ancrée dans un système social qui, dominé par la tradition et le poids de la religion musulmane obscurcie la compréhension de cette maladie. Les femmes fistuleuses souffrent de l'exclusion sociale. L'exclusion sociale marginalise cette catégorie des femmes. La fistule au-delà du problème chirurgical révèle les problèmes sociaux. Cette partie sera développée dans le quatrième chapitre qui traite les conséquences de la FO.

Toutefois, dans la sociologie de la santé, la sociologie médicale est une branche de la sociologie qui est entourée par un ensemble de concepts sociologiques afin de se faire une bonne compréhension des diverses complexités que peuvent représenter, à l'analyse, les phénomènes de la santé et de la maladie.

*La sociologie de la santé traite des thèmes qui lui sont propres en interagissant avec d'autres disciplines et avec leurs différentes perspectives, ce qui ne peut laisser inchangées son approche théorique originale et son identité. La sociologie de la santé est en train de devenir plus qu'une simple sous-discipline dont les contours seraient définis au regard de la sociologie ; elle évolue vers un champ pluriel et interdisciplinaire de recherche<sup>182</sup>.*

La sociologie de la santé a dépassé largement le cadre d'analyse de son objet d'étude au début de son avènement. Elle est aujourd'hui plus large et elle s'interroge même sur les politiques de la santé publique, sur la qualité de la formation des médecins, sur le fonctionnement de la structure sanitaire.

---

<sup>181</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de Clovis OURCHINGH, le 23 Aout 2022 à l'HRM à 10h08mn.

<sup>182</sup> Ellen ANNANDALE, et al., « Théorie sociologique et sociologie de la santé et de la médecine dans les revues internationales », Sciences sociales et santé, Vol. 31, 2003/1 tiré de <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2013-1-page-13.htm>, DOI 10.3917/sss.311.0013, consulté le 19 Septembre 2022 12h 28mn.

## B. Anthropologie de la santé sur la fistule obstétricale

L'anthropologie de la santé est une branche de l'anthropologie qui étudie les croyances et rituels relatifs à la santé et de la description de la variation biologique chez l'homme<sup>183</sup>. Les tentatives d'expliquer et de modifier les états du corps humain sont présentes dans toutes les cultures du monde. Depuis le 21<sup>e</sup> siècle, les ethnologues s'intéressent à étudier les pratiques de soin, de traitement et de guérison. La notion de soin prête confusion et quelque fois même si le traitement a réussi, le soin et la guérison relève de la dimension de la société. Et c'est là que l'anthropologie de la santé intervient pour comprendre ces notions qui prêtent de l'ambiguïté.

Trois notions doivent être retenues pour aborder cette définition du soin, ou, plus précisément sur le plan médical, cette distinction entre soigner et traiter, et plus encore entre soin et guérison : notion hiérarchique, notion temporelle, notion sémiologique. Sur un plan strictement sémiologique, on pourrait dire que le soin s'adresse à la personne par exemple. On peut dire, je soigne « quelqu'un », le traitement à la maladie, je traite « la fistule ». La relation individuelle, personnalisée, sous-jacente à la notion de soin est sans doute ce qui domine toute la compréhension du terme. Le soin est majeur et c'est dans cette interaction que s'initie le processus de guérison.

En effet, pour prendre soin de quelqu'un est sans doute le premier stade de tout acte médical, mais cela implique qu'il y ait un engagement personnel de part et d'autre bien différent de l'application d'une thérapeutique, aussi sophistiquée et indispensable soit-elle. Une notion temporelle est sensible dans l'appréhension du soin et du traitement : le soignant soigne, et ce soin est immédiat, actuel, le soin est donné dans le temps présent. Le traitement est prescrit, à plus ou moins long terme. Il va se répartir dans le moment, dans la journée et former un tout pour une durée en jours, semaines, mois et même en années. Le soin, immédiat, est unique. Le traitement est réparti, évolutif et adapté. Sans doute pourrait-on décrire le traitement comme une succession de soins, car il ne convient pas non plus de les opposer.

Par ailleurs, on ne peut pas négliger la notion de hiérarchie qui s'est inscrite dans notre langage. C'est sans doute dans le vocabulaire administratif et dans la représentation sociale qu'est apparue le plus violemment cette échelle de valeurs entre le thérapeute et le soignant.

---

<sup>183</sup>Patricia HUDETSON, *« Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? »* Fédération des maisons médicales, consulté le 22 juin 2022 à 08h 12mn

C'est là que tout est dit comme si le « personnel soignant » excluait le médecin, comme si le médecin ne pouvait pas être « *soignant* », comme si le soignant n'était pas aussi thérapeute. Hiérarchie en quelque sorte inversée, car si le monde médical est ressenti comme détenteur de la connaissance et donc du pouvoir, le monde soignant est sans doute au plus près du « *soigné* » et indispensable à la transmission du traitement et à la vie, au quotidien du patient.

Dans la sphère médicale particulière que sont les soins palliatifs, cet habitus entre soin et traitement s'atténue. On traite le symptôme, au plus près, au plus juste, et c'est le soin, mais le traitement est là, puisqu'il a pour objectif la disparition du symptôme. Au-delà de l'action thérapeutique qui a pour but de faire disparaître la maladie et/ou ses causes, on traite le signe, le soin est traitement, mais il n'est plus le chemin de la guérison.

Le cliché ou l'étiquette que la société conçoit de la femme fistuleuse ou la femme victime de la fistule ne permet guère la réinsertion sociale de cette dernière. La représentation sociale de cette maladie pèse plus que sa dimension médicale. Les représentations sociales sont chargées des valeurs, des normes, des règles régies qui peuvent influencées positivement ou négativement un individu dans la société. C'est ainsi que Émile DURKHEIM, faisait la distinction entre la conscience collective et la conscience individuelle. Pour lui, la conscience collective c'est la société et la conscience individuelle représente l'individu et en revanche la conscience collective prime sur la conscience individu. L'individu obéit aux prescriptions de la société et cette dernière qui façonne l'individu par rapport au modèle de la société<sup>184</sup>.

L'anthropologie médicale s'est constituée en spécialité lorsque, dans les années 50, des anthropologues anglo-saxons ont été pressentis pour participer à des enquêtes d'épidémiologie touchant notamment l'alimentation et les soins du corps dans les sociétés occidentales. Depuis, cette branche de l'anthropologie s'est diversifiée en intégrant à son objet les théories, les pratiques et les institutions de la biomédecine moderne. Au-delà d'une ethnomédecine qui étudie les savoirs populaires comme éléments de culture, l'anthropologie s'intéresse à tous les usages du corps confronté à la reproduction, la sexualité comme le dit Maurice GODELIER, est « *la sexualité est toujours autre chose qu'elle-même* »<sup>185</sup>, la maladie, la thérapeutique, la chirurgie, ainsi qu'aux lieux, cadres et systèmes de recherche médicale, de soin, de santé comme les hôpitaux, les industries pharmaceutiques et les associations de soin. Plus que d'autres

---

<sup>184</sup> Émile DURKHEIM, *De la division du travail social*, Paris, 1893, PUF.

<sup>185</sup> Maurice GODELIER, « La sexualité est autre chose qu'elle-même », in : *Esprit, L'un et l'autre sexe*, 2001, pp. 96-104.

spécialités, l'anthropologie médicale a pour vocation à exercer une expertise dans les domaines de la bioéthique, de la procréation assistée, de la médicalisation des sociétés, de la mondialisation des biomédecines. La représentation de la maladie a favorisé l'essor de l'anthropologie de la santé à travers ses approches qui sont :

- Une approche micro sociale des systèmes de santé ;
- Une approche collective de la santé.

L'étude des soins en institutions et le développement de la santé publique représentent un domaine privilégié dans l'utilisation des connaissances fondamentales à travers leur transformation en modes d'intervention spécifiques ;

- Une approche globale et homogène de la santé, issue des problématiques de la mondialisation et de l'analyse statistique à visée prédictive.

Ces approches de l'anthropologie de la santé facilitent la compréhension et l'ampleur de la FO et permettent de mettre en place les politiques publiques en matière de la santé. Désormais, les politiques doivent prendre en compte les aspects culturels dans l'établissement des projets de lutte contre la FO. L'anthropologie nous apprend à tenir compte de la dimension individuelle et sociale dans tout le processus de soin, ce que la médecine occidentale, soucieuse d'objectivité, a oublié. Mais le champ africain met en exergue la compréhension et l'interprétation de la maladie autour de la culture.

### **C. Psychologie de la santé sur la fistule obstétricale**

La psychologie de la santé est une discipline très récente ; c'est un groupe de travail réuni en 1976 au sein de l'association américaine de psychologie qui signe sa naissance. Elle est définie comme « *l'étude des troubles psychosociaux pouvant jouer un rôle dans l'apparition des maladies et pouvant accélérer ou ralentir leur évolution* »<sup>186</sup>. En moins de 30 ans, elle a connu un essor considérable, d'abord dans le monde anglo-saxon, puis en France dans les années 90. Elle intègre les apports de la biologie, des neurosciences, de la psychologie clinique et sociale pour analyser les différents facteurs psychiques, sociaux et biologiques qui

---

<sup>186</sup> Marilou BRUCHON-SCHWEITZER et Robert DANTZER, *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris, PUF, 1994, 220p.

interagissent dans la santé. Ses deux principaux objectifs restent la compréhension des mécanismes en jeu dans les maladies et la promotion de l'hygiène de vie. Elle s'intéresse aux conduites à risque (tabac, sexualité...), à la manière dont les individus s'ajustent à la maladie, au soutien social des malades ainsi qu'aux conséquences du stress. Ayant fait la preuve de sa rigueur scientifique, la psychologie de la santé promeut de nos jours l'utilisation clinique de ses résultats, que ce soit dans les institutions pour personnes âgées ou les hôpitaux.

Les spécialistes de la psychologie posent des questions sur la relation entre le soignant et le soigné. Pour ces derniers la relation entre le médecin et son malade est très importante dans la transmission thérapeutique. La maladie a une dimension aussi affective. Les malades doivent être bien accueillis à l'hôpital et par la même occasion le médecin doit se comporter vis-à-vis des malades en fonction des règles de la déontologie afin que le malade ne soit pas frustré. Le malade doit être rassuré et avoir la confiance de soi venant de son médecin. Cette forme de relation aidera le malade à échapper le choc psychologique, le malade trouve de l'affection de son médecin. Cette approche privilégie beaucoup plus le côté psychique de la maladie.

Dans la compréhension de la FO, l'approche psychologique de la santé permet de récupérer les femmes exclues de leur société à cause de la fistule. Ces femmes sont désespérées et désorientées, elles ont besoin de soutien psychologique, affectif. Dans le cas de cette étude, après la guérison et après la sortie de l'hôpital des patientes, le MINSANTÉ accompagne l'Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes de l'Extrême-Nord (ALVF-EN) dans l'organisation des formations pour la réintégration de ces fistuleuses. Un technicien d'Agent de Santé Communautaire (ASC) affirme :

*Nous n'avons pas de moyens efficaces pour travailler et aider ces femmes à réintégrer facilement leur société. La communauté pense que cette maladie est une malédiction, d'aucuns pensent que c'est le fruit de la trahison. Cependant, plusieurs interprétations gravitent autour de cette maladie et c'est ce qui rend difficile la réintégration des femmes réparées de la FO<sup>187</sup>.*

On peut retenir de ces propos que les ASC n'ont pas assez des moyens conséquents dans l'exercice de leur travail de terrain. L'État doit doter à ces relais qui font un travail remarquable sur le terrain. La lutte contre la FO désormais passe par la sensibilisation et la prévention, c'est le travail de terrain.

---

<sup>187</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès d'ALI M le 18 septembre à Maroua à 14h 12mn.

En somme, de ce qui se dégage des sciences sociales et leur conception de la maladie et plus précisément la FO montre que cette pathologie, au-delà de sa dimension médicale à des considérations sociales, psychologiques et anthropologiques. Partant de ce postulat, on peut dire que la FO est un fait social total au sens de Marcel MAUSS. Elle est vue par la société comme une malédiction pour les uns, pour les autres un fruit de la trahison et de l'infidélité de la femme. Ces considérations paramédicales ont une lourde conséquence sur tous les plans de la vie sociale. Les sciences sociales permettent ou facilite la compréhension de ces comportements des individus vis-à-vis des malades des fistules ou des femmes victimes de la fistule. En effet, les politiques publiques en matière de la santé doivent prendre en considération les approches des sciences sociales dans la programmation ou l'élaboration des projets. Cette dimension des sciences sociales facilite la réussite des projets.

## **V. DIFFÉRENTES TYPES DES REPRÉSENTATIONSSOCIALES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE**

Il s'agit d'introduire une réflexion sur la typologie de représentations. En effet, nous avons l'autoreprésentation qui est une représentation que les malades ont d'elles-mêmes. Elle est fortement influencée par la représentation de la société, de l'entourage social mais surtout de la famille. Les théories de l'étiquetage de Howard BECKER, de la représentation de Denise JODELET, du stigmatisme de Erving GOFFMANN, de reconnaissance d'Axel HONNETH,<sup>188</sup> peuvent nous servir à comprendre et analyser cette autoreprésentation. Cette section tente de distinguer dans leur fonctionnement les différenciations de l'auto-représentation de la FO telle qu'enregistrée dans la ville de Maroua. Il s'agira de présenter les trois représentations que nous allons développer, à savoir la représentation fataliste, la représentation magique et la représentation réaliste.

### **1. Représentations fataliste et magique**

La FO, comme la plupart des maladies a plusieurs représentations. Au rang de ces représentations, figure la représentation fataliste. En effet, la représentation fataliste de la maladie inscrit celle-ci dans le registre des impossibles, de l'inévitable. Elle contraint le malade à se ranger dans le domaine d'un triste destin, dans un désespoir. Ainsi, la maladie est perçue par le malade et aussi par son entourage comme une destinée inévitable de cette personne. Des attitudes et comportements sont fortement influencés par cette représentation. Une victime de

---

<sup>188</sup> Axel HONNETH, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Éditions du Cerf, 2000, p. 232.

FO soutient que « *la fistule est perçue comme une malédiction. Ils se moquent de moi dans tout le village...* »<sup>189</sup>.

Selon les propos de cette victime, la FO est perçue comme une malédiction pour certains dans la ville de Maroua. Les individus pensent que c'est un destin et quelques personnes atteintes de cette maladie ont été maudites par DIEU.

De plus, cette représentation est passive car elle empêche au malade de tenter ou de chercher des moyens curatifs ; ayant accepté comme une fatalité, le malade et sa famille pensent et admettent que toute action aurait été de toutes les façons vaines. L'on comprend alors aisément pourquoi certaines victimes de la FO n'ont jamais recouru à un centre de santé ou à un service hospitalier même pour celles vivant dans les milieux qui en abritent.

La représentation fataliste de la maladie se renforce comme nous avons tenté de montrer de la perception de l'autre. En effet, elle se charge des connotations que lui ont attribuées autrui pour s'instituer dans la conscience du malade. Il faut aussi souligner à ce point le rôle que joue la considération familiale de la maladie dans la vision du malade. L'imaginaire ou le regard familial influence consciemment ou inconsciemment fortement le malade dont l'auto-perception se fait en côtoiement de la perception d'autrui, principalement du membre de sa famille.

À côté de la représentation fataliste de la FO, il convient de noter qu'il existe d'autres représentations. La représentation magique, contrairement à la représentation fataliste, celle magique explique la FO comme la résultante de la magie. Ainsi, les personnes atteintes des FO se considèrent et sont considérées comme des victimes de la magie de la sorcellerie. Ce raisonnement se prête mieux au raisonnement scientifique qu'il emprunte l'axe de la *sociologie* du « *mauvais cœur* » d'Akam MOTAZE<sup>190</sup>.

En Afrique, les phénomènes qui arrivent aux hommes sont généralement ramener pour leur compréhension à la sorcellerie ou à la magie. Tous les champs sociaux sont concernés ; aucun n'y échappe. En réalité, cette conscience de la magie ou de la sorcellerie est l'expression du rapport que l'humain entretient avec l'invisible. En réalité aussi, la magie joue un double rôle dans l'explication des conditions de l'homme et de ses malheurs.

---

<sup>189</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X1 le 23 août 2022 à Maroua à 11H 12mn.

<sup>190</sup> Akam MOTAZE, *Le social contre le politique en Afrique noire. Sociétés civiles et voies nouvelles*, Paris, L'Harmattan, 2016, p.291.

D'une part, elle permet d'incriminer autrui pour le mal qui nous arrive. Ce comportement consiste à chercher le bouc émissaire pour ses propres problèmes. Les psychologues parlent en termes de transfert ou de déni pour qualifier cette attitude à refuser l'évident et à chercher par tout moyen à lui trouver un responsable. C'est une attitude victimaire. Ainsi, le fait de savoir que l'on est victime d'une sorcellerie que d'une maladie normale au sens d'Émile DURKHEIM, crée chez les victimes des mécanismes d'atténuation du regard de l'autre qui, comme l'avons dit ci-haut, n'est jamais gratuit.

D'autre part, la représentation magique de la maladie vient prouver l'existence de cette attitude africaine à vouloir expliquer les malheurs, les maladies comme les actions mystiques de l'autre jaloux de notre succès. Dans le cadre de cette recherche, une fistuleuse « *préfère que cette maladie soit liée à une présence magique ou mystique qu'à la cause biologique des problèmes de l'organisme humain* »<sup>191</sup>.

## 2. Représentation réaliste

Comme son nom l'indique, il s'agit de la représentation qui considère la FO comme une maladie au même titre que les autres maladies. Elle est généralement l'œuvre des personnes plus ou moins disposées à suivre les traitements adéquats pour guérir de cette maladie.

Ainsi, ces personnes fréquentent les centres de santé et les cliniques dans le but de se soigner. Elles peuvent aussi appartenir à une association de fistuleuses ou à un syndicat. Il faut aussi noter que la représentation réaliste quoiqu'elle en soi est un processus, un mécanisme qui se met en évidence de manière constructiviste et progressif. Une représentation fataliste ou magique telle que nous l'avons analysée ci-haut peut devenir réaliste à partir du moment où le regard du malade et celui de son entourage changent vis à vis de la maladie. Une vision n'est rarement définitive. Elle peut selon les circonstances perdurer ou changer. Une victime asserte à ce sujet « *la FO est une maladie comme les autres dont les causes sont naturelles* »<sup>192</sup>.

---

<sup>191</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X7, le 22 septembre 2022 à Maroua à 06h 20 mn.

<sup>192</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X1 1, le 13 septembre 2022 à Maroua à 10h 30 mn.

## VI. RAPPORTS ENTRE LES PERSONNES MALADES ET LEUR ENVIRONNEMENT SOCIALE

À ce niveau de la réflexion, il est question de mettre en exergue les rapports entre les personnes malades et leur environnement social. Il est question de cerner les différents contours sociaux de la maladie en fonction des considérations sociétales et familiales. Pour ce faire, nous finissons le raisonnement sur deux types de rapports à savoir le rapport d'exclusion et les différentes exclusions sociales.

### 1. Rapport d'exclusion

Les réflexions menées ci-haut sur les formes de représentations ouvrent la voie à l'analyse des différents rapports qui se structurent autour de la FO. L'analyse de cette exclusion exige que l'on sache la situer à plusieurs niveaux. Le premier niveau est familial ; c'est-à-dire, que l'exclusion se passe à l'intérieur de la sphère familiale. C'est de l'exclusion primaire. Le second niveau se passe au sein de la société. Nous parlons alors de l'exclusion secondaire. Et enfin, le troisième niveau se passe chez le malade lui-même. Il est la résultante des deux précédents niveaux. C'est l'auto-exclusion.

### 2. Différentes exclusions sociales (exclusions primaire, secondaire et l'auto-exclusion)

Si nous disons de l'exclusion familiale qu'elle est la forme primaire de l'exclusion, elle est avant tout la forme la plus douloureuse pour le malade. À partir du moment où la famille commence par snober l'un de ses membres malades, celui-ci voit le monde s'écrouler.

*Avant ma maladie, j'entretenais une bonne relation avec ma famille, mes ami(e)s, mon entourage, bref avec tout le monde. C'était la belle vie (...) Depuis mon premier accouchement, les choses se sont compliquées pour moi. J'ai appris quelques années plus tard que j'ai une fistule. Du jour au lendemain, je suis devenue subitement différente, répugnante. Le tout, c'est que même ma propre famille ne m'accepte que difficilement. Ma vie est devenue une prison, je m'enferme seule à la maison je pars nul part<sup>193</sup>.*

Dans ce cadre de notre enquête, une femme sur les 15 a été victime du rejet familial. Les malades constituent une société marginale au sens d'Axel HONNETH, produite par un autre type de société que l'auteur qualifie de société du mépris<sup>194</sup>.

<sup>193</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X9 le 04 septembre 2022 à Maroua à 07h 50 mn.

<sup>194</sup> Axel HONNETH, *La société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*, Paris, La Découverte, 2008, p.350.

En deuxième position de notre l'analyse, nous parlons de l'exclusion secondaire. En effet, l'exclusion secondaire, contrairement à l'exclusion primaire, est une forme d'exclusion qui se passe dans les instances sociales secondaires de socialisation. Elle concerne à cet effet les services professionnels des malades, leurs lieux de cultes ou de loisir, bref leur fréquentation. Ici, la malade est esseulée, abandonnée mais par-dessus tout stigmatisée. Les propos de madame X10 sont illustratifs à cet effet :

*Cette maladie est une fatalité, une malédiction. Elle chasse tous tes ami(e)s. tu te sens seule. Mes proches amis ont rompu les liens avec moi ; on ne se voit plus. Personne ne nous supporte vraiment. Si j'étais insulté de sorcière, c'est mieux que de vivre en solitaire<sup>195</sup>.*

L'on comprend à travers ce récit, la pertinence de l'exclusion secondaire. Les victimes sont marginalisées, exclues dans le cercle social, familial ou parental dans lequel elles ont été longtemps membre. La FO est considérée comme une fatalité. C'est d'ailleurs la représentation fataliste de la maladie dont nous avons évoqué ci-haut. Au niveau professionnel, la FO crée des marginaux et aboutit parfois à l'abandon.

La FO est un facteur de perturbation dans la vie des malades. Elle crée des déséquilibres et de vides qui ne peuvent se compenser que rarement. Par ailleurs, la FO ne crée pas à tous les coups de formes d'exclusion. Elle occasionne aussi des rencontres autour desquelles des nouveaux liens peuvent se tisser. Ainsi, au sein des centres de prise en charge et de suivi des malades, des liens s'établissent d'une part entre les malades et les agents soignants et, d'autre part entre les malades de fistules eux-mêmes. Les propos ci-dessous sont fort édifiants :

*Au début, c'était difficile pour moi ; je suis jeune et je ne voulais pas admettre que je souffre d'une fistule obstétricale. J'étais agressive avec tout le monde ; j'avais honte de moi-même (...). Avec l'aide des personnels de l'hôpital et les autres fistuleuses, nous sommes devenues quasiment une famille. Nous nous entendons bien. Nous nous comprenons dans la douleur. C'est bizarre mais j'ai retrouvé le sourire. Moi qui n'y ai jamais cru. Les médecins nous disent qu'on peut guérir si nous suivons les instructions. Notre conseillère sociale nous a dit qu'elle est une ancienne fistuleuse. Aujourd'hui, elle est bien portante ; elle est mariée et elle a trois enfants. Cela nous a redonnée de l'espoir<sup>196</sup>.*

Ces propos, contrairement aux précédents, laissent entrevoir une lueur d'espoir. Plus encore, ils nous montrent l'existence d'une socialisation à l'intérieur de ce que nous avons

---

<sup>195</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X10 le 07 septembre 2022 à Maroua, à 16h 03 mn.

<sup>196</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X3 le 03 septembre 2022 à Maroua à 10h 10mn.

convenu d'appeler une « *société de fistuleuses* ». À présent, nous introduisons le dernier volet de l'exclusion qui est l'exclusion de soi ou l'auto-exclusion.

L'exclusion de soi ou l'auto-exclusion est la résultante combinatoire des deux précédentes exclusions. Elle peut en être une résultante directe ou une résultante indirecte. Dans tous les cas, elle y est liée de façon irréversible. En effet, elle est une résultante directe à partir du moment où elle se construit sur la base de ces exclusions. Ainsi, une malade qui a été « rejetée » par sa famille (exclusion primaire) et par sa société (exclusion secondaire) est contrainte à l'exclusion. Cette forme d'exclusion est dite d'auto-exclusion que lorsqu'elle se base sur un fond anticipateur ; c'est-à-dire, le malade constatant le mécanisme progressif de son exclusion, en anticipe pour éviter l'inévitable. Ce dernier point relève d'une résultante indirecte. Une femme atteinte de la FO soutient :

*Une fois je me suis rendu au mayo, juste à côté de chez moi pour y faire ma lessive, puisque je n'ai pas accès au puits et personne ne me ramène de l'eau, de loin les regards des autres me parlaient, une fois arrivée je me suis mise de côté...<sup>197</sup>.*

Il ressort de ce verbatim que le regard d'autrui et celui de la société contraignent généralement le malade à se renfermer sur lui-même. Le refus de s'ouvrir doit se comprendre à double sens. D'une part, il doit être pris comme une stratégie défensive, une carapace que brandit le malade pour se protéger d'un rejet presque irréversible. D'autre part, il participe à réduire le choc car de toutes les façons, le malade aurait déjà une conscience de marginal. Elle ne lui sert d'élément amortisseur du choc mais elle n'interdit par la survenue de celui-ci.

---

<sup>197</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X15 le 20 septembre 2022 à Maroua à 10h 33mn.

Au terme de ce chapitre portant sur les représentations de la FO, nous avons montré, dans ses grandes articulations, les différentes perceptions de cette maladie à la fois par les fistuleuses elles-mêmes et par leur société. Cette étude a permis de classer les constructions sociales de la maladie. Ainsi, outre les raisons biologiques ou médicales qui expliquent la FO, les hommes ont leur propre *vision profane* qui la conçoit comme fruit d'une malédiction (représentation fataliste), d'une infidélité ou d'un sort (représentation magique). Le langage médical à lui seul n'explique pas les différentes représentations de la maladie qui trouve toute l'essence de son existence que si elle est liée aux représentations sociales. Ce sont ces dernières qui procèdent au phénomène de marginalisation et d'exclusion tel qu'abordé dans le présent chapitre. Par ailleurs, cette analyse a permis d'établir l'existence d'une représentation réaliste de la maladie. C'est cette dernière qui explique le phénomène de prise en charge qu'acceptent les malades rencontrés dans les services de santé dans la ville de Maroua.

## CHAPITRE 4 :

### CONSÉQUENCES ET PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIME DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA

Il s'agira dans ce chapitre de saisir les conséquences de la FO. Ce chapitre esquisse une analyse de la vie des femmes atteintes de la FO dans les rapports qu'elles entretiennent avec leur entourage social. Il est également question de développer dans les lignes qui suivent les conséquences sociales, physiques ou biologiques et psychosociologiques ainsi que la prise en charge des fistuleuses à Maroua sous un angle d'une sociologie des représentations.

#### I. CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA

La FO mal et/ou non traitée est source de plusieurs conséquences sociales dans les ménages à Maroua.

##### 1. Fistule obstétricale comme source d'exclusion sociale

Ces conséquences sont source d'exclusion sociale, source de conflits au sein de la famille et de malédiction. En un mot, les conséquences de la FO fragilisent la cohésion sociale entre les malades et leur communauté. Les malades sont parfois marginalisées par les membres de la famille, par leur conjoint. Par ailleurs, il leur est difficile d'exercer une profession, c'est ainsi qu'elles ont tendance à vivre dans l'isolement. Une victime affirme à cet effet que :

*J'étais une commerçante je faisais les beignets devant ma maison... Depuis que j'ai attrapé cette maladie, il m'est difficile de continuer à faire ce travail et de faire autre chose, les pertes blanches, les vésicules et les démangeaisons sont gênantes<sup>198</sup>.*

Les propos de cette femme (madame X4) soutiennent que vivre avec la FO est une chose embêtante. Elle témoigne qu'elle n'arrive pas à s'occuper ou exercer certaines tâches ménagères. La fuite de l'urine et l'odeur l'empêchent de venir auprès de son entourage et par conséquent la victime crée un auto-isolement pour ne pas dire l'auto-marginalisation. Cette

---

<sup>198</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X4 le 07 Septembre 2022 à Maroua à 09h15mn.

situation fait de la malade un être qui vit dans la société et qui ne participe pas aux activités de la société.

L'isolement ou le rejet ne s'arrête pas seulement au niveau de la famille. Certaines femmes sont exclues des activités quotidiennes dans leur communauté. La FO provoque l'isolement des victimes de la famille. Les fistuleuses sont écartées de toutes les activités sociales qui ont trait avec le groupe social. Comme le laisse entendre notre enquêtée, il lui était interdit de puiser de l'eau au puits avec les autres pour ne pas les contaminer :

*Une fois je me suis rendu au mayo, juste à côté de chez moi pour y faire ma lessive, puisque je n'ai pas accès au puits et personne ne me ramène de l'eau, de loin les regards des autres me parlaient, une fois arrivée tout le monde est quitté et s'est rendu de l'autre côté de la mayo sans même m'adresser la parole. J'entendais uniquement des chuchotements et les moqueries de leur part<sup>199</sup>.*

Nous assistons à une exclusion sociale sévère basée sur des éléments ou des représentations de la vie sociale que se font les membres du groupe à travers leur vécu quotidien. La sanction sociale est répulsive ou même discriminatoire. Le gynécologue à l'HRM Marie-Louise ARMIKE, fait comprendre que l'une des conséquences de la fistule est l'altération profonde de l'individu du fait de son entourage.

Les réactions et la qualité du soutien des membres de la famille et des conjoints étaient différentes d'une évaluation à l'autre. Les femmes et les adolescentes vivant avec une FO ont fréquemment fait référence à leur rejet de la part de leur mari ou des membres de leur famille.

*Lorsque mon mari a appris mon état de santé, [sous-entendu malade de fistule obstétricale] il m'a chassée à coup de fouet, insinuant que je l'avais trompé, et m'a demandé de partir avec ma malédiction et de ne plus remettre les pieds chez lui. Je l'ai supplié mais en vain ; cela s'est passé en soirée je ne savais chez qui me tourner. Tout le village me rejetait. J'ai compris que tout était fini pour moi<sup>200</sup>.*

Ce témoignage fort profond de cette femme montre la dimension répulsive de la société vis-à-vis des femmes atteintes de FO. On comprend alors cet extrait que les personnes atteintes de la maladie sont rejetées par leur communauté. En réalité, cette réaction nous ramène encore aux formes de représentations de la maladie telles qu'introduites dans le troisième chapitre de notre travail et qui sont les préalables de l'exclusion. Ainsi, que les malades soient exclues ou

---

<sup>199</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X15 le 20 septembre 2022 à Maroua à 10h 33mn.

<sup>200</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X11 le 13 septembre 2022 à Maroua, à 10h 30mn.

acceptées, il est question des perceptions, des représentations que la société se fait de cette maladie.

Dans les représentations de la maladie, c'est-à-dire la fistule, certaines personnes pensent que la FO est une malédiction. C'est le cas du mari de la femme chassée de son foyer du fait d'une explication paramédicale de la FO. Ces explications sont les fruits de leur représentation du monde. Nous voyons ici que la FO est source de divorce au sein du foyer.

## **2. Fistule obstétricale comme facteur de divorce**

Parler de la FO comme facteur de divorce revient tout simplement à analyser les représentations que font les individus autour de cette maladie. C'est par exemple le cas de la femme répudiée par son mari :

*Lorsque mon mari a appris mon état de santé, [sous-entendu malade de fistule obstétricale] il m'a chassée à coup de fouet, insinuant que je l'avais trompé, et m'a demandé de partir avec ma malédiction et de ne plus remettre les pieds chez lui. Je l'ai supplié mais en vain ; cela s'est passé en soirée je ne savais chez qui me tourner. Tout le village me rejetait. J'ai compris que tout était fini pour moi<sup>201</sup>.*

Le verbatim de cette victime montre que la FO est facteur de divorce dans les ménages à Maroua. Les cas de divorces autour de la FO sont nombreux et causent d'autres conséquences aux familles et surtout aux enfants. Cette conséquence occasionne la monoparentalité qui est facteur de risque pour un enfant mais le fait qu'elle est associée davantage à la précarité et concerne principalement les couches les plus vulnérables. Ainsi, à Maroua, la grande partie de la famille est constituée des familles à revenu faible.

Les enfants de familles monoparentales manifestent statistiquement davantage de difficultés que les autres, sur le plan comportemental ou scolaire. Mais il est aujourd'hui très difficile de prouver que c'est la monoparentalité en tant que telle qui constitue un facteur de risque pour un enfant. Mais le choc de la séparation des parents affecte les enfants. Il y a aussi des moments où dans certaines situations les enfants se retrouvent après le divorce avec le père. Ce dernier du fait de ses occupations professionnelles ne parvient pas à encadrer ces enfants sur le plan scolaire, psychologique, affectif, sanitaire et nutritionnel. Cette situation rend vulnérables ces enfants et hypothèque les chances de réussite de ces derniers.

---

<sup>201</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X11 le 13 septembre 2022 à Maroua, à 10h 30mn.

Il y a aussi de forte chance que ces enfants, avec leur mère qui n'a pas un pouvoir d'achat qui lui permet d'assurer l'éducation ou de s'occuper convenablement de ses enfants, peuvent ne pas fréquenter. Le faible pouvoir d'achat des femmes à Maroua se présente sous l'angle de l'invisibilité de la femme dans le secteur économique. Cette insuffisance s'explique par les mécanismes qui empêchent ces dernières à exercer des AGR. C'est ainsi que Akam MOTAZE,<sup>202</sup> désigne ces femmes de « *debbo saré* »<sup>203</sup>. Cette appellation s'explique par le comportement des femmes et surtout en grande partie des femmes peules qui passent presque toute leur activité au sein du ménage.

S'il est aussi ardu d'analyser l'impact de cette seule variable c'est d'une part parce que la monoparentalité de nos jours est très souvent associée à une autre dimension dont on connaît bien les effets négatifs sur le devenir des enfants : la précarité. Et d'autre part parce, qu'il n'est pas aisé de distinguer l'impact sur l'enfant de la monoparentalité seule de celui du traumatisme généré par le conflit parental et la séparation. Nous constatons aussi que l'individualisme prend le dessus sur le social africain et par conséquent, les familles monoparentales sont exposées au danger de tout bord. Toutefois, un autre aspect du social africain qui perd sa valeur et occasionne la fragilisation ou la disparition de la famille élargie africaine où les membres de cette famille peuvent trouver de l'abri en son sein.

Cette structure familiale tend à disparaître à cause de l'influence de la mondialisation. C'est ainsi que Akam MOTAZE, affirme: « *l'évidence au terme de cette étude est que les dynamiques du rapport social capitaliste vont toujours de pair avec l'évanescence du social* »<sup>204</sup>. L'auteur montre que les dynamiques capitalistes ont déstructuré le social africain. Ramenons cette situation dans le cadre de notre analyse, nous assistons à la destruction de la structure familiale qui est la famille élargie. La famille élargie autrefois est un lieu de sécurité, de solidarité, un lieu de refuge mais face au pouvoir et la poursuite de l'argent, elle ne joue plus ce rôle.

La dislocation familiale a des conséquences négatives sur la famille. Les enfants vont grandir sans père ou soit sans mère. Cette séparation affecte nécessairement le développement de la famille où nous pensons que le développement doit prendre en compte le vivre-ensemble comme fondement de tout projet de développement.

---

<sup>202</sup>Akam MOTAZE, *Le social et le développement en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 2009, p.266.

<sup>203</sup>Appellation en fulfulde désignant une femme de ménage

<sup>204</sup>Akam MOTAZE, Op. cit, 2009, p.266.

On le voit bien, la monoparentalité seule, expurgée du contexte économique, social et culturel, est dissociée des effets de la séparation en elle-même, ne peut être tenue pour responsable, de façon absolue et définitive, des difficultés plus fréquentes des enfants qui vivent avec un seul parent. Difficultés réelles mais potentiellement attribuables à d'autres causes.

La vie quotidienne est une invention des hommes elle met en place plusieurs actes sociaux<sup>205</sup>. Pour Erving GOFFMAN, elle est une théâtralisation qui met en scène plusieurs acteurs à travers les interactions sociales<sup>206</sup>. La FO est porteuse d'une charge sociologique importante qui résume, au-delà du cadre familial, tout le périple des personnes atteintes de FO dans la zone de Maroua.

La survenue d'une fistule chez la femme peut être source de rupture d'union. Il faut noter que ce facteur est très restreint dans le cadre de notre travail. Sur les 15 femmes interrogées, deux femmes ont déclaré avoir été divorcées ou ne vivant plus avec leur conjoint.

La survenue de la fistule, entraîne la fragilisation de la famille, les enfants sont abandonnés à eux par conséquent ils se livrent à des activités déviantes. La mère n'a plus une certaine autorité sur les enfants, elle ne peut plus gronder, ou parler aux enfants comme avant. L'état des femmes fistuleuses se répercute sur leur vie conjugale. Les rapports sexuels étant interdits pendant six mois pour certaines, cependant, les maris que l'on peut considérer comme « infidèles » adoptent des comportements peu honorables vis-à-vis de leurs femmes. Ces comportements ne sont rien d'autres que l'infidélité.

C'est, une victime de FO relate que la situation qu'elle a vécu dont les propos disent que : « *mon mari ne me cache plus son infidélité, cela a commencé quand j'étais à l'hôpital et quand je suis même rentrée à la maison, mon mari continuait à m'ignorer jusqu'à ce que je sois guérie* »<sup>207</sup>. Le comportement du mari relate la dimension d'infidélité autour de la FO. Les femmes fistuleuses sont victimes de la trahison de leur conjoint.

Par ailleurs, les conjoints ont continué à soutenir leurs femmes dans certains cas. Ce n'est pas dans tous les cas de fistules que les femmes sont abandonnées, il y a des cas où les maris ont compris la situation des femmes malades. Notre analyse sera nuancée par le comportement

---

<sup>205</sup> Michel DE CERTEAU, *L'invention du quotidien. Arts de faire*, Paris, Gallimard 1990, p. 21.

<sup>206</sup> Erving GOFFMAN, *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*, tome 1, Paris, Minit, 1973, p.76.

<sup>207</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X6 le 02 septembre 2022 à Maroua, à 08h 11mn.

des maris qui ont une autre vision de la fistule et qui ne chassent pas leur femme parce qu'elle est malade. Le mari se trouve à moitié responsable. Cette maladie a aussi une dimension sexuelle.

*Mon mari était avec moi depuis ma maladie jusqu'à l'opération et ma sortie de l'hôpital, et a même refusait que ma famille se déplace à cause de la grande distance et le coût du transport, il m'a dit que c'est arrivé quand tu mettais notre enfant au monde ce n'est pas toi qui l'a souhaité<sup>208</sup>.*

Ici, la fistule est accueillie comme une maladie et le mari partage la peine avec sa femme. La dimension affective aide beaucoup plus les malades à se reconforter. Pour arriver à ce genre de situation, faut une sensibilisation pour que la population comprenne que c'est une maladie comme les autres et elle n'est pas contaminable ni une malédiction.

À ce sujet, Émile DURKHEIM, disait : « *l'homme n'est l'homme que parce qu'il vit en société. Retirer l'homme tout ce qui est d'origine sociale, et il ne reste plus qu'un animal analogue aux autres animaux* »<sup>209</sup>. L'auteur montre que c'est la société qui fait l'homme à travers le processus de socialisation. La dimension sociale dans la vie des hommes dépend de leur degré de l'imbrication sociale.

## **II. CONSÉQUENCES PHYSIQUES OU MÉDICALES DES FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA**

Non traitée, la FO peut entraîner divers troubles tels que les lésions physiques et les problèmes d'hygiènes.

### **1. Lésions physiques**

La vie des femmes victimes des FO s'accompagne par des blessures dont elles souffrent. En effet, la fistule peut provoquer des infections des ulcères, des maladies rénales, des plaies douloureuses, l'infertilité et même la mort.

Concernant les infections ulcères, elles constituent un ensemble de douleur au niveau de l'appareil génital féminin. Une femme atteinte de cette maladie affirme « *j'avais des douleurs au niveau de bas-ventre lorsque les urines sortaient. Je n'étais pas capable de marcher*

---

<sup>208</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame XI4 le 21 septembre 2022 à Maroua, à 10h 35 mn.

<sup>209</sup>Émile DURKHEIM, *Leçons de sociologie*, Paris PUF, 1950, p.96.

*normalement. Tout mon corps me faisais mal »*<sup>210</sup>. Les propos de cette dame montrent qu'elle souffre d'une crampe ou à une sensation de faim douloureuse, et surviennent habituellement après la sortie involontaire des urines.

La FO peut avoir comme impact les maladies rénales. C'est une détérioration lente et progressive de la capacité des reins à filtrer le sang<sup>211</sup>. Des nombreuses maladies telles que la FO peut porter atteinte au rein de façon irréversible. Une lésion anale peut devenir une maladie rénale si la fonction rénale n'est pas rétablie après un traitement et dure plus de trois mois. Ainsi donc, toute situation pouvant provoquer une lésion anale peut également provoquer une maladie rénale.

S'agissant des plaies douloureuses nous avons les irritations entre les cuisses dues aux séquelles nerveuses. Au niveau des jambes, on peut ainsi voir apparaître des plaques rouges, des boutons, des lourdeurs avec ou sans gonflements, ressentir un aspect rugueux. La fistuleuse se gratte entre les jambes qui laissent certaines d'entre elles incapables de marcher. Les odeurs résultant des incontinences permanentes isolent les femmes. On note également la présence des infections vaginales ou urinaires récurrentes, de l'irritation ou l'inflammation du vagin, du périnée ou de la peau autour de l'anus sans oublier un abcès qui peut éventuellement être dangereux s'il n'est pas traité.

L'infertilité est définie selon l'OMS<sup>212</sup> comme l'incapacité d'un couple à parvenir à une conception et à mener une grossesse à terme après un an de rapports sexuels réguliers et non protégés pour les femmes de moins de 35 ans et après 6 mois pour les femmes de plus de 35 ans. La FO est source de l'infertilité féminine car une fois atteinte de cette maladie, la fistuleuse est appelée à concevoir après un moins deux ans.

## **2. Problèmes d'hygiène**

Les FO se manifestent par une fuite continue d'urines ou de matières fécales à travers le vagin<sup>213</sup>. Les infections du tractus urinaire sont fréquentes ; l'ulcération de la région génitale et l'humidité persistante sont observées. La FO peut être accompagnée d'autres complications, à l'exemple du "steppage", conséquence des dégâts neurologiques des membres inférieurs. Ces

---

<sup>210</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X10 le 07 septembre 2022 à Maroua, à 16h 03mn.

<sup>211</sup> Malkina ANNA, Insuffisance rénale chronique (maladie rénale chronique), mémoire de Master, Université de Californie, San FRANCISCO, octobre 2021.

<sup>212</sup> OMS International Classification of Diseases, 11 Revision, Geneva, 2018.

<sup>213</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU auprès de Clovis OURTCHINGH, le 23 août 2022 à 'HRM à 10h 08 mn.

dégâts sont dus à la compression soutenue de la tête fœtale sur les nerfs pelviens, la conséquence étant la difficulté à marcher.

Le gynécologue à l'HRM Clovis OURCHINGH<sup>214</sup> souligne aussi que la fistule a un impact sur la maternité si la femme accouche, elle ne peut plus accoucher parce que les tissus, les organes du vagin sont vraiment endommagés.

Outre conséquences de la FO sont les manques d'hygiènes corporelles. Une fois atteinte de cette maladie, les femmes souffrent de manque d'hydratation due aux fautes qu'elles ne boivent pas assez de l'eau de peur d'uriner. Cette absence d'hygiène corporelle apparaît alors qu'auparavant la personne parvenait à se changer de sous-vêtement. Aussi, le malade dégage des odeurs nauséabondes ; il est impossible pour elle de retenir les urines et/ou les matières fécales. Toutes ces conséquences conduisent les femmes à s'isoler, et à la dépression : quelles sont les conséquences psychologiques ?

### **III. CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DES FISTULES OBSTÉTRICALES**

Cette maladie révèle des conséquences psychologiques. Ainsi comme nous pouvons la constater, la FO a des conséquences psychologiques qui sont source de stigmatisation et de suicide.

#### **1. Fistule Obstétricale comme source de stigmatisation**

Nous notons une attitude négative de la population non affectée vis-à-vis de la fistule pendant notre étude. Les réponses donnaient une idée de l'extrême détresse ressentie par les femmes vivant avec une fistule. En conclusion, les femmes vivant avec une FO sont très souvent victimes de stigmatisation, de discrimination et, au bout du compte, d'exclusion sociale. Les trois domaines de stigmatisations sont observés dans le cadre de notre étude à savoir le premier vise les personnes ayant une manifestation physique caractérisé par les manifestations visibles (cicatrices, infirmité physique), le deuxième quant à lui est psychique (troubles mentaux, comportement) et le troisième concerne les personnes de différentes appartenances (pays, religion, ethnie). Cela a non seulement des conséquences psychologiques individuelles, mais signifie aussi que les femmes vivant avec cette maladie sont souvent cachées et donc plus

---

<sup>214</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU auprès de Clovis OURTCHINGH, le 23 août 2022 à 'HRM à 10h 08 mn.

difficiles à atteindre lorsque des services de chirurgie de la FO sont disponibles. On constate dès lors comment un problème médical peut conduire à un problème social.

*Ma fille quand j'avais ton âge et que j'étais atteint de cette horrible maladie, le médecin m'a regardé d'un air soucieux et m'a dit madame j'espère que vous avez déjà un enfant parce que vous ne le pourrez plus, votre cas est critique et l'on doit vous (pause accompagnée d'un air triste) retirer vos trompes et votre utérus. Oui, à ce moment j'ai compris que l'enfer peut s'abattre sur tout le monde, une femme qui ne peut plus enfanter à quoi ça sert dans nos cultures<sup>215</sup>.*

Les dégâts provoqués par la FO chez la femme peuvent la conduire à devenir stérile et par conséquent, elle peut décider de ne plus jamais accoucher. Cette situation affecte le psychique de la femme et cause de troubles psychologiques chez cette dernière. Les femmes malades ont de grand risque de ne plus procréer.

*À chaque fois que j'entrais dans le car pour me rendre en ville pour mes rendez-vous, les regards étaient fixés sur moi, les autres se moquaient tandis que d'autres murmuraient, pendant que certains avaient aussi un regard compatissant. Au début je me mettais à pleurer, mais avec le temps je me suis habituée jusqu'à ce que j'aie retrouvé ma guérison totale<sup>216</sup>.*

Chez les sujets individuels, le principe de réalisation de soi semble aujourd'hui produire plus de souffrance que d'épanouissement, donnant ainsi naissance à de nouvelles pathologie de l'individuation (vide intérieur, sentiment d'inutilité, désarroi et absence de repères, etc.)<sup>217</sup>. C'est ce que ressentent les fistuleuses, un vide intérieur c'est à dire le sentiment d'être morte ; un sentiment d'inutilité le fait de ne rien faire, d'être isolées, enfin le désarroi et une absence de repères elles ne savent vers qui se tourner à qui parler, elles sont perdues dans leurs pensées.

L'on se rend compte que la fistule ne touche pas seulement le côté physique de la malade, mais également son côté psychologique. La souffrance devient alors multiple. Dans nos enquêtes trois femmes nous ont fait savoir qu'elles ne pouvaient plus procréer. Et celles même qui ont pu procréé à nouveau l'ont fait après deux ans et par césarienne. Elles vivent généralement dans une abominable pauvreté, rejetées ou blâmées par la société, incapables de gagner de l'argent, et sombrent de plus en plus dans le dénuement et le désespoir.

---

<sup>215</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès sde madame X8 le 15 Septembre 2022 à Maroua, à 14h 33mn.

<sup>216</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X3 le 03 Septembre 2022 à Maroua à 10h10 mn.

<sup>217</sup> Olivier VOIROL, *La société du mépris, Vers une nouvelle théorie critique*, la Découverte, Paris, 2006, p.88.

La raison de cette souffrance est que ces jeunes filles ou ces femmes vivent avec une FO due à des complications survenues pendant l'accouchement. Leur bébé n'aura probablement pas survécu, ce qui ajoute à leur dépression, leur douleur et leur souffrance. Beaucoup de femmes vivant avec une FO ont été traumatisées par les événements entourant la naissance de leur bébé et par l'ostracisme fréquent dont elles sont victimes par la suite de la part de leur mari, d'autres membres de leur famille et de leur communauté. Certaines se considèrent comme maudites, sont effrayées, renfermées ou déprimées. Souvent elles pensent que l'hôpital n'est qu'un lieu de douleur, de souffrance et de mort<sup>218</sup>.

## 2. Fistule Obstétricale comme facteur de suicide

Du fait de leur rejet social, certaines femmes ayant vécu avec une FO pendant un certain temps peuvent souffrir d'anémie et de malnutrition. Pour certaines femmes, c'est l'incontinence sans fin des urines qui les expose à des infections plus tard, ce qui crée de leur part, un sentiment de rejet de soi. Les propos qui suivent nous donnent des éclaircissements sur cette question.

*Je suis condamnée à vivre dans les urines ma sœur, je suis fatiguée jusqu'à trois opérations, je demande tous les jours à Dieu de me retirer la vie, qu'est-ce que j'ai fait pour mériter un tel châtime, moi je n'en peux plus, c'est mieux que je disparaisse, ce que je vis n'est pas une vie, c'est la mort elle-même<sup>219</sup>.*

Le même sentiment est ressenti sur une grande partie des femmes fistuleuses qui sont rejetées par leur entourage. Une autre témoigne dans la même logique du rejet de soi,

*J'ai pensé plusieurs fois à me suicider, je ne pouvais plus supporter les moqueries, les insultes et le pire du mal que je ressentais au niveau de mon bassin et au niveau de mon âme. C'est terrible ça te consume et tu ne peux parler à personne, aucun individu ne peut comprendre ta douleur, ta souffrance, la maladie qu'on appelle fistule... (larmes qui coulent des yeux de l'enquêtrice)<sup>220</sup>.*

Cette enquêtée a atteint le niveau chronique du rejet de soi et elle désire même se suicider. La dimension psychologique de la maladie aggravée par la population ou l'entourage de la femme fistuleuse contribue énormément dans le processus d'aggravation ou de la guérison de malade. Émile DURKHEIM, donne la signification du suicide dans le lexique de sociologie :

<sup>218</sup> OMS, « Fistule obstétricale : principe directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes », 2009, P.49.

<sup>219</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X7 le 22 Septembre 2022 à Maroua, à 06h 20mn.

<sup>220</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de madame X10 le 07 Septembre 2022 à Maroua, à 16h03 mn.

« On appelle suicide, tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat »<sup>221</sup>.

Ainsi, Émile DURKHEIM, dans son ouvrage *Le suicide*<sup>222</sup> montre que le suicide n'est pas un fait naturel mais un fait social qui trouve son origine dans la société. Le suicide à des facteurs dans la pression des membres du groupe sur la femme fistuleuse. La victime ne peut plus supporter les pressions de son entourage et elles préfèrent se priver de leur vie. Nous insistons que la société à sa part de responsabilité dans les tentatives de suicide des femmes fistuleuses.

Le processus ischémique affecte non seulement les tissus de l'appareil génito-urinaire et du rectum et /ou de l'anus mais, aussi les autres tissus pelviens, entraînant une panoplie de blessures<sup>223</sup>. Au Cameroun, tout comme en Éthiopie, certaines reconnaissent avoir envisagé le suicide comme solution à leur problème<sup>224</sup>.

#### **IV. PRÉVENTION DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE**

La FO peut être prévenue et soignée. Pour cela, aucune jeune femme ou mère ne doit en souffrir. Pour la prévenir, nous avons présenté dans cette partie les différentes politiques au Cameroun qui œuvrent dans la prévention de la FO.

##### **1. Politique de santé**

La FO est une lésion liée à l'accouchement qu'il est possible de prévenir et, dans la plupart des cas, de guérir. Le meilleur moyen d'éliminer la FO est de la prévenir. Les interventions de nature à protéger la santé des femmes sont bien connues, fort efficaces et accessibles pour un coût raisonnable. Il serait possible de réduire très sensiblement la morbidité maternelle si chaque femme avait accès à des services de santé sexuelle et procréative de grande qualité notamment à de la planification familiale, des soins prénatals, du personnel qualifié à l'accouchement dont les sages-femmes formées, des interventions obstétriques d'urgence de grande qualité et à des soins aux nouveau nés.

---

<sup>221</sup> Yves ALPES, et al, *Lexiques des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2013, p.364.

<sup>222</sup> Émile DURKHEIM, *Le suicide*, Paris, PUF, 1897, p.79.

<sup>223</sup> Louis Lewis WALL et al *Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health hproblem*, The Lancet; 368: 2006, p.1201-09.

<sup>224</sup> Marie-Thérèse ONDOUA ABENA, « *Prise en charge psychologique et counseling des fistules obstétricales et non obstétricales* », Paris, L'Harmattan, 2016, p.22.

À long terme, la prévention exige aussi d'affronter les inégalités sociales et économiques sous-jacentes au moyen d'initiatives visant à éduquer et à autonomiser les jeunes filles et les femmes et, à enrichir leurs perspectives de vie et à retarder l'âge du mariage plus précisément l'âge de la première grossesse. Bien que la réduction du nombre de décès maternels et de lésions liées à la maternité figure en bonne place sur l'agenda international du développement depuis deux décennies, il s'est avéré difficile d'améliorer les résultats. Pour faire reculer la mortalité et la morbidité maternelles, il est opportun de renforcer les engagements politiques et financiers au niveau mondial, de convertir les plans et politiques action pratique, et de veiller à ce que toutes politiques et tous les budgets au niveau national fassent une place belle aux activités liées à la lutte contre la fistule/morbidité maternelle.

Il importe aussi de soutenir la recherche qualitative et quantitative pour élargir la base de données et pour accroître considérablement les ressources humaines et le financement viable. Il est en outre important d'augmenter le nombre d'accoucheurs qualifiés et de veiller à leur répartition géographique appropriée ainsi que de dispenser des soins obstétricaux de base équitables et accessibles au niveau communautaire, des soins obstétricaux d'urgence complets à celui des hôpitaux vers lesquels aiguiller les patientes et des traitements pour les adolescentes et les femmes affligées d'une fistule<sup>225</sup>.

La plupart des FO pourraient être évitées si les femmes pouvaient attendre et avoir des enfants après l'adolescence, si des assistants compétents pouvaient surveiller tous les accouchements, et si les femmes pouvaient avoir plus facilement accès à des soins obstétricaux d'urgence de qualité. Bien plus, la plupart des femmes qui développent des fistules pourraient être traitées par des interventions chirurgicales pour réparer les lésions.

Pour aborder le problème de manière efficace et éviter les FO, il est nécessaire de prendre en considération à la fois les besoins de prévention et de traitement, particulièrement dans le cas où l'accès à de bons services obstétricaux est limité. Le problème des fistules semble devoir subsister tant que les services de soins maternels n'ont pas atteint les membres les plus pauvres et les plus vulnérables de la société<sup>226</sup>. Avant que toutes les femmes ne puissent bénéficier de

---

<sup>225</sup> Fistule obstétricale, Adapté de: «Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem», Louis Lewis WALL, *The Lancet* 2006; 360: 1201-09.

<sup>226</sup>Masuma MAMDANI et Maggie BANGSER, «Poor people experiences of health services in Tanzania»: A literature review. Dares Salaam, Tanzania, Women'sDignity Project, 2004.

soins maternels qualifiés, l'infrastructure sanitaire du pays doit souvent s'élever d'un niveau considérable<sup>227</sup>.

À propos de la politique de santé, l'OMS estime que :

*Le Cameroun a une population estimée à 22 millions avec 44% de moins de 15 ans, un taux d'accroissement de la population de 2.6% et l'espérance de vie à la naissance en 2011 à près de 51ans. Avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,504, le Cameroun occupait le 152<sup>ème</sup> rang sur les 187 pays évalués en 2013. En 2014, 37,5% de la population vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire. [...] En 2012, on estime le nombre de personnes vivant avec le VIH à 550 000. L'évolution de la tuberculose est en décroissance partielle avec un nombre de cas déclarés dégressif depuis l'année 2001. Le paludisme reste la principale cause de morbidité et mortalité chez les enfants de 0 à 5 ans<sup>228</sup>.*

Les questions de santé au Cameroun restent une vraie problématique pour le développement. De par le monde, la santé des individus va de pair avec le développement. C'est d'ailleurs pour cette raison que de nombreuses conférences se tiennent chaque année pour penser les structures de santé et leur accès à toutes les couches sociales sans exclusion.

Au Cameroun, l'offre en matière de soins de santé reste inégalitaire<sup>229</sup>, déficitaire par endroit ou simplement inexistant dans certaines zones, notamment en zones rurales. Les différentes formes d'inégalités<sup>230</sup> et de disparités en matière de santé expriment éloquemment la crise d'État au Cameroun<sup>231</sup> en termes de gouvernance.

## **2. Santé et Développement au Cameroun**

Le système de santé connaît un certain nombre de problèmes : les besoins en soins par rapport à des services de santé de qualité peu satisfaisante, la faible couverture des paquets minimums et paquets complémentaires d'activités de santé, et les soins spécialisés encore très onéreux<sup>232</sup>. Malgré les efforts de recrutement de personnels, le déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines en santé demeure très important<sup>233</sup>, ceci étant aggravé par une gestion non

<sup>227</sup>Safe Motherhood Technical Consultation, Safe motherhood action agenda: Priorities for the next decade [Conference Report]Colombo, Sri Lanka 1998.

<sup>228</sup> OMS, « Stratégie de coopération », tiré de <https://apps.who.int/gho/data/node.cco> , 2017, consulté le 10 juin 2022 à 06h 15mn.

<sup>229</sup> Jeanne MAÏSIRI, « Les disparités socio-économiques et l'accès aux soins de santé dans les formations sanitaires de la ville de Maroua », Mémoire de Master-Recherche en Sociologie de population et développement, Université de Maroua, 2017.

<sup>230</sup> Raymond BOUDON, *L'inégalité des chances*, Paris, Pluriel, 2010, 334p.

<sup>231</sup> Jean-François BAYART, *L'Etat au Cameroun*, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1979, p.289.

<sup>232</sup> Idem.

<sup>233</sup> Idem.

optimale du personnel, avec insuffisance de rationalisation de l'utilisation des personnels, de fidélisation dans les zones d'accès difficile et de motivation (source des comportements non éthiques des personnels).

La Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (CENAME) connaît un essoufflement nécessitant une évaluation et il n'existe pas de structure autonome de régulation du secteur pharmaceutique permettant de disposer des produits médicaux de qualité (y compris les vaccins)<sup>234</sup>. Les ménages continuent à constituer la principale source de financement de la santé, suivi du gouvernement et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Le secteur de la santé connaît une insuffisance de financement, autant qu'une faiblesse d'absorption des financements rendus disponibles, il n'existe pas de stratégie nationale de financement de la santé concernant le pilotage stratégique et opérationnel du secteur<sup>235</sup>.

Les interventions de l'OMS et les Stratégies Sectorielles de Santé (SSS), les Protocoles Nationaux de Diagnostic et de soins (PNDS) sont alignées aux orientations<sup>236</sup>, l'aide extérieure des principaux partenaires financiers représente 20% du financement du secteur santé. La coopération multilatérale est prédominante et s'effectue à travers les principales agences spécialisées du Système des Nations Unies, l'Union Européenne, la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement et la Banque Islamique de Développement, le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et Paludisme, UNITAID et la Fondation Clinton<sup>237</sup>. Plusieurs ONG interviennent aussi essentiellement dans la mise en œuvre des programmes de santé, un cadre de concertation des partenaires en santé pour la mise en œuvre de la SSS a été mis en place.

L'analyse que fait Bernard HOURS, sur le couple société et santé au Cameroun atteste de l'existence d'un État sorcier<sup>238</sup> dans ce pays. C'est-à-dire, un État qui « arrache » des vies humaines par la répartition sur son territoire d'une « *santé inégale*<sup>239</sup> ».

---

<sup>234</sup> Jean-François BAYART, *L'Etat au Cameroun*, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1979, p.289.

<sup>235</sup> Idem.

<sup>236</sup> Idem.

<sup>237</sup> Idem.

<sup>238</sup> Bernard HOURS, *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 1985, 165p.

<sup>239</sup> Akam MOTAZE, Op.cit, 2009, p.140.

## V. PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA

Lors de notre descente sur le terrain à l'HRM, une campagne a été lancée le 9 septembre 2022 dans cette ville. L'objectif de cette campagne est de réparer les femmes victimes de la FO sont toutes issues des régions différentes et même des pays voisins. L'opération des femmes fistuleuses dans la ville de Maroua se déroule au sein de l'HRM par ce que cette structure dispose d'un personnel qualifié pour prendre en charge des fistules et d'un plateau technique adéquat.

**Photos N°2 :** Centre régional de fistules obstétricales de Maroua / régional obstetric fistula center



**Source :** cliché de Diddi HADJARATOU 22 septembre 2022

### Photos N°3 : Salle d'hospitalisation des malades



**Source** : cliché de Diddi HADJARATOU 22 septembre 2022

La photo 2 présente le centre de réparation de FO de l'HRM. La photo 3, abrite des salles d'hospitalisations des femmes malades. Nous avons une jeune maman victime de la FO, cette fistuleuse a été opérée deux semaines avant et attend sa sortie.

Comme prise en charge médicale de la FO nous avons des soins préopératoires et des soins postopératoires.

#### 1. Soins préopératoires

Pour le gynécologue Clovis OURCHINGN, « *Il existe un traitement pour les fistules. Pour cela, il faut intégrer vraiment une stratégie et il y a une stratégie, la prévention doit occuper une place importante, le traitement et la réinsertion ou la prise en charge* »<sup>240</sup>.

Pierre-Marie TEBEU,<sup>241</sup> indique qu'on peut guérir de la FO, et son traitement passe par une opération. Cependant, lorsqu'une petite fistule (<2cm) est reconnue immédiatement après l'accouchement, à l'hôpital on peut traiter sans opérer juste par le maintien d'une sonde urinaire pendant quatorze jours.

Les données doivent être recueillies lors de la première visite de la patiente à l'hôpital ou la clinique et tout au long des processus relatifs à l'admission, le traitement, la sortie de l'hôpital et le suivi médical. La collecte des données permet de réaliser des audits et des évaluations qui

<sup>240</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de Clovis OURCHINGN, le 23 août 2022 à 10h 08mn.

<sup>241</sup> Pierre-Marie TEBEU et Charles Henri ROCHAT, Prise en charge des fistules obstétricales et non obstétricales, « manuel de vulgarisation » Fistulogie III, Vie après fistule, 2013.

représentent la base d'une formation de bonne qualité, et est donc la première étape vers des soins de bonne qualité proposés aux patientes. La collecte des données de base comprend les éléments suivants : répertorier les données sur les antécédents médicaux et personnels de la patiente, les données de l'examen de la patiente, les données provenant de l'admission de la patiente, la procédure chirurgicale, la prise en charge postopératoire et la sortie de l'hôpital, les données provenant des visites de suivi, effectuer les audits, construire une base de données pour les dossiers personnels ainsi que pour les audits institutionnels et les études multicentriques.

Les éléments suivants doivent faire partie des dossiers médicaux : les caractéristiques de la patiente : nom, âge, et âge au mariage. Si la patiente ne connaît pas son âge (ce qui arrive fréquemment), on lui demande si elle s'est mariée avant ou après l'apparition des premières règles, et/ou combien de fois a-t-elle eu ses règles avant de tomber enceinte, adresse, état civil, problème principal, durée du problème principal, parité, sexes des enfants (vivants et morts), antécédents sociaux, membres du foyer de la patiente, (métier, si la patiente travaille actuellement hors du foyer, comment elle a connu/ a été envoyée à l'hôpital).

Concernant les antécédents obstétricaux, nous avons : la durée de l'accouchement, le lieu de l'accouchement, (chez elle, au centre de santé, autres...), la durée de l'accouchement, et qui l'a aidée, la durée passée au centre de santé avant d'être aidée, les modalités d'accouchement à savoir par voie vaginale spontanée, accouchement nécessitant l'utilisation d'instruments (forceps, ventouse obstétricale), accouchement destructif, symphyséotomie, césarienne avec ou sans hystérectomie. Nous assistons le plus souvent aux résultats suivants : naissance de l'enfant vivant, mort-né, mortalité précoce du nouveau-né. Autres problèmes, comme par exemple les écoulements ou les saignements vaginaux, l'absence des règles sont également pris en compte. S'agissant des antécédents de fistule, il faut noter que si elle a déjà été opérée une fois ou pas, où et comment ; il faut savoir que si cette opération était un échec ou pas.

Après un historique bien détaillé des antécédents répertoriés à l'arrivée de la patiente, il faut aussi se rassurer que tous les problèmes potentiels aient bien identifiés. Ensuite, le chirurgien effectue un examen complet de l'appareil génital, en vérifiant la condition de la muqueuse vaginale, à la recherche des infections dermatologiques classant (ou confirmant la classification) de la fistule, sous anesthésie si nécessaire ; vérifie les résultats des tests de laboratoire et traite l'anémie, le cas échéant. Il doit aussi considérer une vérification croisée dans la possibilité d'une transfusion sanguine, vérifier que la patiente ait été conseillée et à donner son consentement éclairé, organiser un lavement (optionnel pour la FVV, essentiel pour

la FRV), évaluer la patiente avant d'administrer l'anesthésie et administrer aussi les antibiotiques prophylactiques.

## **2. Soins postopératoires**

Ici, le chirurgien effectue les étapes initiales pour la fermeture de la fistule. Pour cela, il pratique l'incision autour du bord de la fistule et la recherche des orifices urétéraux (et leur cathérisation si nécessaire), la mobilisation de la vessie et le rognage du bord de la fistule, si nécessaire la fermeture de la fistule, sans tension, en une ou deux couches, l'introduction d'un cathéter (14F6- 18F) et la réalisation d'un test au colorant pour vérifier la fermeture et révéler toute FVV manquée, la mesure des longueurs de l'urètre et de la vessie et l'enregistrement des valeurs ; la fermeture de la muqueuse vaginale.

Les dernières étapes pour la fermeture des fistules sont les suivants : la vérification de la perméabilité du cathéter urétral, l'application d'un tampon vaginal (optionnel), l'enlèvement des cathéters urétraux, le règlement des problèmes associés aux cathéters (le cas échéant et si indiqué).

Après ces étapes, viennent les soins postopératoires qui sont divisés en soins immédiats et en soins tardifs. Les soins immédiats consistent à vérifier les signes vitaux de la patiente et l'évaluation de son état de santé général, la prise en charge de la douleur, l'identification des saignements, assurer le bon drainage des cathéters, assurer que la quantité de fluide est d'environ cinq litres oralement ou trois litres par voie intraveineuse, enregistrer l'entrée et la sortie des fluides. Pour les soins postopératoires postérieurs, vérifier les signes vitaux de la patiente et l'évaluation de son état de santé général, retirer le tampon vaginal (le cas échéant) après 24-72heures, l'irrigation des cathéters urétraux, si nécessaire et les retirer sept jours après la pose (selon les préférences du chirurgien) , retirer le cathéter urétral sept à 28 jours après sa pose (selon les préférences du chirurgien) , la prise en charge des fluides et du régime alimentaire, encourager la patiente à boire trois à cinq litres d'eau par jour, mobiliser la patiente et l'encourager à exercer une activité physique. À la sortie de la patiente de l'hôpital, il faut considérer un test au colorant, enlever les sutures, si nécessaire, effectuer l'évaluation de la sortie et conseiller la patiente, rédiger toutes les informations opératoires et postopératoires sur le dossier relatif à la sortie de l'hôpital. La réussite de la cure chirurgicale de la FVV dépend de trois facteurs : le siège de la fistule, la trophicité des parois vésicales et les lésions associées.

Heureusement, il est possible d'opérer la fistule dans la majorité des cas, même après plusieurs années de maladie. Des soins postopératoires attentifs, étendus sur 10 à 14 jours au minimum, sont essentiels pour prévenir l'infection durant la guérison. Il est également nécessaire de dispenser éducation et conseils pour aider la jeune femme à retrouver confiance en elle-même et lui permettre de se réinsérer dans sa communauté une fois guéris.

Un gynécologue à l'HRM (Marie-Louise ARMIKE) affirme :

*On peut opérer 30 à 40 fistule par an, on n'opère pas toutes les fistules, elles sont éligibles, on opère les plus compliquées. Il y a des fistules qui ne réussissent pas à être fermées, on peut opérer quatre à cinq fois après trois mois, on dira dans ce cas qu'il y a échec, car il y a les fistules fermées continentales, les fistules fermées incontinentales et échec. Quand il y a échec donc incontinence, la malade n'arrive plus à retenir l'urine, le tonus est fragile ce qui fait qu'elle libère les urines lorsqu'elle se lève rapidement<sup>242</sup>.*

On peut aussi parler ici d'incontinence résiduelle. Il s'agit des femmes qui vont avoir une bonne cicatrisation de leur fistule, mais perdent des urines en continue ou à l'effort par voie mictionnelle normale. Cette incontinence varie entre 5 à 25% <sup>243</sup>de cas opérés à L'HRM, comme cause, elle est associée aux fistules des régions du col de la vessie, le traitement actuel est la pose d'une bandelette sous urétrale.

Elle ajoute que :

*Après leur sortie elles ont une fiche pour se présenter dans n'importe quel centre de santé en cas de malaises. Ces femmes font en moyenne trois contrôles, le premier contrôle se fait après trois mois il est demandé aux femmes de ne pas avoir de rapport sexuel, après 6 mois, elles reviennent pour le deuxième contrôle et au dernier contrôle elles peuvent commencer les rapports. Dans cet intervalle, si elles conçoivent, elles doivent être suivies et là elles accouchent par césarienne<sup>244</sup>.*

Pierre-Marie TEBEU, fait remarquer que le bain des soins à domicile doit continuer, car le bain de siège est programmé pour 30 jours. Il s'agira de faire le bain de siège de 10 à 15 minutes avec introduction de la poire dans le vagin, en utilisant la solution de permanganate (un comprimé de 0,25g dans un litre d'eau). Il y a des sachets à 0,5g et doivent être divisés en deux pour un litre d'eau. Les comprimés de permanganate sont moins chers, un comprimé coûte 25 FCFA, la solution est bien tolérée à cette dilution par la muqueuse vaginale et cette solution

<sup>242</sup>Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de Marie-Louise ARMIKE, le 25 août 2022 à Maroua à 13h 23 mn.

<sup>243</sup> Pierre-Marie TEBEU et Charles Henri ROCHAT, Prise en charge des fistules obstétricales et non obstétricales, « Manuel de vulgarisation », Fistulogie III, vie après fistule, 2013, p. 8.

<sup>244</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU, auprès de Marie-Louise ARMIKE, le 25 août 2022 à Maroua à 13h 23 mn.

a montré son efficacité dans les soins après opération (elle a été utilisée pendant les soins postopératoires au cours des campagnes chirurgicales à Maroua au Cameroun) notons aussi que ces soins sont poursuivis pendant un mois.

En somme, comme toute opération chirurgicale, celle de la fistule comporte un certain risque. Les complications possibles sont les suivantes : blocage du cathéter urinaire, infection, interruption de l'écoulement de l'urine et réouverture de la fistule. Il est le plus souvent possible d'y remédier. Il arrive qu'une patiente meurt, mais rarement. Le taux de décès attesté pour l'opération de la fistule est compris entre 0,5 et 1% dans l'Afrique subsaharienne. Un soigneur dépistage s'impose avant l'opération, car les femmes atteintes d'une fistule sont généralement sous-alimentées et peuvent ainsi être plus exposées à contracter une maladie. Il est tout aussi essentiel de dispenser des soins postopératoires et d'assurer un strict suivi à long terme pour tenir sous contrôle les problèmes de caractère tant chirurgical que médical qui pourraient se poser.

## **VI. PRISE EN CHARGE ET RÉINSERTION SOCIALE DES FEMMES VICTIMES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA**

Plusieurs organismes (ONG) et associations locales sont impliqués dans la prise en charge et la réinsertion sociale. L'État est d'ailleurs au centre de cette prise en charge des victimes de FO.

### **1. Intervenants nationaux dans la prise en charge de la fistule obstétricale à Maroua**

À Maroua, plusieurs acteurs nationaux et locaux œuvrent dans la prise en charge et réinsertion sociale des femmes atteintes de FO.

#### **A. Intervenants nationaux**

L'État dans sa contribution à la prise en charge doit s'occuper de la réinsertion sociale et réintégration socioprofessionnelles des femmes victimes de FO. À cet effet, l'État à travers la Délégation Régionale de des Affaires Sociales (DRAS) intervient dans la prise en charge des femmes victimes de la FO à Maroua en leur offrant un appui en renforcement des capacités (éducation, formation, apprentissage), en Activités Génératrices de Revenus (AGR), en agriculture, en élevage, etc., et souvent des formations dans les domaines de la couture, de la coiffure, de restauration et de l'artisanat. Un assistant de service social affirme à ce sujet que :

« nous avons plusieurs ateliers de formation pour ces femmes atteintes de FO ici à Maroua. Généralement nous organisons des formations en restauration, coiffure, couture... »<sup>245</sup>. Toutes ces activités aident les femmes victimes à se réintégrer dans cette communauté respectueuse et aussi en apprenant à se prendre en charge, l'État aide les femmes victimes de la FO à prendre soin d'elles dans le futur et favoriser leur bien-être général. Il faut dire que le processus de réinsertion sociale des femmes victimes de la FO est réussi à 70% dans la ville de Maroua.

En outre, une chirurgie reconstructive réussie n'est que le premier pas vers la guérison. Sur les quinze femmes de victimes de la FO interrogées, onze sont complètement guéries. Après l'intervention chirurgicale, de nombreuses femmes ont besoin d'aide pour se réintégrer dans leurs familles et leurs communautés d'appartenances, en particulier si elles ont vécu avec une fistule pendant longtemps<sup>246</sup>. Les services sociaux et les services d'assistance aident les femmes victimes à développer la confiance en soi nécessaires pour améliorer leur condition de vie. Des services de conseils et un support prodigués avec compassion par les anciennes patientes fistuleuses peuvent être particulièrement utiles. Les FO restent « l'un des problèmes les plus négligés dans le domaine de la santé gynécologique internationale »<sup>247</sup>. Pour mettre fin à cette négligence, les ONG doivent s'engager et agir. Plus les dirigeants d'opinion reconnaîtront l'envergure des FO et plus ils comprendront la sévérité de leurs conséquences médicales et sociales, plus le développement d'un consensus d'action sera réalisable souligne le rapport de l'UNFPA et EngenderHealth rédigé à New-York, 2021.

L'HRM pour sa part dispose des salles d'hospitalisation des malades jusqu'à leur guérison complète, dispose d'un bloc opératoire, les personnels de santé pour l'opération des fistules. C'est aussi auprès de ce dernier que les patientes entrent en possession de leur frais de repas et de transport pour le retour. Les personnels infirmiers s'occupent de leur accueil, leur prise en charge psychosociale en organisant des rencontres entre les deux parties, en rassurant et en encourageant la malade. En outre, il arrive que des œuvres de charités soient octroyées aux malades, par le bureau des affaires sociales, les initiatives privées, etc.

---

<sup>245</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU auprès de monsieur IDRISOU, le 07 octobre 2022 à Maroua à 13h 22 mn.

<sup>246</sup>Michael BANGSER, «Restoring girl's and women's, lives to dignity»: Taking action on vesico-vaginal. Bucando Medical Centre, 1998, p. 22.

<sup>247</sup>Women's Dignity Project (WDP), 2002, Tanzania fistula survey. Dar es Salaam? Tanzania United Nations Population Fund, Tanzania Ministry of Health and Women's Dignity Project, p. 40.

## B. Intervenants locaux

À Maroua, l'ALVF-EN est la principale association de la prise en charge et la réinsertion sociale de la FO.

L'ALVF-EN est une association humanitaire qui a vu le jour en 1998 à Maroua<sup>248</sup>. Elle a pour mission d'éliminer toutes formes de violence physique, sexuelle ou morale dont les filles et les femmes victimes que ce soit au niveau privés, publics que politiques. Cette association s'intéresse à la violence associée aux mariages précoces et forcés, à la sous scolarisation et aux grossesses précoces. L'ALVF-EN a un lieu d'accueil où sont accueillies les femmes victimes des violences. Ce lieu est un endroit d'écoute et de médiation.

L'ALVF a pour objectifs de :

- Combattre l'intériorisation des valeurs patriarcales qui perpétue les violences faites aux femmes ;
- Promouvoir un statut social équitable et valeurs humaines positives qui prennent en compte la différence des deux sexes ;
- Participer à l'instauration d'une société non violente ;

S'agissant de ces stratégies, elle participe à :

- Conscientiser les femmes sur leurs conditions spécifiques d'opprimées, les valeurs et facteurs patriarcaux qui perpétuent cette oppression ;
- Développer chez la femme un sentiment personnel d'identité, d'esprit de changement social et de participation active à ce changement ;
- Conscientiser les hommes et les femmes sur la nécessité de combattre les violences ;
- Apporter une aide directe aux femmes victimes de violences ;

En ce qui concerne cette recherche, l'ALVF-EN enregistre les femmes atteintes de la FO et les conduit auprès du centre de réparation de FO à l'HRM. La conseillère sociale à L'ALVF affirme que :

*La prise en charge et la réinsertion de la FO, passe par l'opération chirurgicale puis par la réintégration sociale. Ainsi, les relais communautaires participent aux recensements des malades dans les villages et ALVF qui s'occupe des frais de l'opération des femmes ainsi que les frais de nourriture et de transport jusqu'à la sortie de l'hôpital<sup>249</sup>.*

<sup>248</sup><https://plateforme-elsa.org> .

<sup>249</sup> Entretien réalisé par Diddi HADJARATOU auprès d'Adam MERGUE le 22 septembre à Maroua à 10h 01mn.

Il ressort de ces propos que les relais communautaires sont souvent des intermédiaires entre les populations et l'État pour informer et faire comprendre aux femmes que la fistule peut être guérie à travers la chirurgie réparatrice.

## **2. Intervenants internationaux dans la prise en charge sociale de la fistule obstétricale à Maroua**

À Maroua, l'UNFPA et le CARE (Cooperative for Assistance and Relief Everywhere) sont des organismes qui s'occupent de la prise en charge et la réinsertion sociale de la FO.

### **A. United Nations Population Fund (UNFPA)**

Fondée en 1969, l'UNFPA est une agence des Nations Unies qui s'occupe sur les questions de santé sexuelles et reproductive. En 2004, l'UNFPA a lancé une campagne d'élimination de la FO dans le monde<sup>250</sup>. L'objectif de cette campagne de mettre fin à la prévalence de cette affection. L'UNFPA a donc pour mission de :

- Prendre en charge la santé reproductive des femmes et des jeunes filles dans plus de 150 pays abritant plus de 80% de la population mondiale ;
- Soutenir la santé maternelle des femmes enceintes, en particulier 1 million d'entre elles souffrant chaque année de complications mortelles ;
- Fournir les contraceptions fiables à plus de 20 millions de femmes chaque année ;
- Former des milliers de travailleurs de la santé afin de garantir qu'au moins 90% des accouchements supervisés ;
- Prévenir la violence basée sur le genre qui touche une femme sur trois ;
- Mettre fin à la MGF qui porte préjudice à 3 millions de jeunes filles chaque année ;
- Prévenir les grossesses précoces qui sont les principales causes de mortalité de jeunes filles de 15 à 19ans ;
- Mettre fin aux mariages des enfants qui pourraient concerner environ 70 millions de jeunes filles au cours de 5ans prochaines années ;
- Distribuer de fourniture pour accouchement sans danger pour les victimes de catastrophes naturelles ;
- Recenser les données qui sont essentielles à la planification du développement ;

---

<sup>250</sup><https://plateforme-unfpa.org> .

L'UNFPA œuvre dans le dans sa lutte contre la FO donc le but à long terme est de faire en sorte que les fistules soient un problème aussi rare dans les régions en développement qu'elles le sont aujourd'hui dans les pays émergents. En partenariat avec l'État camerounais et le MINSANTÉ, l'UNFPA a ouvert officiellement le 14 septembre 2020 le centre de réparation de FO au sein de l'HRM. Trois ans après la création du centre de réparation de la FO, la prévalence de la FO a baissée dans la région de l'Extrême-Nord.

## **B. CARE**

Care international a été créé en 1945, c'est une ONG International à but non lucratif qui anime les projets de développement et de réponse humanitaire en faveur de la population défavorisée. Il présent au Cameroun depuis 1978. Care est une association de solidarité internationale non confessionnelle, apolitique et indépendante qui, dans une démarche de développement durable aide les plus démunis. Il a pour mission de :

- Assurer la réalisation des activités en corrélation avec le genre, les VBG ;
- Elaborer le plan de travail annuel du projet pour la région de l'Extrême-Nord ;
- Protéger les droit économiques et sociaux ;

Dans ce cas de cette recherche, cette ONG intervienne dans le financement de la FO dans la ville de Maroua. Elle accompagne L'ALVF-EN dans la lutte contre la FO au Cameroun en général et celle de la région de l'Extrême-Nord en particulier.

Il faut noter que l'ONG MERCY SHIPS a lancée en 2017 une campagne qui a contribué à réduire les effets de la FO chez les femmes au Cameroun en offrant des soins obstétricaux, un suivi adapté et un accompagnement à la réinsertion sociale. Cette ONG œuvre pour offrir des campagnes de réparation gratuites. Le bilan rapporte 145 femmes opérées de FO, ainsi que 89 personnels de santé camerounais qui ont bénéficié d'une formation et de l'expertise de la mission MERCY SHIPS<sup>251</sup>.

En somme, nous sommes parvenus à la conclusion selon laquelle que la FO a des conséquences sur tous les plans. Ces conséquences affectent la cohésion sociale entre les malades et leur entourage. Ainsi. Mais face à cette situation, l'État et ses partenaires font des efforts dans la prise en charge des femmes victimes de la FO ou réparées. À Maroua, il existe

---

<sup>251</sup> Paul BIYA, Cameroun : bilan satisfaisant de la mission humanitaire MERCY SHIPS 2017, p.17.

un centre de prise en charge mais il y a des efforts tels que la sensibilisation globale que l'État et ses partenaires doivent mettre de plus en œuvre.

## CONCLUSION GENERALE

Au terme de ce travail de recherche portant sur les « **Représentations sociales des femmes victimes de la fistule obstétricale dans la région de l'Extrême-Nord / Cameroun : le cas de la ville de Maroua** », il importe de rappeler le problème qu'est les représentations sociales construites autour de la FO dans la ville de Maroua.

Au Cameroun, une campagne de chirurgie gratuite des FO a été lancée à travers diverses activités soutenues par des organismes nationaux et internationaux. Le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF), l'UNFPA et les associations sont des partenaires qui interviennent au côté du Ministère de la Santé Publique (MINSANTÉ) (à travers ses structures techniques, certaines structures hospitalières de 1ère et 2ème catégories) dans la prise en charge globale des FO. C'est ainsi l'opération MERCY SHIPS lancée en 2017 par le chef de l'État a au bout de 4 mois facilité la prise en charge (opération chirurgicale) de 100 femmes vivantes avec la FO sur 500 femmes attendues. Pourtant, une étude menée auprès de 99 femmes dans le service de maternité de l'Hôpital Régional de Maroua (HRM) entre mai 2019 et juillet 2020 a montré qu'une femme sur trois interrogées pense qu'il faut se cacher de la FO. Dans certaines régions telles que le Nord et l'Extrême-Nord, le MINSANTÉ démontré que cette maladie est un véritable problème de santé publique. Cela est dû à plusieurs facteurs à l'exemple de la faible utilisation des services de santé maternelle, (concernant les accouchements assistés l'Extrême-Nord enregistre un taux de 25.1%, le Nord un taux de 32.9%, quant aux soins prénataux l'Extrême-Nord note un taux de 59%, et le Nord un taux de 71.1%). Pour les populations ou les personnes touchées, la FO est une "maladie de la honte" car atteinte de cette maladie, la victime est refermée sur elle-même, car son entourage assimile son état à une malédiction, elle est ainsi exclue, rejetée de la société.

Ce travail a été orienté par une question principale qui s'articule comme suit : quelles sont les représentations sociales construites autour de la FO dans la ville de Maroua ? Dans cette étude, nous avons émis une hypothèse principale selon laquelle les FO sont considérées comme une maladie de la honte dans la ville de Maroua. L'objectif principal que nous nous sommes fixé pour réaliser cette recherche est celui d'analyser et expliquer comment les FO considérées comme une maladie de la honte entravent l'épanouissement des femmes victimes dans la ville de Maroua. Pour ce faire, la théorie des représentations sociales de Denise JODELET et la théorie de l'estime de soi de William JAMES a été utilisé comme modèles théoriques. Le recours à ces approches a permis d'appréhender les différentes perceptions qui existent autour de la FO à Maroua, ces représentations sont considérées comme malédiction, punition, qui continuent à faire elles des individus rejetés, isolés, à cause de leur état de santé. Pour aboutir

à ces conclusions, nous avons utilisé une méthode qualitative auprès de 29 informateurs clés issus de notre population d'étude avec pour outils de collecte de données les entretiens. À cet effet, le guide d'entretien semi-directif a permis d'obtenir des données sur la vie des femmes atteintes de la FO. Les entretiens ont été faites dans la ville de Maroua avec des descentes dans la ville de Maroua ainsi que les villages environnants, dans la structure sanitaire de la ville qui s'occupe de la prise en charge des FO qu'est l'HRM, cela allant du 11 août au 15 octobre 2022. De ce fait, les informations issues de cette recherche ont permis d'aboutir aux résultats suivants :

Le premier chapitre a fait état de la présentation de la zone d'étude. Ce chapitre a permis de saisir les configurations sociologiques et anthropologiques de notre milieu d'étude. Il était question ici de faire un aperçu historique à savoir la genèse et l'évolution de la ville de Maroua. Il a été démontré que la ville de Maroua est une ville qui est en perpétuelle mutation qui s'observe au niveau politique et environnemental. Nous avons également présenté le milieu physique tel que le contexte administratif et les aspects géographiques : le climat, la végétation, les types de sols et le relief. Nous pouvons noter dans le cadre de ce travail que les différents éléments impactent d'une manière ou d'une autre le comportement des femmes victimes de la FO ceci, parce que la période allant de juin jusqu'en septembre, ces femmes villageoises sont occupées par les travaux champêtres et prennent l'état de leur santé en seconde position. Nous pouvons souligner que le gouvernement camerounais a pris en compte la situation des femmes vivant dans les villages en organisant chaque année des campagnes de réparation de la FO à partir de septembre jusqu'en avril. Au niveau de la situation sociodémographique, nous avons axé le travail sur la présence humaine et les principaux groupes ethniques. Il ressort de cette présente analyse que certains groupes ethniques ont des mentalités réfractaires par rapport à la réparation de FO. Par ailleurs, nous avons présenté l'HRM qui est une structure sanitaire qui s'occupe de la réparation et de la prise en charge des FO. Cependant, l'HRM s'occupe uniquement de la prise en charge chirurgicale, le counseling et la réinsertion sociale ne concernent pas cette structure.

Le deuxième chapitre traite les facteurs de risque la FO à Maroua. Pour la société, la FO est une maladie de la honte. C'est alors que les femmes malades subissent des difficultés, des rejets et sont isolées des autres du fait de leur maladie. Au regard de cette situation que vivent les fistuleuses, cette recherche contribue à montrer que la FO existe et sévit chez bon nombre de femmes qui accouchent prématurément et s'exposent à des risques de bouleversements sanitaires. La survenue de FO à Maroua est tributaire de plusieurs facteurs : l'extrême pauvreté,

l'inégalité des sexes et l'alphabétisation. Les femmes victimes de la FO ont tendance à vivre dans des zones les plus reculées et elles sont pour la plupart des cas sous-scolarisées. En milieu rural, les femmes souffrent de façon plus importante de fistule que celles vivant en ville, le niveau de scolarisation semble jouer un rôle crucial. Des facteurs comme les principes traditionnels et/ou religieux, comme la réclusion des femmes, la peur d'une sexualité hors mariage ou encore la perception des femmes comme objet de transactions matrimoniales, donc source potentielle de revenus, (d'où l'intérêt du mariage précoce pour des familles en situation financière difficile), semblent encore éloigner les jeunes filles de l'école. Il a été démontré que les organismes que ce soit internationaux, nationaux et locaux sont en action dans la ville de Maroua pour la promotion de l'éducation de la jeune fille même comme c'est d'une manière insuffisante et avec beaucoup de défauts.

Il est question des différentes représentations sociales des FO dans le chapitre trois. Cette partie aborde les maladies de la honte. Elle se comprend à travers les théories de représentations sociales et de l'estime de soi développé par les psychologues. En ce qui concerne cette recherche, la FO est considérée comme « *une maladie de la honte* » causée la « *transgression d'une norme sociale* », « *une maladie causée par l'infidélité* », « *une maladie causée par l'adultère* » selon la population de Maroua. Aussi, nous avons pu présenter les atteintes psychologiques et les mentalités autour de FO. Pour ce qui est des perceptions et des attitudes par rapport à cette maladie, les causes de l'affection ne sont pas toujours connues par la population locale. En effet, face à cette maladie, les fistuleuses sont rejetés par leur époux, leur famille et même par l'ensemble de la communauté qui les accuse de sorcellerie, de magie, d'infidélité, etc. S'agissant des facteurs de risques et les causes immédiates de FO, le Cameroun s'est lancé depuis une décennie à l'interdiction des mariages précoces et grossesses précoces. Il s'est également engagé à l'équipement des matériaux spécialisés et adéquats dans les centres de santé à cela s'ajoute le renforcement de formation des personnels de santé dans le domaine de santé maternelle. Cependant, ces efforts restent insuffisants.

Le chapitre quatre a présenté les conséquences et la prise en charge des FO dans la ville de Maroua. La FO a des conséquences dramatiques, sur le plan social et est source de d'exclusion sociale. Ainsi, l'on note le manque de confiance en soi de la part des victimes et aussi le retard de l'État camerounais dans l'implémentation des projets de réinsertion sociale ou de cohésion sociale. S'agissant des conséquences psychologiques, nous avons la FO comme facteur de stigmatisation caractérisée par l'extrême détresse ressentie par les femmes qui en souffre. Dans le cadre de cette recherche, il est observé que les femmes atteintes de FO sont

méfiantes et se mettent à l'écart des autres personnes. Pour ce qui est des conséquences médicales de la FO, on note les lésions physiques graves accompagnées par des blessures dont elle souffre. Il est à retenir dans le cadre de ce travail qu'une chirurgie réparatrice réussie répond favorablement aux conséquences médicales de la FO dans la ville de Maroua. La prévention de la FO quant à elle passe par la politique de santé et du développement au Cameroun. Malgré les efforts fournis par le gouvernement Camerounais et ses partenaires pour la prévention et l'élimination de la FO, on enregistre encore 1200 cas chaque année. Au niveau des délégations du MINPROFF, de MINAS et du MINSANTÉ, il a été observé des résolutions des stratégies mises en places pour la prise en charge chirurgicale et psychosociales des femmes victimes des FO. Concernant la prise en charge, les ONG comme le CARE assurent le suivi des rétablissements de ces femmes. Elles aident aussi à recréer les liens entre la femme, son mari, sa famille et les autres membres de la société. Dans cette recherche, il se dégage que les mécanismes développés par les femmes et les acteurs sociaux sont insuffisants pour une prise en charge globale des femmes atteintes de FO.

Outre les résultats obtenus, la présente recherche sociologique menée dans la ville de Maroua sur les représentations sociales des femmes victimes de la FO a un intérêt double. D'un côté, cette analyse a permis d'accroître la littérature déjà existante sur la FO, ces causes, ces conséquences, sa prise en charge globale, et le rapport qu'entretiennent les femmes victimes et leur entourage. En d'autres termes, pour cerner les représentations construites autour de la FO, il est opportun de faire appel au partenaire de la victime, sa famille et sa communauté. Cette recherche permet dans le même ordre d'idée de rendre compte des stratégies et mécanismes prisent pour le traitement global de FO à Maroua. De l'autre côté, le volet empirique de cette recherche se situe dans la promotion de réinsertion sociale des femmes victimes au sein de leur société.

En parlant du postulat selon lequel aucune recherche scientifique ne peut se faire sans obstacle, la présente investigation laisse observer quelques limites : cette étude s'est essentiellement appuyée sur une démarche qualitative. Il sera aussi important d'étudier les représentations sociales des femmes victimes de la FO dans la ville de Maroua sous un angle quantifiable, c'est-à-dire celle qui favorise la collecte des informations quantitatives, statistiques, standardisées, généralisables. Par ailleurs, la combinaison de deux méthodes qualitatives et quantitatives pourrait permettre de cerner le problème dans sa profondeur et de recueillir l'avis d'un nombre important d'enquêtés. Aussi, la recherche faite ne s'est pas beaucoup appesanti sur l'étude des organisations chargées de la réinsertion sociale des FO.

Nous avons rencontré des difficultés quant à notre population d'étude. Certains enquêtés étaient indisponibles ce qui nous a retardé dans la collecte des données, la réticence des personnes interrogées au départ était aussi de grande envergure. En effet, la population était sous informée pour la plupart de l'existence de la FO.

## BIBLIOGRAPHIES

### ❖ **Ouvrages généraux**

**ABRIC, Jean-Claude**, *Pratiques sociales et représentations*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994.

**BAYART, Jean-François**, *L'État au Cameroun*, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1979.

**BOSERUP, Ester**, *La femme face au développement économique*, Paris, Presses Universitaires de France 1983.

**BOUDON, Raymond**, *L'inégalité des chances*, Paris, Pluriel, 2010.

**BOURDIEU, Pierre**, *Ce que parler veut dire : l'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982.

**BOURDIEU, Pierre**, *Le sens pratique*, Paris, Minuit, 1980.

**BRUCHON-SCHWEITZER, Marylou, et DANTZER, Robert**, *Introduction à la psychologie de la sante*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994.

**CAMUS, Albert**, *La peste*, Paris, Gallimard, 1972.

**DE CERTEAU, Michel**, *L'invention du quotidien. Arts de faire*, Paris, Gallimard, 1990.

**DURKHEIM, Émile**, *De la division du travail social*, Paris, Presses Universitaires de France, 1893.

**DURKHEIM, Émile**, *Le suicide*, Paris, Presses Universitaires de France, 1897.

**DURKHEIM, Émile**, *Leçons de sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1950.

**DURKHEIM, Émile**, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, le livre de poche, 1991.

**DURKHEIM, Émile**, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Payot, 2009.

**ELA, Jean-Marc**, *Innovation sociale et renaissance de l'Afrique noire. Les défis du « monde d'en bas »*, Paris, Karthala, 1998.

**FODOUOP, Kengne**, *Les petits métiers de rue et l'emploi. Le cas de Yaoundé*, Yaoundé, SOPECAM, 1990.

**FORTIN, Marie-Fabienne**, *Fondements et étapes de recherche*, Québec, Chenil-Éducation, 2005.

**GOFFMAN, Erving**, *Identité, reconnaissance et ordre de l'interaction chez Erving Goffman*, Paris, Presses Universitaires de France, 2018.

**GOFFMAN, Erving**, *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*, tome1, Paris, Minuit, 1973.

**GRAWITZ, Madeleine**, *Méthodes des Sciences Sociales*, Paris, Dalloz, 2001.

**HONNETH, Axel**, *La lutte pour la renaissance*, Paris, Éditions du CERF, 2000.

**HONNETH, Axel.**, *La société du mépris, vers une nouvelle théorie critique*, Paris, La découvertes, 2008.

**HOURS, Bernard**, *L'État sorcier. Sante publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 1985.

**JAMES, William**, *L'estime de soi : la perspective William James*, DIANE LAFOND Nanda, 2010.

**JODELET, Denise**, *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 1991.

**MIMCHÉ, Honoré et DJOUDA FEUDJIO, Yves Bertrand**, *Famille et santé en Afrique. Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin*, Paris, l'Harmattan, 2018.

**MOTAZE, Akam**, *Le défi paysan dans le Nord Cameroun*, Paris, l'Harmattan, 1990.

**MOTAZE, Akam**, *Le social contre le politique en Afrique noire. Sociétés civiles et voies nouvelles*, Paris, l'Harmattan, 2016.

**MOTAZE, Akam**, *Le social et le développement en Afrique*, Paris, l'Harmattan, 2009.

**NDOYE, Omar**, *Le sexe qui rend fou, approche clinique et thérapeutique*, Paris, Présence Africaine, 2003.

**PAUGAM, Serge**, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris Presses Universitaires de France, 1991.

**PHYLLIS, Martin**, *Loisirs et société à Brazzaville pendant l'ère coloniale*, Paris, Karthala, 2005.

**PONDIE, Guy**, *Les Guiziga du Cameroun*, Paris, ORSTOM, 1970.

**QUIVY, Raymond et CAMPENHOUDT, Luc Van**, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995.

**SICOT, François**, *Maladie mentale et pauvreté*, Paris, l'Harmattan, 2001.

**TOURNEUX, Henri**, *L'école dans une petite ville africaine (Maroua Cameroun)*, Paris, Karthala, 1994.

**VOIROL, Olivier**, *La société du mépris, vers une nouvelle théorie critique*, Paris, La découverte, 2006.

**ZIEGLER, Jean**, *Destruction massive, géopolitique de la faim*, Paris, Seuil, 2011.

**ZIEGLER, Jean**, *La faim dans le monde expliquée à mon fils*, Paris, Seuil, 2002.

#### ❖ **Ouvrages spécifiques**

**FOMEKONG, Franklin**, *Les fistules obstétricales : état des lieux au Grand Nord Cameroun, connaissance, Attitude, perception, comportement et vécu quotidien*, Institut National de la Statistique, Yaoundé-Cameroun, 2021.

**ONOLEMHEMHEM, Durrenda Ojanuga et EKWEMPU, Christopher Chigbo**, *An investigation of socio medical risk factors associated with vaginal fistula in northern Nigeria. Women and Health*, Abuja, National Press of Nigeria, 1999.

**TEBEU, Pierre-Marie**, *Prise en charge psychosociale et counseling des fistules obstétricales et non obstétricales*, Paris, L'Harmattan, 2016.

#### ❖ **Articles scientifiques**

**ANNANDALE, Ellen, et al**, 2003, « Théorie sociologique et sociologie de la santé et de la médecine dans les revues internationales », dans *Sciences sociales et santé*, pp.13-35.

**BANGSER, Michael**, 1998, « Restoring girl's and women's, lives to dignity », in *Taking action on vesico-vaginal, Bucando Medical Centre*, pp. 46-57.

**DUTEIL DEYRIES, Sophie**, « Les répercussions genres de la transgression », in *Transgression scolaire au prisme du genre*, pp 221-257.

**GODELIER, Maurice**, 2001, « La sexualité est toujours autre chose qu'elle-même » », in *Esprit*, pp. 96-104.

**HUDETSON, Patricia**, 2005, « Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? », in *Revue médecine et hygiène* pp.1775-1780.

**LANGÉ, Marie-France**, 2000, « Le droit à l'éducation des filles en Afrique : les limites des indicateurs », in *Les indicateurs du droit à l'éducation : évaluation systémique et mise en œuvre d'un droit culturel dans les stratégies de développement*, pp. 330-341.

**MERCIER, Michel**, 2005, « Différencier les handicaps en matière de vie affective et sexuelle, un enjeu de politique de santé », in *Reliance*, pp.39-42.

**MONGIN, Olivier**, 2001, « Ces femmes qui font rire », In *Esprit*, pp. 261-269.

**NDAME, Jean Pierre**, 2017, « Commerce informel et structuration de l'espace urbain à N'Gaoundéré Cameroun », in *Les annales de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines*, pp. 123-155.

**NGIMAMAWOUNG, Godefroy**, 2020, « VIH/SIDA ou maladie de la honte au Cameroun », in *Les Annales de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines*, pp. 33-41.

**OIT**, 1999, « Le rôle des femmes dans le développement agricole et rural : promotion des Activités Génératrices des Revenus », dans rapport de synthèse d'un séminaire, Athènes, 18 au 22 octobre.

**PAULME, Denise**, 1988, « Structures sociales traditionnelles en Afrique Noire », in *Cahiers d'études africaines*, pp. 15-27.

**SAAD Al Abdelnasser**, 2001, « Le sujet entre la honte, maladie et exclusion » in *Dialogue*, pp. 87-97.

**SOBZE SANOU, Martin et al**, 2021, « Évaluation des performances de santé mutuelle de santé communautaire de Douala et Yaoundé, Cameroun », in *Santé publique*, pp. 425-433.

#### ❖ Mémoires et thèses

**ANNA, Malkina**, 2021, *Insuffisance rénale chronique (maladie rénale chronique)*, mémoire de master en sciences de la santé, Université de Californie.

**BETOURTOLKOI, Yves**, 2017, *Impact de la fistule obstétricale sur la dynamique sociale des populations dans la sous-préfecture de Doba au Tchad*, mémoire de master en Sociologie/Anthropologie, Université de N'Gaoundéré.

**DESRUMAUX, Aurélie**, 2013, *Éliminer la fistule obstétricale en Afrique subsaharienne*, mémoire de master en santé publique et environnement, Université de Lorraine.

**FALANRY, Laure**, 1991, *Fistule obstétricale en Afrique pour une solution. Médecine d'Afrique noire*, thèse de doctorat PhD en médecine, Université de Lorraine.

**GAUTIER, Michel**, 2008, *La philosophie sociale d'Axel HONNETH, la théorie de la reconnaissance et l'analyse des pathologies sociales*, mémoire de master en psychologie, Université de Québec.

**MAHAMAT, Ali**, 2017, *Les mutations sociales des déguerpis et relocalisés du quartier Gardolé, Tchad*, mémoire de master en Sociologie/Anthropologie, Université de N'Gaoundéré.

**MAISISI, Jeanne**, 2017, *Les disparités socio-économique et l'accès aux soins de santé dans les formations sanitaires de la ville de N'Gaoundéré*, mémoire de master en Sociologie/Anthropologie, Université de N'Gaoundéré.

**NGA NDONGO Valentin**, 1999, *L'opinion camerounaise*, thèse de Doctorat PhD en sociologie, Université de Paris X Nanterre, Tome I et II.

**SIBORUREMA, Laurent**, 2005, *Fistule urogénitales d'origine obstétricale : aspects épidémiologiques, socio-économique clinique et thérapeutiques à l'hôpital de Ruhengeri, Rwanda*, Thèse de Doctorat PhD en médecine générale, Université Nationale du Rwanda.

**ULLMANN, Fritz**, 2009, *La fistule, une affection ignorée au cœur des rapports sociaux de sexe*, mémoire de master en Action Humanitaire et Politiques de Développement, l'Université Panthéon Sorbonne.

#### ❖ **Rapports et autres sources**

**BADEJO DIEDRE, Laure**, 1998, « African Feminism: Mythical and Social Power of Women of African Descent Research », in African Litteratures.

**Cameroun Tribune**, 2017, « Cameroun : bilan satisfaisant de la mission humanitaire MERCY SHIPS », Paul BIYA.

**Deuxième Réunion du Groupe de Travail**, 2018, « La prévention et le traitement de la fistule obstétricale », ADDIS-ABEBA, 30 Octobre- 1<sup>er</sup> Novembre.

**ECSACON et USAIDFistula Care EngenderHealth**, 2012, « Prévention et prise en charge de la fistule obstétricale : Cours pour les infirmières et les sages-femmes ».

**FCI et UNFPA**, 2004, « Fistule obstétricale, fin du silence moins de souffrance, points essentiels », Info Reports, n°2.

**GRANGET, Pascal**, 2021, « Vers la création d'un site sexualité et handicap physique par le SEHP international », l'observatoire, 40.

**GWYNETH, Lewis, et De Bernis, Luc**, 2020, « Fistule obstétricale : principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes », OMS.

**HARRISON KatkleenAllyson**, 1989, « Maternal mortality in developing countries. British journal of obstetrics and Gynecology », 96(1): 1-3.

**KINZIE, Burke, et GOMEZ, Perwez**, 2004, « Basic maternal and newborn care. A guide for skilled providers », Baltimore, JHPIEGO.

**MAMDANI, Masuma, et BANGSER, Maggie**, 2004, « Poor people experiences of health services in Tanzania », A literature review. Dares Salaam, Tanzania, Women's Dignity Project.

**MINSANTÉ**, 2018, « Stratégie de lutte contre la fistule obstétricale au Cameroun : plan stratégique 2018-2023, Yaoundé.

**MINSANTÉ**, 2020, « Réduire la fistule obstétricale dans la région de l'Extrême-Nord » Yaoundé.

**NANDA**, 2018, international et puls diagnostics infirmiers, Masson.

**NEILSON, John Paul et al**, 2003, « Obstructed labor, British Medical », Bulletin n° 67.

**OMS**, « Fistule obstétricale : le point », in *Programme santé maternelle et maternité sans risques*, Genève, 2004.

**OMS**, « Mortalité maternelle dans le monde », in *Santé maternelle*, aide-mémoire, n° 348.

**OMS**, 2009, « Fistule Obstétricale : principes directeurs pour une prise en charge clinique et le développement de programmes », OMS.

**OMS**, 2018, International Classification of Disease, 11Revision, Geneva.

**OMS**, 2019, « Fistule obstétricale : principe directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programme », OMS.

**OMS**, 2019, *Fistule obstétricale /50000 femmes en attente de chirurgie réparatrice*, Amarina.

**OMS**, 2021, « Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale, guide pratiques essentielles », Genève.

**OMS**, *Fistule obstétricale : « faire disparaître cette affection en espace d'une génération »*, Togotopnews.com, 2021.

**ONDOUA ABENA, Marie-Thérèse**, « *Prise en charge psychologique et counseling des fistules obstétricales et non obstétricales* », Beijing, 2016.

**RAGHVAN, Sidya**, 1999, *Gender issues in reproductive health: Let's get serious. Reflections* [Newsletter], no1, United Nations Populations Fund.

**RONSMANS, Carine, et al**, 2013, « Maternal mortality and access to obstetric services in west Africa », *Tropical Medicine International Health* 8 (10) october.

**Safe Motherhood Technical Consultation**, 1998, *Safe Motherhood action agenda: Priorities or the next decade* [Conference Report] Colombo, Sri Lanka.

**SLINGER, Gide**, 2020, « Quand les femmes n'ont pas accès aux soins d'urgence », *Hebamme*, Ch. Janvier.

**TEBEU, Pierre-Marie, et ROCHAT, CharlesHenry**, 2006, « Évaluation de l'état de la prévalence potentielle des fistules obstétricales au niveau de l'agglomération urbaine et rurale de la ville de Maroua et la faisabilité de la mise en place d'un programme de prise en charge », 25 avril 2005 au janvier 2006.

**THADDEUS, Stevens, et MAINE, Daniel**, 1994, « Too far to walk: Maternal mortality in context », *Social Science and Mdecine*.

**TIMBERLAKE, Lucien**, 1989, « *Terre et Vivre : Ouvrage de conciliation sur la protection et la production des ressources naturelles* », Cadre de convention de Lomé pour les États d'Afrique des Caraïbes et des Pacifiques ACP.UE.

**UNFPA**, 2017, « *Témoignage vivant : la fistule obstétricale et les inégalités en Santé Maternelle* », campagne pour l'élimination de la fistule obstétricale.

**UNFPA**, 2018, « *Stratégie de lutte contre les fistules obstétricales au Cameroun* ».

**UNFPA**, 2020, *Fistule obstétricale : 400 cas au Sénégal chaque année*, le Quotidien.

**UNFPA**, 2020, *Fistule obstétricale : espoir de guérison et dignité pour tous*.

**UNFPA**, 2020, la fistule obstétricale.

**UNFPA**, 2021, « Santé publique : éliminer la FO en Afrique, c'est possible », 17 juin 2021.

**UNPFA et FCI**, 2017, « Témoignage vivant : la fistule obstétricale et les inégalités en Santé Maternelle ».

**WAALDIJK, Kees**, 1994, Step-by-step surgery of vesico-vaginal fistulas. Edinburgh, Scotland, Campion Press Limited.

**WALL, Louis Lewis, 2006**, « Fistule obstétricale, adapté de: Obstetric vesico-vaginal fistula as an international public-health problem », The Lancet, 2006; 360: 120-09.

**Women's dignity Project (WDP)**, 2002, Tanzania fistula survey, Dar Es Salaam? Tanzania United Nations Population Fund, Tanzania, Ministry of Health and Women's Dignity Project.

**Women's Dignity Protect**, 2018, *Faces of Dignity*, Dar as Salam, Tanzania.

#### ❖ Webographie

**AFRIZAP**, « Maladies mentales en Afrique : entre incompréhension et tabou », in *Afrizap.com*, mis en ligne le 22 janvier 2016, <https://www.afrizap.com/maladies-mentales/> [Consulté le 15 septembre 2022 à 12h 08mn].

**Cameroun tribune**, « Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes » in Elsa, mis en ligne le 17 mars 2016, <https://plateforme-elsa.org> [consulté le 01 juin 2023 à 12h 15mn].

**DUVERGER, Maurice**, « Afrique : ces maladies de la honte », in *santé et bien-être* mis en ligne le 28 février 2012, <https://www.come4news.com/afrique-es-maladie-de-la-honte/> [Consulté le 18 août 2022 à 13h 43mn].

<https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=fistule> [consulté le 27 août 2022 à 12h 30Smnc]

**Journal du Cameroun.com, Cameroun** : « La fondation MTN et le FNUAP contre la fistule obstétricale », in *Journal du Cameroun*, mis en ligne le 21 novembre 2013 à 00h00, <https://www.journalducameroun.com-lafondation-mtn-et-funuap-contre-la-fisule-obstettricale/>, [consulté le 11 avril 2022 à 11h 22mn].

**LORIOU, Marc**, « Séminaire de sociologie de la santé », in Archive ouverte HAL, mis en ligne le 11 avril 2008, <https://cel.archives-ouvertes.fr/cel-00362588>, [consulté le 15 juillet 2022 à 20h 12mn].

**Mission permanente du Cameroun**, « Évaluation de la déclaration et du programme d'action de Beijing », in *UN Women* mis en ligne le 11 mars 2019, [www.delecam.us](http://www.delecam.us). [Consulté le 10 juin 2021 à 14h 15mn].

**OMS**, « Au-delà des nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse », in *cairn info* mis en ligne le 04 décembre 2021, [www.who.org](http://www.who.org) [Consulté le 22 Mars 2022 à 08h 15mn].

**OMS**, « Stratégies de coopération », in *OMS* mis en ligne le 21 janvier 2017, <https://apps.who.int/gho/data/node.cco>, [consulté le 10 juin 2022 à 06h 15mn].

**UN** « harmful traditional practices affecting the health of women and children », in *Factsheetno.23*, mis en ligne le 10 juin 1995, [www.unhchr.ch/html/menu6/2/fs](http://www.unhchr.ch/html/menu6/2/fs) [consulté le 15 juillet 2022 à 15h 20mn].

**UNFPAetFCI**, « Témoignage vivant. La fistule obstétricale et les inégalités en Santé Maternelle », dans UNFPA, mis en ligne le 18 décembre 2013, [fistulacampaig@unfpa.org](mailto:fistulacampaig@unfpa.org), [consulté le 25 Mars 2022 à 14h 38mn].

**UNFPA**, « Quand l'accouchement nuit à la santé, la fistule obstétricale », in *UNFPA*, mis en ligne le 2 avril 2014, <https://fr.m.wikipedia.org> [Consulté le 01 Mars 2022 à 14h 38mn].

**UNPFA**, « Repositionnement de la planification familiale comme stratégie de développement », Impact 2013-2014, mis en ligne le 28 janvier 2015, <https://www.unfpa.org> [Consulté le 25 Mars 2022 à 13h 15mn].

**UNPFA**, « La fistule obstétricale », in UNFPA, mis en ligne le 28 janvier 2020, <https://www.unfpa.org> [Consulté le 25 juin 2022 à 13h 15mn].

**WALL, LouisLewis., et al.**, « Urinary incontinence in the developing world: the obstetric fistula », in *InternationalContinenceSociety*, mis en ligne le 22 octobre 2002, <https://www.ics.org>, [Consulté le 15 Mars 2022 à 14h 38mn].

#### ❖ Lexique

**ALPE, Yves, et al.**, *Lexique de Sociologie*, Paris, Dalloz, 2013.

## ANNEXES

## ANNEXE 1 : ATTESTATION DE RECHERCHE

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix - Travail - Patrie

\*\*\*\*\*

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

\*\*\*\*\*

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES  
ET SCIENCES HUMAINES

\*\*\*\*\*

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

\*\*\*\*\*

BP : 755 Yaoundé

Siège : Bâtiment Annexe FALSH-UYI, à côté AUF

E-mail : [depart.socio20@gmail.com](mailto:depart.socio20@gmail.com)



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace - Work - Fatherland

\*\*\*\*\*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTY OF ARTS, LETTERS  
AND SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

\*\*\*\*\*

### ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **LEKA ESSOMBA Armand**, Chef de Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiante **HADJARATOU DIDI**, Matricule **170820**, est inscrite en Master, option Population et développement. Elle effectue, sous la direction du Professeur **DJOUA FEUDJIO Yves Bertrand**, un travail de recherche sur le thème : « *Les représentations sociales des femmes victimes de la fistule obstétricale dans la région de l'Extrême-Nord/Cameroun : le cas de la ville de Maroua* ».

Je vous serais reconnaissant de lui fournir toute information non confidentielle, susceptible de l'aider dans cette recherche.

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

Fait à Yaoundé, le ~~18~~ **18** MAI 2022

Le Chef de Département



*Christian Bios Nolem*  
Le Chef de Département

## **ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN ADDRESSÉ AUX PERSONNELS DE SANTÉ À L'HRM**

Bonjour Madame / Monsieur.....dans le cadre de la rédaction de notre mémoire en Sociologie option population et développement, nous menons une étude dont l'objectif est de comprendre et d'expliquer « **les représentations sociales des femmes victimes de la fistule obstétricale dans la région de l'Extrême-Nord /Cameroun : le cas de la ville de Maroua** ». Nous sollicitons votre aide et attention s'il vous plait.

### **1- L'identification de l'informateur**

- Le nom
- La durée d'ancienneté
- Le grade
- Le sexe

### **2- La connaissance sur la fistule obstétricale**

- La définition
- Les types de fistule obstétricale
- Les facteurs de risques de la fistule obstétricale
- Les causes et manifestation de la fistule obstétricale
- Les conséquences de la fistule obstétricale
- Le traitement de la fistule

*Merci de votre collaboration !*

## **ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSÉ AUX FEMMES VICTIMES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE**

### **1- L'identification de l'informatrice**

- Le nom
- Le sexe
- L'âge
- L'ethnie
- La profession
- Age au moment de la survenue de la FO
- Niveau d'instruction
- Statut matrimonial
- Nombre d'enfants vivants
- Rang de la grossesse lorsque la FO est survenue
- Devenir de l'enfant à la naissance

### **2- La connaissance de la fistule obstétricale par les femmes victimes**

- La définition
- Les causes
- Les facteurs de risques
- Les conséquences
- La prévention
- Les traitements

### **3- La représentation de la fistule obstétricale par les femmes victimes**

- La représentation par les femmes elles-mêmes
- La représentation par la communauté

### **4- Les rapports des femmes victimes de la fistule obstétricale avec leur communauté**

- Le rapport au sein de la famille
- Le rapport au sein du foyer
- Le rapport au sein de la société

### **5- Les femmes victimes et leur vie quotidienne**

- Les activités génératrices de revenus
- Les activités ménagères

**6- La réinsertion sociale des femmes victimes de la fistule obstétricale (vie pendant et après la fistule)**

- Les difficultés liées à l'insertion sociale
- Les stratégies d'insertion sociale

*Merci de votre collaboration !*

## **ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSÉ À LA COMMUNAUTÉ (maris, familles, voisins, belle-famille...)**

### **1- L'identification de l'informateur**

- La religion
- La profession
- Le statut matrimonial

### **2- La connaissance de la fistule obstétricale**

- Les causes
- Les facteurs
- Les conséquences
- Le traitement

### **3- La représentation de femmes victimes de la fistule par la communauté**

- La représentation par la communauté

### **4- Les rapports des femmes victimes de la fistule avec leur communauté**

- Le rapport au sein de la famille
- Le rapport au sein du foyer
- Le rapport au sein de la société

### **5- Les femmes victimes et leur vie quotidienne**

- Les activités génératrices de revenus
- Les activités ménagères

### **6- La réinsertion sociale des femmes victimes de la fistule obstétricale (vie pendant et après la fistule)**

- Les difficultés liées à l'insertion sociale
- Les stratégies d'insertion sociale

*Merci de votre collaboration !*

## **ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSÉ AUX PERSONNELS RESPONSABLES DE L'ASSOCIATION DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES DE L'EXTRÊME-NORD**

Bonjour Madame /Monsieur .....dans le cadre de rédaction de notre mémoire de Master en sociologie option population et développement, nous menons une étude dont l'objectif est de comprendre et expliquer « **les représentations sociales des femmes victimes de la fistule obstétricale dans la région de l'extrême –Nord/Cameroun : le cas de la ville de Maroua** ». Nous sollicitons votre aide et attention s'il vous plaît.

**NB :** Vos données resteront confidentielles et ne seront utilisées que pour des besoins ci-dessus mentionnés. Vous ne pourrez pas être identifiable par votre nom en dehors de ce cadre. Par conséquent la confidentialité est garantie.

### **1- L'identification de l'informateur**

- Le nom
- La profession
- Le grade

### **2- La connaissance par rapport aux violences faites aux femmes**

- Les principales causes des violences faites aux femmes
- Les conséquences
- Les solutions pour mettre fin aux violences faites aux femmes

### **3- Les différents rapports sociaux des femmes victimes des violences**

- Les rapports entretiennent des femmes victimes des violences au sein de la famille
- Les rapports entretiennent des femmes victimes des violences au sein du foyer
- Les rapports entretiennent des femmes victimes des violences au sein de la société

### **4- Les mesures à prendre en tant acteur de la société civile pour mettre fin aux abus des violeurs**

- Au niveau local
- Au niveau national

### **5- Le déroulement de la réinsertion des femmes victimes des abus sexuels**

- Les solutions pour améliorer la réinsertion des femmes victimes des violences sexuelles
- Les stratégies d'insertion sociale des victimes des violences

*Merci pour votre collaboration !*

## **ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN ADDRESSÉ AUX PERSONNELS RESPONSABLES DES ONG ET DES ORGANISATIONS NATIONALES**

Bonjour Madame /Monsieur .....dans le cadre de rédaction de notre mémoire de Master en sociologie option population et développement, nous menons une étude dont l'objectif est de comprendre et expliquer « **les représentations sociales des femmes victimes de la fistule obstétricale dans la région de l'extrême –Nord/Cameroun : le cas de la ville de Maroua** ». Nous sollicitons votre aide et attention s'il vous plaît.

**NB :** Vos données resteront confidentielles et ne seront utilisées que pour des besoins ci-dessus mentionnées. Vous ne pourrez pas être identifiable par votre nom en dehors de ce cadre. Par conséquent la confidentialité est garantie.

### **1- L'identification de l'informateur**

- Le nom
- La profession
- Le grade

### **2- La connaissance par rapport à la fistule obstétricale**

- Les principales causes
- Les conséquences
- Les solutions pour mettre fin à cette maladie

### **3- Les mesures à prendre en tant acteur de la société civile pour mettre fin à la fistule obstétricale**

- Au niveau local
- Au niveau national

### **4- Le déroulement de la réinsertion des femmes victimes de fistule obstétricale**

- Les solutions pour améliorer la réinsertion des femmes victimes des FO
- Les stratégies d'insertion sociale des victimes des FO

*Merci pour votre collaboration*

## ANNEXE 7: LISTE DES ENQUETES

Non et prénoms	Catégories socioprofessionnelle	Âge	Date	Heure
Madame X1	Commerçante	31	23 aout 2022	11h 12
Madame X2	Commerçante	21	08septembre 2022	08h 20
Madame X3	Agricultrice	27	03 septembre2022	10h 10
Madame X4	Agricultrice	39	07 septembre 2022	09h 15
MadameX5	Commerçante	35	02 septembre 2022	08h11
Madame X6	Ménagère	37	02 septembre 2022	08h 11
Madame X7	Ménagère	30	22 septembre 20022	06h 20
Madame X8	Ménagère	17	15 septembre 2022	14h 33
Madame X9	Commerçante	26	04 septembre 2022	07h 50
Madame X10	Commerçante	22	07 septembre 2022	16h 03
Madame X11	Écolière	18	13 septembre 2022	10h 30
Madame X12	Étudiante	23	14 septembre 2022	10h23
Madame X13	Ménagère	22	08septembre 2022	09h15
Madame X14	Élève	11	21 septembre 2022	10h 35
Madame X15	Commerçante	23	20 septembre 2022	10h 33
OURCHINGH, C.	Médecin	-	23aout 2022	10h 08
ARMIKE, M.L.,	Médecin	-	25 aout 2022	13h 23
IBRAHIM, A.,	Infirmier	-	1er septembre 2022	10h 26
HERMAN	Comptable	-	02 octobre 2022	
ABDOU	Agriculteur	-	11 septembre 2022	17h 48
SAID	Fonctionnaire	-	19 septembre 2022	15h 34

MAMMA	Ménagère	-	20 septembre 2022	11h 23
JEAN	Commerçant	-	10 octobre 2022	10h 06
MOUSSA	Commerçant	-	04 octobre 2022	08h 15
CHANTAL	Agricultrice	-	05 octobre 2022	12h 44
MERGUE, A.,	Conseillère sociale	-	22 septembre 2022	10h 01
ALIM	ASC	-	18 septembre 2022	14h 12
HALIM	Fonctionnaire	-	02 octobre 2022	16h 57
IDRISSOU	Fonctionnaire	-	07 octobre 2022S	13h 22

**ANNEXE 8 : DEMANDE ADRESSEE AU DIRECTEUR DE L'HOPITAL REGIONAL DE MAROUA**

HADJARRAÏOÙ  
DIDDI  
170920  
441  
699222481

Maroua, 17 Août 2022.

A  
Directeur de l'hôpital régional de Maroua.

Objet : Demande d'autorisation de recherche.

Monsieur,

J'ai l'honneur de venir auprès de votre haute autorité solliciter une demande d'autorisation de recherche dans votre structure.

En effet, Monsieur le Directeur, je suis HADJARRAÏOÙ Diddi, étudiante à l'université de Yaoundé 1, à la faculté des arts, lettres et sciences humaines, au département de sociologie option population et développement. Je mène une étude sur « les représentations sociales des femmes victimes de la fistule obstétricale dans la région de l'Extrême-Nord/Cameroun : le cas de la ville de Maroua ».

Je vous serais reconnaissante en nous fournissant une demande d'autorisation permettant une collecte des données.

Je joins à ma demande :

- un protocole de recherche validé par le Directeur de Mémoire.
- une photocopie d'attestation de recherche
- une photocopie de certificat de scolarité

Dans l'attente d'une suite favorable, Monsieur le Directeur, veuillez agréer notre profonde salutation.

HADJARRAÏOÙ DIDDI

## ANNEXE 9 : FICHE DE CONSENTEMENT ECLAIRE DES PATIENTES

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix-Travail-Patrie  
-----  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
-----  
SECRETARIAT GENERAL  
-----  
DIRECTION DE LA SANTE FAMILIALE  
-----

REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace-Work-Fatherland  
-----  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
-----  
SECRETARIAT GENERAL  
-----  
DEPARTMENT OF FAMILY HEALTH  
-----

### PRISE EN CHARGE DES PATIENTES VIVANT AVEC UNE FISTULE OBSTETRICALE

#### CONSENTEMENT ECLAIRE

La fistule obstétricale est la survenue d'une communication anormale entre les parois vaginale et vésicale et /ou les parois vaginale et rectale. Elle survient pendant un accouchement prolongé sans que la femme puisse bénéficier d'une prise en charge médico-chirurgicale. La fistule obstétricale demeure un véritable problème de santé publique au Cameroun, bien que la prévalence exacte et autres données y relatives au niveau national ne soient pas connues. C'est pourquoi le Gouvernement a fait de sa lutte l'une de ses priorités. Dans un souci de connaître sa prévalence, ses principaux facteurs de risque et de suivi des patients postopératoires, nous mettons à votre disposition ce questionnaire. Votre participation effective est importante pour la réussite de cette stratégie Gouvernementale et des interventions futures.

Vos données resteront confidentielles et ne seront utilisées que pour des besoins ci-dessus mentionnés. Vous ne pourriez pas être identifiable par votre nom en dehors de ce cadre. Par conséquent la confidentialité est garantie. Cependant, vous êtes libre de refuser à répondre et/ou d'arrêter cet entretien à tout moment.

Acceptez-vous de répondre à notre questionnaire : 0=Non 1=Oui ; si oui, votre signature \_\_\_\_\_

Acceptez-vous d'être opérée et sous anesthésie : 0=Non 1=Oui ; si oui, votre signature \_\_\_\_\_

N°	Identification	Code
ID01	Nom et Prenom(s) _____ Téléphone _____	
ID02	Code du malade : _____	
ID03	Centre de traitement _____ Date _____	
ID04	Région d'origine : _____ Département d'origine : _____	
ID05	Arrondissement d'origine : _____ Village _____	

Première Partie : Avant la fistule obstétricale		
Caractéristiques socio démographiques		
PP01	Age _____	
PP02	Etat Civil : 1=Mariée 2=Célibataire 3=Divorcée 4=Séparée 5=Veuve	
PP03	Education : 0=Aucune 1=Primaire 2=Secondaire 3=Supérieur	
PP04	Aviez-vous un travail rémunéré ? 0=Non 1=Oui	

PP05	Religion :1=Catholique 2=Protestant 3=Musulman(e) 4=Animiste 5= Autres à préciser_____	
PP06	Viviez-vous en : 1=Couple 2=Isolé : 3=Famille (Communautaire)	
PP07	A quel montant pouvez-vous estimer votre revenu annuel (et/ou famille /époux) ?_____	
PP08	Si vous ne connaissez pas le montant exacte du revenu, dans quelle fourchette se situe-t-il ? 0=moins de 200 000FCFA 1=[200 000, 400 000[ 2=[400 000, 800 000[ 3=[800 000, 1 500 000[ 4=[1 500 000, 3000 000[ 5= 3000 000 et plus	
<b>Vie reproductive et circonstance d'apparition de la fistule</b>		
PP09	Si vous aviez été mariée, Quel âge aviez-vous à votre premier mariage ?_____	
PP10	Quel était votre âge au début de vos règles ?_____	
PP11	A quel âge avez-vous eu vos premiers rapports sexuels ?_____	
PP12	Avez-vous été incisée ? 0=Non 1=Oui	
PP13	Avez-vous eu des infections sexuellement transmissibles ? 0=Non 1=Oui	
PP14	Quel âge aviez-vous au premier accouchement ?_____	
PP15	Avez-vous eu la fistule au premier accouchement ? 0=Non 1=Oui	
PP16	Sinon quel est le rang de la grossesse ayant généré la fistule ?_____	
PP17	Combien d'enfants nés vivant avez-vous eu dans votre vie ?_____	
PP18	Parmi les enfants nés vivant, combien sont-ils encore en vie ?_____	
PP19	Parmi les enfants nés vivant, combien sont-ils décédés ?_____	
PP20	Combien de grossesses n'ayant pas conduit à une naissance vivante avez-vous eu ?_____	
PP21	Parmi les grossesses n'ayant pas conduit à une naissance vivante, combien sont des mort-nés ?_____	
PP22	Parmi les grossesses n'ayant pas conduit à une naissance vivante, combien sont des avortements?_____	
PP23	Avez-vous : 1=Diabète 2=HTA .3=Traumatisme du bassin 4=Malformation du bassin	
PP24	Etiez-vous orpheline de père ou de mère ? 0=Non 1=Oui	
PP25	Avez-vous des frères et/ou des sœurs ? 0=Non 1=Oui	
PP26	A combien estimez-vous la dépense concernant l'accouchement qui a provoqué la fistule ?_____FCFA	
PP27	Pensez-vous avoir eu des difficultés financières durant la grossesse qui a provoqué la fistule ? 0=Non 1=Oui	
PP28	Si ce n'était pas votre première grossesse, pensez-vous qu'elle était différente des précédentes ? 0=Non 1=Oui	
PP29	Avez-vous eu besoin de l'autorisation de votre partenaire pour le recours aux soins	

	pendant la grossesse ? 0=Non 1=Oui	
PP30	Combien de consultations prénatales aviez-vous eu au cours de cette grossesse ? 0=aucune 1=Une 2=Deux 3=Trois 4=Au moins quatre	
PP31	Si vous avez fait au moins une consultation prénatale dans un centre de santé, quel est son nom _____ et sa ville _____	
PP32	Si vous avez fait au moins une consultation prénatale dans un centre de santé, de combien de mois étiez-vous enceinte quand vous êtes allée à votre première consultation prénatale _____	
PP33	Avez-vous rencontré des accoucheuses traditionnelles ? 0=Non 1=Oui	
PP34	Quelle était la distance de votre domicile au centre de santé ? _____ km	
PP35	La distance de votre domicile au centre de santé correspond à combien d'heures de marche ? 0=<1heure 1=entre 1 et 3heures 2= > 3 heures	
PP36	A combien de temps estimez-vous la durée de votre travail ? 1=inférieur à 24heures 2=entre 24 et 48 heures 3=supérieure à 48 heures	
PP37	Où s'était déroulé votre accouchement ? 1=A domicile 2=A domicile puis au centre de santé 3=Au centre de Santé..4=Route de l'hôpital 5=Autres à préciser _____	
PP38	Si l'accouchement s'est déroulé dans un centre de santé, quel est son nom _____ et la ville _____	
PP39	Si l'accouchement s'est déroulé dans un centre de santé, avez-vous bénéficié des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) ? 0=Non 1=Oui	
PP40	Quelle est la qualité de la personne ayant conduit l'accouchement ? 0=Seule 1=Membre de la famille 3=Accoucheuse traditionnelle 4=Personnel de Santé	
PP41	Si l'accouchement a été mené par un personnel de santé, lequel ? 1=Médecin 2=Infirmier(e) 3=Sage-femme 4=Aide-soignante	
PP42	Quel est le délai entre le début du travail et l'arrivée à l'hôpital ? _____ heures	
PP43	Si vous êtes arrivée en retard à l'hôpital, quelles sont les raisons ? 1=Problème financier 2=Moyen de transport 3=Hôpital éloigné Autres à préciser _____	
PP44	Avez-vous été pris en charge tardivement à l'hôpital ? 0=Non 1=Oui Si oui quelles étaient les raisons ? 1=Problème financier 2=Absence de personnel qualifié 3=Absence de matériel 4=Refus de césarienne	
PP45	Le personnel médical vous a-t-il proposé la césarienne ? 0=Non 1=Oui	
PP46	Avez-vous été référée ? 0=Non 1=Oui	
PP47	Si oui, quel était le délai entre l'arrivée au centre et la référence _____ heures	
PP48	Quel était le moyen de référence ?	

	pendant la grossesse ? 0=Non 1=Oui	
PP30	Combien de consultations prénatales aviez-vous eu au cours de cette grossesse ? 0=aucune 1=Une 2=Deux 3=Trois 4=Au moins quatre	
PP31	Si vous avez fait au moins une consultation prénatale dans un centre de santé, quel est son nom _____ et sa ville _____	
PP32	Si vous avez fait au moins une consultation prénatale dans un centre de santé, de combien de mois étiez-vous enceinte quand vous êtes allée à votre première consultation prénatale _____	
PP33	Avez-vous rencontré des accoucheuses traditionnelles ? 0=Non 1=Oui	
PP34	Quelle était la distance de votre domicile au centre de santé ? _____ km	
PP35	La distance de votre domicile au centre de santé correspond à combien d'heures de marche ? 0=<1heure 1=entre 1 et 3heures 2= > 3 heures	
PP36	A combien de temps estimez-vous la durée de votre travail ? 1=inférieur à 24heures 2=entre 24 et 48 heures 3=supérieure à 48 heures	
PP37	Où s'était déroulé votre accouchement ? 1=A domicile 2=A domicile puis au centre de santé 3=Au centre de Santé..4=Route de l'hôpital 5=Autres à préciser _____	
PP38	Si l'accouchement s'est déroulé dans un centre de santé, quel est son nom _____ et la ville _____	
PP39	Si l'accouchement s'est déroulé dans un centre de santé, avez-vous bénéficié des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) ? 0=Non 1=Oui	
PP40	Quelle est la qualité de la personne ayant conduit l'accouchement ? 0=Seule 1=Membre de la famille 3=Accoucheuse traditionnelle 4=Personnel de Santé	
PP41	Si l'accouchement a été mené par un personnel de santé, lequel ? 1=Médecin 2=Infirmier(e) 3=Sage-femme 4=Aide-soignante	
PP42	Quel est le délai entre le début du travail et l'arrivée à l'hôpital ? _____ heures	
PP43	Si vous êtes arrivée en retard à l'hôpital, quelles sont les raisons ? 1=Problème financier 2=Moyen de transport 3=Hôpital éloigné Autres à préciser _____	
PP44	Avez-vous été pris en charge tardivement à l'hôpital ? 0=Non 1=Oui Si oui quelles étaient les raisons ? 1=Problème financier 2=Absence de personnel qualifié 3=Absence de matériel 4=Refus de césarienne	
PP45	Le personnel médical vous a-t-il proposé la césarienne ? 0=Non 1=Oui	
PP46	Avez-vous été référée ? 0=Non 1=Oui	
PP47	Si oui, quel était le délai entre l'arrivée au centre et la référence _____ heures	
PP48	Quel était le moyen de référence ?	

<b>C) Connaissances préalables du traitement des fistules</b>		
DP19	Connaissez-vous la fistule avant de l'avoir contractée ? 0=Non 1=Oui	
DP20	Saviez-vous que la fistule était guérissable ? 0=Non 1=Oui	
DP21	Aviez-vous eu à être opérée pour cette fistule ? 0=Non 1=Oui	
DP22	Si déjà opérée, combien de fois sans succès ? _____	
DP23	Si jamais opérée, pourquoi ? 1=moyens financiers 2=Refus du partenaire 3=Absence formation sanitaire appropriée 4=Peur 5=Autres à préciser _____	
DP24	Combien de formations sanitaires avez-vous déjà visité ? _____	
<b>D) Perception sociale et gestion de la maladie</b>		
DP25	Vous sentez vous marginalisée à l'hôpital ? 0=Non 1=Oui	
DP26	Vous sentez vous marginalisée dans la société ? 0=Non 1=Oui	
DP27	Aviez-vous cherché à ? 1=vous cacher 2=quittez votre travail	
DP28	Avez-vous pensé à vous suicider ? 0=Non 1=Oui	
DP29	En parliez-vous avec ? 1=la famille 2=les amis... 3=Autres à préciser _____	
DP30	Pensez-vous que les fistuleuses sont acceptées dans la société ? 0=Non 1=Oui	
DP31	Si vous n'êtes pas mariée, pensez-vous marier après la guérison ? 0=Non 1=Oui	
DP32	Si vous êtes mariée, pensez-vous divorcer (ou vous séparer) après la guérison ? 0=Non 1=Oui	
DP33	Après votre traitement, aimeriez-vous faire des enfants ? 0=Non 1=Oui	
DP34	Votre maladie est-elle due à : 1=Sorcellerie 2=Malédiction 3=IST 4=Simple maladie 5=Autres à préciser	
<b>E) Examens préopératoires</b>		
<b>Antécédents</b>		
DP35	Medicaux _____	
DP36	Chirurgicaux _____	
DP37	Anesthésistes _____	
DP38	Obstétricaux _____	
DP39	Transfusionnels _____	
DP40	Tabac : 0=Non 1=Oui	
DP41	Alcool : 0=Non 1=Oui	
<b>Examen Physique</b>		
DP42	Système respiratoire _____	
DP43	Intubation _____	
DP44	FC _____ ECG _____	
DP45	Auscultation _____ Abords veineux _____	

DP46	Examens Biologiques	
DP47	Sang Recommandé : _____	
DP48	Prémédication : _____	

GB  
GR  
Hb  
Hcte  
Urée  
Creat  
Glycem  
Plaquet

TC  
TS  
HIV(+ou-)  
Gr Sang  
Rhésus

Troisième Partie : Pendant l'hospitalisation pour réparation de la fistule obstétricale	
A) Éléments anatomocliniques	
TP01	Anamnèse : 1=Prurit vulvaire 2= Prurit vaginal 3=Dysurie 4=Hématurie
Examen physique général	
TP02	Taille _____ cm Poids _____ kg
TP03	Pression artérielle (Syst/Dias) _____ / _____ Température _____
TP04	Muqueuse : 1=Colorée 2=Pâle 3=Sèche
TP05	Trouble de la marche : 0=Non 1=Oui
TP06	Dermatite urinaire/vulvaire/inguinale : 0=Non 1=Oui
TP07	Perte d'urine continue par le vagin (et/ou matières fécales): 0=Non 1=Oui
TP08	Examen physique au spéculum : 1=Vagin avec brides/cicatrices 2=Leucorrhées 3=Fistules visibles 4=Col inflammatoire
TP09	Test au bleu méthylène : 0=Inutile 1=Inutile
TP10	Test au bleu méthylène : 0=Non 1=Oui
Toucher vaginal	
TP11	1=Parois vaginales souples 2=Induration vaginale 3=Brides vaginales 4=Fistules palpables
TP12	Si induration vaginale ; 1=Degré 1 2=Degré 2 3= Degré 3
Caractéristique de la fistule	
TP13	Type : 1=Urinaire 2=Rectal 3=Mixte
TP14	Si Urinaire, 1=Urétral 2=Cervical 3=Trigon 4=rétrotrigo 5=Vésical 6=Uretère
TP15	Si Rectal, 1=Haute 2=Sphincter 3=Moyenne
TP16	Bords fistules : 1=Souples 2=Rigides
TP17	Taille : _____ cm
TP18	Stade final : 1=Simple 2=Complexe 3=Grave
Cartographie vaginale des fistules	
TP19	Indiquez la localisation exacte de la (des) fistule (s) sur le schéma ci-après
<p>The diagram shows a schematic of the female pelvic region. It includes the following labeled parts:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Méat Urétral</b>: Located at the top, indicated by an arrow pointing to a small oval.</li> <li><b>Méats Urétrales</b>: Located below the urethral meatus, indicated by an arrow pointing to two small ovals.</li> <li><b>Col Utérin</b>: Located in the center, indicated by an arrow pointing to a small rectangle.</li> <li><b>Orifice Anale</b>: Located at the bottom, indicated by an arrow pointing to a small oval.</li> </ul>	

B) Eléments de l'intervention chirurgicale	
Opération	
TP20	Episiotomie : 0=Non 1=Oui
TP21	Voie d'abord : 1=Vaginal 2=Abdomen 3=Mixte
TP22	Fistulor : 1=Raphie 2=Plastie
TP23	Lambeau : 1=Martius 2=Falandry 3=Gracili 4=Réimplantation uretère
TP24	Epreuve étanchéité satisfaisante : 0=Non 1=Oui
TP25	<b>Anesthésie :</b> 1=Général 2=Rachianesthésie 3= Rachianesthésie puis Général 4=Péridurale 5=Local
Suites per-opératoires et postopératoires immédiates	
TP26	1=Hémorragie 2=Transfusion Sanguine 3=Choc 4=Autres à préciser _____
TP27	Durée de l'opération _____ h _____ mn
TP28	Durée de l'hospitalisation _____ jours
Suites opératoires différées	
TP29	Stérilité : 0=Non 1=Oui
TP30	Dyspareunie : 0=Non 1=Oui
TP31	Résultat final : 1=Fermé et continent 2=Fermé et incontinent 3=Echec
Compte rendu Opérateur	
Equipe opératoire	
TP32	Chirurgien : _____ Signature _____
TP33	1 <sup>er</sup> aide au chirurgien : _____ Signature _____
TP34	2 <sup>ème</sup> aide au chirurgien : _____ Signature _____
TP35	Anesthésiste : _____ Signature _____
TP36	Aide Anesthésiste _____ Signature _____
TP37	Indication
TP38	Abord chirurgical : 1=Vaginal 2=abdominal 3=Mixte
TP39	Technique opératoire

TP40	<b>Suites opératoires</b>	
	<b>Sortie</b>	
	<b>Conclusion</b>	

## ANNEXE 10 : FICHE DE SORTIE DES PATIENTES

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
*Paix-Travail-Patrie*  
 -----  
 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
 -----  
 SECRETARIAT GENERAL  
 -----  
 DELEGATION REGIONALE  
 L'EXTREME-NORD  
 -----  
 HOPITAL REGIONAL DE MAROUA



Tel : 222-29-10-44

Fax : 222-29-10-74

REPUBLIC OF CAMEROON  
*Peace-Work-Fatherland*  
 -----  
 MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
 -----  
 SECRETARY GENERAL'S OFFICE  
 -----  
 REGIONAL DELEGATION  
 FOR FAR NORTH  
 -----  
 MAROUA REGIONAL HOSPITAL

-----  
 CENTRE REGIONAL DE PEC DES FISTULES OBSTETRIQUES

### BILLET DE SORTIE

NOM ET PRENOMS :

AGE

DATE D'ENTREE :

DATE DE SORTIE :

DIAGNOSTIC D'ENTREE :

---



---

TRAITEMENT :

---



---

HOPITAL DE SUIVI :

FREQUENCE DU SUIVI :

DATE DE REPRISE DES RAPPORTS SEXUELS :

DATE DE LA PROCHAINE GROSSESSE :

**Nb : si grossesse- visite prénatale dans une formation sanitaire et accouchement par césarienne électorive**



## TABLES DES MATIÈRES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS .....	ii
SOMMAIRE .....	iii
RÉSUMÉ.....	iv
ABSTRACT .....	v
LISTES DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS .....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES CARTES ET PHOTOS.....	x
INTRODUCTION GENERALE.....	1
I. CONTEXTE DE L'ÉTUDE .....	2
II. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET .....	3
III. PROBLÈME DE RECHERCHE .....	6
IV. PROBLÉMATIQUE.....	7
V. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	16
1. Question principale .....	16
2. Questions spécifiques .....	16
VI. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE .....	16
1. Hypothèse principale.....	17
2. Hypothèses spécifiques .....	17
VII. OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	17
1. Objectif principal.....	17
2. Objectifs spécifiques .....	17
VIII. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE .....	17
1. Enquête qualitative .....	18
2- Méthode d'échantillonnage.....	18
3. Population d'étude.....	19
4. Technique de collecte de données .....	20
5. Outils de collecte des données .....	21
IX. CADRE THÉORIQUE .....	22
1. Théorie des Représentations sociales .....	23

2. Théorie de l'estime de soi .....	24
X. CADRE CONCEPTUEL .....	25
1. Représentations sociales.....	26
2. Fistule obstétricale.....	27
PLAN DE TRAVAIL.....	29
PREMIÈRE PARTIE : PRÉSENTATION DU MILIEU D'ÉTUDE ET FACTEURS DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA.....	30
CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DE LA ZONE D'ÉTUDE.....	32
I. APERÇU HISTORIQUE DE LA VILLE DE MAROUA .....	32
1. Genèse de la ville de Maroua .....	33
2. Évolution de la ville de Maroua .....	33
II. PRÉSENTATION PHYSIQUE DU MILIEU D'ÉTUDE.....	34
1. Contexte administratif.....	34
2. Aspect géographique .....	37
A. Le climat.....	37
B. La végétation.....	38
C. Les reliefs.....	38
D. Les sols.....	39
III. SITUATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE .....	40
1. Population.....	40
2. Généralité sur les groupes ethniques .....	41
IV. PRINCIPALES RELIGIONS PRATIQUÉE .....	42
1. Islam .....	42
2. Christianisme.....	43
V. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE .....	44
1. Agriculture et élevage .....	44
2. Commerce et artisanat.....	46
VI. CONTEXTE SANITAIRE .....	48
1. Organisation du système de santé de l'HRM.....	49
2. Différentes prestations de services .....	50
CHAPITRE 2 : FACTEURS DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA.....	53
I. APERÇU SUR LA MALADIE DE LA HONTE .....	53
1. Notion de la maladie de la honte.....	53
2. Construction sociale de la maladie de la honte .....	55
II. ATTEINTES PSYCHOSOCIALES ET MENTALITÉS AUTOUR DE LA MALADIE ..	55

1-	Atteintes psychosociales .....	55
2-	Différentes mentalités autour de la maladie .....	56
III. DÉFINITIONS ET TYPES DE FISTULE OBSTÉTRICALE .....		59
1.	Définition de la fistule obstétricale .....	60
2.	Types de fistule obstétricale .....	61
IV. FACTEURS DE RISQUES ET CAUSES DE FISTULES OBSTÉTRICALES.....		62
1.	Facteurs de risques de la fistule obstétricale .....	62
2.	Causes de la fistule obstétricale .....	64
A.	Causes obstétricales .....	64
B.	Causes non obstétricales .....	65
C.	La radiothérapie .....	65
V. FACTEURS DE RISQUES ET CAUSES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA.....		65
1.	Facteurs de risques de la fistule obstétricale à Maroua.....	65
2.	Causes de la fistule obstétricale à Maroua .....	68
A.	Retard dans la décision de demande de soins.....	69
B.	Retard pour se rendre à l'établissement des soins.....	70
C.	Retard dans la mise en place des soins obstétricaux d'urgence au centre de santé.....	70
VI. TYPOLOGIES DE FISTULES OBSTÉTRICALES À MAROUA .....		71
1.	Fistule vésico-vaginale (FVV) .....	71
2.	Fistule recto-vaginale (FRV).....	71
DEUXIÈME PARTIE : REPRÉSENTATIONS SOCIALES, CONSÉQUENCES ET PRISE EN CHARGE DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA. ....		73
CHAPITRE 3REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA.....		75
I. REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA . 75		
1.	Représentations sociales de la fistule obstétricale dans la communauté et au sein des familles à Maroua.....	75
2.	Représentations sociales de la fistule obstétricale au sein du foyer.....	76
A.	Fistule obstétricale comme conséquence d'une inconduite sociale.....	76
B.	Fistule obstétricale résultante de la transgression d'un interdit.....	76
C.	La fistule obstétricale comme conséquence de l'infidélité de la femme.....	77
II. BIOLOGIQUE ET DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE .....		77
1.	Fistule obstétricale entre le biologique et le social .....	78

2. Fistule obstétricale au prisme de la biologie .....	78
III. ÉPIDEMOLOGIE ET MANIFESTATION DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE.....	79
1. Épidémiologie de la fistule obstétricale .....	79
2. Manifestation de la fistule obstétricale.....	81
IV. CONSTRUCTION SOCIALES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE AU PRISME DES SCIENCES SOCIALES .....	81
1. Généralités des sciences sociales sur la Fistule Obstétricale .....	82
2. Sociologie, Anthropologie et Psychologie de la santé .....	83
A. Sociologie de la santé sur la fistule obstétricale .....	83
B. Anthropologie de la santé sur la fistule obstétricale .....	85
C. Psychologie de la santé sur la fistule obstétricale .....	87
V. DIFFÉRENTES TYPES DES REPRÉSENTATIONSSOCIALES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE .....	89
1. Représentations fataliste et magique .....	89
2. Représentation réaliste .....	91
VI. RAPPORTS ENTRE LES PERSONNES MALADES ET LEUR ENVIRONNEMENT SOCIALE .....	92
1. Rapport d'exclusion .....	92
2. Différentes exclusions sociales (exclusions primaire, secondaire et l'auto-exclusion) .....	92
CHAPITRE 4 : CONSÉQUENCES ET PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIME DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA .....	96
I. CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA .....	96
1. Fistule obstétricale comme source d'exclusion sociale.....	96
2. Fistule obstétricale comme facteur de divorce .....	98
II. CONSÉQUENCES PHYSIQUES OU MÉDICALES DES FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA .....	101
1. Lésions physiques .....	101
2. Problèmes d'hygiènes .....	102
III. CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DES FISTULES OBSTÉTRICALES .....	103
1. Fistule Obstétricale comme source de stigmatisation .....	103
2. Fistule Obstétricale comme facteur de suicide.....	105
IV. PRÉVENTION DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE .....	106
1. Politique de santé .....	106
2. Santé et Développement au Cameroun .....	108
V. PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA	110

1. Soins préopératoires .....	111
2. Soins postopératoires.....	113
VI. PRISE EN CHARGE ET RÉINSERTION SOCIALE DES FEMMES VICTIMES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE À MAROUA.....	115
1. Intervenants nationaux dans la prise en charge de la fistule obstétricale à Maroua.....	115
A. Intervenants nationaux.....	115
B. Intervenants locaux.....	117
2. Intervenants internationaux dans la prise en charge sociale de la fistule obstétricale à Maroua .....	118
A. United Nations Population Fund (UNFPA).....	118
B. CARE.....	119
CONCLUSION GENERALE .....	120
BIBLIOGRAPHIES .....	126
ANNEXES .....	a