

PERSPECTIVES PHILOSOPHIQUES

REVUE IVOIRIENNE DE PHILOSOPHIE ET DE SCIENCES HUMAINES



Volume IX - Numéro 18 Décembre 2019 ISSN : 2313-7908

N° DEPOT LEGAL 13196 du 16 Septembre 2016

PERSPECTIVES PHILOSOPHIQUES

Revue Ivoirienne de Philosophie et de Sciences Humaines

Directeur de Publication : Prof. Doh Ludovic FIÉ

Boîte postale : 01 BP V18 ABIDJAN 01

Tél : (+225) 03 01 08 85

(+225) 03 47 11 75

(+225) 01 83 41 83

E-mail : administration@perspectivesphilosophiques.net

Site internet : [http:// www.perspectivesphilosophiques.net](http://www.perspectivesphilosophiques.net)

ISSN : 2313-7908

N° DEPOT LEGAL 13196 du 16 Septembre 2016

ADMINISTRATION DE LA REVUE PERSPECTIVES PHILOSOPHIQUES

Directeur de publication : **Prof. Doh Ludovic FIÉ**, Professeur des Universités
Rédacteur en chef : **Prof. N'dri Marcel KOUASSI**, Professeur des Universités
Rédacteur en chef Adjoint : **Prof. Assouma BAMB**A, Maître de Conférences

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Prof. Aka Landry KOMÉNAN, Professeur des Universités, Philosophie politique, Université Alassane OUATTARA
Prof. Antoine KOUAKOU, Professeur des Universités, Métaphysique et Éthique, Université Alassane OUATTARA
Prof. Ayénon Ignace YAPI, Professeur des Universités, Histoire et Philosophie des sciences, Université Alassane OUATTARA
Prof. Azoumana OUATTARA, Professeur des Universités, Philosophie politique, Université Alassane OUATTARA
Prof. Catherine COLLOBERT, Professeur des Universités, Philosophie Antique, Université d'Ottawa
Prof. Daniel TANGUAY, Professeur des Universités, Philosophie Politique et Sociale, Université d'Ottawa
Prof. David Musa SORO, Professeur des Universités, Philosophie ancienne, Université Alassane OUATTARA
Prof. Doh Ludovic FIÉ, Professeur des Universités, Théorie critique et Philosophie de l'art, Université Alassane OUATTARA
Prof. Henri BAH, Professeur des Universités, Métaphysique et Droits de l'Homme, Université Alassane OUATTARA
Prof. Issiaka-P. Latoundji LALEYE, Professeur des Universités, Épistémologie et Anthropologie, Université Gaston Berger, Sénégal
Prof. Jean Gobert TANOH, Professeur des Universités, Métaphysique et Théologie, Université Alassane OUATTARA
Prof. Kouassi Edmond YAO, Professeur des Universités, Philosophie politique et sociale, Université Alassane OUATTARA
Prof. Lazare Marcellin POAMÉ, Professeur des Universités, Bioéthique et Éthique des Technologies, Université Alassane OUATTARA
Prof. Mahamadé SAVADOGO, Professeur des Universités, Philosophie morale et politique, Histoire de la Philosophie moderne et contemporaine, Université de Ouagadougou
Prof. N'Dri Marcel KOUASSI, Professeur des Universités, Éthique des Technologies, Université Alassane OUATTARA
Prof. Samba DIAKITÉ, Professeur des Universités, Études africaines, Université Alassane OUATTARA

COMITÉ DE LECTURE

Prof. Ayénon Ignace YAPI, Professeur des Universités, Histoire et Philosophie des sciences, Université Alassane OUATTARA
Prof. Azoumana OUATTARA, Professeur des Universités, Philosophie politique, Université Alassane OUATTARA
Prof. Catherine COLLOBERT, Professeur des Universités, Philosophie Antique, Université d'Ottawa
Prof. Daniel TANGUAY, Professeur des Universités, Philosophie Politique et Sociale, Université d'Ottawa
Prof. Doh Ludovic FIÉ, Professeur des Universités, Théorie critique et Philosophie de l'art, Université Alassane OUATTARA
Prof. Henri BAH, Professeur des Universités, Métaphysique et Droits de l'Homme, Université Alassane OUATTARA
Prof. Issiaka-P. Latoundji LALEYE, Professeur des Universités, Épistémologie et Anthropologie, Université Gaston Berger, Sénégal
Prof. Kouassi Edmond YAO, Professeur des Universités, Philosophie politique et sociale, Université Alassane OUATTARA
Prof. Lazare Marcellin POAMÉ, Professeur des Universités, Bioéthique et Éthique des Technologies, Université Alassane OUATTARA
Prof. Mahamadé SAVADOGO, Professeur des Universités, Philosophie morale et politique, Histoire de la Philosophie moderne et contemporaine, Université de Ouagadougou
Prof. Samba DIAKITÉ, Professeur des Universités, Études africaines, Université Alassane OUATTARA

COMITÉ DE RÉDACTION

Prof. Abou SANGARÉ, Professeur des Universités
Dr. Donisongui SORO, Maître de Conférences
Dr Alexis KOFFI KOFFI, Maître-Assistant
Dr. Kouma YOUSSOUF, Maître de Conférences
Dr. Lucien BIAGNÉ, Maître de Conférences
Dr. Nicolas Kolotioloma YEO, Maître-Assistant
Dr. Steven BROU, Maître de Conférences
Secrétaire de rédaction : **Dr. Blé Sylèvre KOUAHO**, Maître de Conférences
Trésorier : **Dr. Grégoire TRAORÉ**, Maître de Conférences
Responsable de la diffusion : **Prof. Antoine KOUAKOU**, Professeur des Universités

SOMMAIRE

| | |
|---|-----|
| 1. L'objectivation du divin dans la rationalité platonicienne et dans la foi chrétienne, Ange Allassane KONÉ | 1 |
| 2. Montaigne et l'humanisme pédagogique médiéval, Gaoussou OUEDRAOGO | 21 |
| 3. L'œuvre d'art et la décadence de son aura : contribution à une critique benjaminienne de la modernité technoscientifique, Barthelemy Brou KOFFI | 39 |
| 4. Le principe espérance de Bloch : un défi au nihilisme, Issouf CAMARA | 57 |
| 5. Le sentiment de responsabilité et la protection de la nature en faveur des générations futures chez Hans Jonas, Grégoire TRAORÉ et Kouassi Hermann SIALLOU | 74 |
| 6. De la compatibilité entre la réfutabilité chez Popper et la science normale chez Kuhn, Bi Ya Téléphor GOZI | 88 |
| 7. L'universalité conceptuelle à l'épreuve de la diversité des contextes : Perspectives de Théophile Obenga et de Jean-François Lyotard, Garba OUMAROU et Mounkaïla Abdo Laouali SERKI | 106 |
| 8. Raison et prospective : analyse critique, Evariste Dupont BOBOTO | 122 |
| 9. Les politiques migratoires : de la souveraineté à la solidarité, Essouf BINI et Dotsè Charles-Grégoire ALOSSE | 142 |
| 10. L'axiomatique formalisée : idéal déductif ou illusion d'un idéal déductif ?, Pancrace AKA | 165 |
| 11. Contexte de prise en charge et Stratégies de résilience post chirurgicale des porteuses de fistules chroniques à Korhogo, Gnazégbo Hilaire MAZOU, Zagocky Euloge GUEHI et Bi Koloko Wilfried OUIZAN | 183 |

12. La politique de communication de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sur le paiement des cotisations sociales des travailleurs du secteur privé de Côte d'Ivoire,

Bally Claude KORÉ199

13. Roman africain contemporain francophone et nouveau roman : de la similarité poétique à l'imposture critique,

Taïgba Guillaume ROUDÉ209

LIGNE ÉDITORIALE

L'univers de la recherche ne trouve sa sève nourricière que par l'existence de revues universitaires et scientifiques animées ou alimentées, en général, par les Enseignants-Chercheurs. Le Département de Philosophie de l'Université de Bouaké, conscient de l'exigence de productions scientifiques par lesquelles tout universitaire correspond et répond à l'appel de la pensée, vient corroborer cette évidence avec l'avènement de *Perspectives Philosophiques*. En ce sens, *Perspectives Philosophiques* n'est ni une revue de plus ni une revue en plus dans l'univers des revues universitaires.

Dans le vaste champ des revues en effet, il n'est pas besoin de faire remarquer que chacune d'elles, à partir de son orientation, « cultive » des aspects précis du divers phénoménal conçu comme ensemble de problèmes dont ladite revue a pour tâche essentielle de débattre. Ce faire particulier proposé en constitue la spécificité. Aussi, *Perspectives Philosophiques*, en son lieu de surgissement comme « autre », envisagée dans le monde en sa totalité, ne se justifie-t-elle pas par le souci d'axer la recherche sur la philosophie pour l'élargir aux sciences humaines ?

Comme le suggère son logo, *perspectives philosophiques* met en relief la posture du penseur ayant les mains croisées, et devant faire face à une préoccupation d'ordre géographique, historique, linguistique, littéraire, philosophique, psychologique, sociologique, etc.

Ces préoccupations si nombreuses, symbolisées par une kyrielle de ramifications s'enchevêtrant les unes les autres, montrent ostensiblement l'effectivité d'une interdisciplinarité, d'un décloisonnement des espaces du savoir, gage d'un progrès certain. Ce décloisonnement qui s'inscrit dans une dynamique infinitiste, est marqué par l'ouverture vers un horizon dégagé, clairsemé, vers une perspective comprise non seulement comme capacité du penseur à aborder, sous plusieurs angles, la complexité des questions, des

préoccupations à analyser objectivement, mais aussi comme probables horizons dans la quête effrénée de la vérité qui se dit faussement au singulier parce que réellement plurielle.

Perspectives Philosophiques est une revue du Département de philosophie de l'Université de Bouaké. Revue numérique en français et en anglais, *Perspectives Philosophiques* est conçue comme un outil de diffusion de la production scientifique en philosophie et en sciences humaines. Cette revue universitaire à comité scientifique international, proposant études et débats philosophiques, se veut par ailleurs, lieu de recherche pour une approche transdisciplinaire, de croisements d'idées afin de favoriser le franchissement des frontières. Autrement dit, elle veut œuvrer à l'ouverture des espaces gnoséologiques et cognitifs en posant des passerelles entre différentes régionalités du savoir. C'est ainsi qu'elle met en dialogue les sciences humaines et la réflexion philosophique et entend garantir un pluralisme de points de vues. La revue publie différents articles, essais, comptes rendus de lecture, textes de référence originaux et inédits.

Le comité de rédaction

**CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE ET STRATÉGIES
DE RÉSILIENCE POST CHIRURGICALE DES PORTEUSES
DE FISTULES CHRONIQUES À KORHOGO**

1. Gnazébo Hilaire MAZOU

Université Alassane OUATTARA (Côte d'Ivoire)
hilairemazou@yahoo.fr

2. Zagocky Euloge GUEHI

Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo (Côte d'Ivoire)
eulogemomo@yahoo.fr

3. Bi Koloko Wilfried OUIZAN

Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo (Côte d'Ivoire)
biemmanuel2812@gmail.com

Résumé :

L'intervention chirurgicale constitue le seul moyen de traitement de la fistule obstétricale. Ce travail porte sur les patientes dont l'intervention chirurgicale s'est soldée par un échec. Son propos s'intéresse à la complexité d'adaptations et de construction sociale de ces femmes tant au plan individuel que socio-économique. Il vise plus précisément à comprendre les stratégies de résilience observées chez les porteuses de fistules chroniques à Korhogo. De nature mixte, cette étude a mobilisé 56 personnes constituées, de patientes de fistule chronique, des agents de santé et des acteurs de la société civile impliqués dans la réinsertion socioéconomique des femmes. Il ressort de ce travail une présence continue des fistuleuses au centre d'accueil de fistule de Korhogo malgré l'échec de l'intervention chirurgicale. Cela témoigne d'une confiance au traitement chirurgicale et de la force des liens établis avec la communauté locale. Aussi, la construction sociale de ces femmes repose sur la mobilisation des ressources sociales et économiques.

Mots clés : Fistule chronique, Prise en charge, Korhogo, Stratégies de résilience.

Abstract :

Surgery is currently the only way to treat obstetric fistula. This work focuses on patients whose surgery has failed. Her focus is on the complexity of the adaptations and social construction of these women, both individually and

socio-economically. More specifically, it aims to understand the resilience strategies observed in chronic fistula carriers in Korhogo. It is a mixed study based on 56 interviews with chronic fistula patients, health workers at the Korhogo and civil society actors involved in the socio-economic reintegration of women. The result of this work is a continuous presence of fistulas at the Korhogo Fistula Center despite the failure of the surgical procedure. This reflects confidence in surgical treatment and the strength of the links established with the local community. Thus, the social construction of these women relies on the mobilization of social and economic resources.

Keywords : Chronic fistula, Management, Korhogo, Resiliency strategies.

Introduction

La femme occupe une place de choix parce qu'elle donne la vie, ce qui lui confère un statut social particulier dans la société. Mais l'enfantement n'est pas toujours sans risque, il est même porteur de risques énormes chez les femmes en Afrique. On estime à environ 2 à 3,5 millions le nombre de femmes souffrant de manière permanente des problèmes liés à la fistule obstétricale dans les pays en développement. Pratiquement éradiquée dans les pays développés, la fistule obstétricale continue de faire de nombreuses victimes dans les pays pauvres notamment en Asie et en Afrique subsaharienne (OMS, 2014). En Côte d'Ivoire, ce sont 16 femmes qui décèdent par jour des suites de complications lors de l'accouchement. Certaines sont victimes de fistules obstétricales appelées de façon triviale « *maladie de pipi, de honte, senti pipi ou femme pipi.* » (Djadda, 2016). La fistule obstétricale est une communication anormale entre la vessie et le vagin ou entre le rectum et le vagin ; elle apparaît dans la première semaine après un accouchement prolongé sans assistance médicale et se manifeste par un écoulement permanent des urines et/ou des selles (UNFPA, 2014). Depuis 2012, on constate la présence permanente des fistuleuses¹ qui refusent de quitter le centre de prise en charge de Korhogo après l'intervention chirurgicale. Pourquoi ces porteuses de fistule

¹ Femmes atteintes de fistule

chronique refusent-elles de quitter le centre fistule ? Quelles sont les stratégies de résilience post-chirurgicale que ces porteuses de fistule chronique développent, pour non seulement se prendre en charge mais aussi et surtout, pour continuer de résider dans le centre de prise en charge fistule de Korhogo malgré les intrigues ? Telles sont les préoccupations, que cette étude vise à comprendre dans une approche holistique en lien avec la santé de la reproduction, les morbidités maternelles et la résilience des personnes vulnérables.

1. Méthodologie

1.1. Nature de l'étude

Cette étude portant sur la fistule obstétricale de type chronique est une opportunité pour comprendre les stratégies de résilience des fistuleuses à Korhogo. Elle vise à donner une approche holistique au domaine de la santé, en particulier à celui de la santé sexuelle et reproductive. Elle se situe dans une perspective mixte, c'est-à-dire interactive, alliant à la fois approche qualitative et quantitative, mobilisée parce qu'elle a le mérite de comprendre les stratégies de résiliences observées chez les porteuses de fistules chroniques à Korhogo. Nous avons privilégié la recherche documentaire, les entretiens individuels (semi-structurés et approfondis), l'observation directe et le focus group pour la collecte des données. Les personnes ressources concernées par la réalité sociale étudiée ainsi que les critères de choix, se précisent davantage avec la sélection des enquêtés.

1.2. Site et sélection des enquêtés

Cette étude s'est effectivement déroulée entre Juin et Septembre 2017, au centre fistule KOICA de Korhogo, située à environ 635 km d'Abidjan². Le choix de cette structure, se justifie par le fait qu'elle est la référence en matière de fistules obstétricales dans la région du Poro. En effet, le centre fistule KOICA de Korhogo, abrite des porteuses de fistules qui ont été opérées au moins une

² Capitale économique de la Cote d'Ivoire

fois mais aussi, celles qui sont en attente, en vue de leur réinsertion socio-économique. Par ailleurs, le centre KOICA de Korhogo accueille les patientes des pays voisins comme le Mali et le Burkina Faso. La collecte des données s'est déroulée auprès des porteuses de fistules et du personnel de santé. La disponibilité de ces patientes de fistule à répondre à nos questions, a été déterminante comme critère de choix. Ces femmes ont été choisies sur la base de leur volonté, pour des raisons culturelles, vu que la fistule est considérée comme un cas trop intime ou tabou, à la limite honteux parce que lié à leur intimité (organe génitale). Partant de ces critères de sélection, cette étude a mobilisé au total 56 personnes dont, 46 porteuses de fistule et 10 acteurs institutionnels du domaine de la santé enrôlés à partir des techniques de choix raisonnées et de boule de neige. Ces informateurs clés étaient composés de : chirurgiens (02), infirmiers (03), personnel administratif (01), présidents et membres d'OSC (03) s'intéressant à la question de la fistule et (1) acteur local du secteur informel exerçant en interaction avec les patientes.

1.3. Techniques et outils de collecte de données

Pour la collecte des informations, nous nous sommes appuyés sur deux types de données. Les données secondaires, essentiellement bibliographiques, ont permis d'avoir une vue panoramique en matière de fistules obstétricales et chroniques, en lien avec la santé sexuelle et reproductive. Les données primaires quant à elles, ont été collectées auprès des porteuses de fistules sélectionnées à partir des fiches de suivi tenues par le chirurgien du CHR de Korhogo pour l'approche quantitative d'une part, et les agents de santé, les OSC et quelques acteurs impliqués dans le projet fistule pour le mode d'observation qualitatif, d'autre part. Toutes les informations collectées auprès des porteuses de fistules chroniques et du personnel de santé ont par la suite, été analysées selon la théorie du choix rationnel ou individualisme méthodologique. Selon Raymond Boudon, cette théorie désigne un paradigme, c'est-à-dire une conception d'ensemble, qui se définit par trois postulats. Le premier pose que tout phénomène social résulte de la combinaison d'actions, de croyances ou d'attitudes individuelles. Selon le deuxième postulat, « comprendre » les actions, croyances et attitudes de l'acteur individuel, c'est

en reconstruire le sens qu'elles ont pour lui, ce qui est toujours possible. Quant au troisième postulat, il pose que l'acteur adhère à une croyance ou entreprend une action *parce qu'elle* fait sens pour lui, en d'autres termes, que la cause principale des actions, croyances, du sujet réside dans le sens qu'il leur donne, plus précisément dans les raisons qu'il a de les adopter (Boudon R., 2007 ; Loubet B., 2000). Dans le cadre de ce travail, les porteuses de fistules développent chacune de son côté une sorte de résilience individuelle après plusieurs années de vie avec cette maladie honteuse soignée non guérie. D'où l'intérêt de privilégier, l'individualisme méthodologique comme support théorique, pour l'analyser les stratégies de résilience chez ces porteuses de fistule chronique.

1.4. Méthode d'analyse des données

Le traitement des informations s'est fait sur la base, de l'analyse de contenu thématique des témoignages recueillis, qui permet d'établir des catégories significatives à partir des témoignages en procédant à une codification des extraits d'entrevus préalablement retranscrits Cette opération de codage consistait à explorer chaque entretien pour y repérer des nœuds de sens ou segments de propos des enquêtées. Les résultats du codage de chaque entretien pris individuellement ont été mis en commun, à partir d'une analyse transversale que permet la base de données Excel. C'est donc sous ces différentes formes d'unité d'information correspondant à des propos, expressions ou opinions issues des discours transcrits qui sont présentés comme résultats.

2. Résultats

Au sortir de nos enquêtes, il s'avère que les porteuses de fistule inspirent la méfiance. Cette méfiance et le rejet que subissent les victimes de la fistule obstétricale a pour point d'encrage l'ignorance, le manque d'explications ou le mystère entretenu autour de la situation que traversent ces dernières. Alors plusieurs personnes se méfient d'elles. Dans l'imaginaire populaire, on n'ose pas les approcher au risque de se retrouver dans leur situation. Pourtant, de façon générale, la femme occupe une place de choix parce qu'elle donne la vie, ce qui lui confère un statut social particulier dans la société. En lien avec le

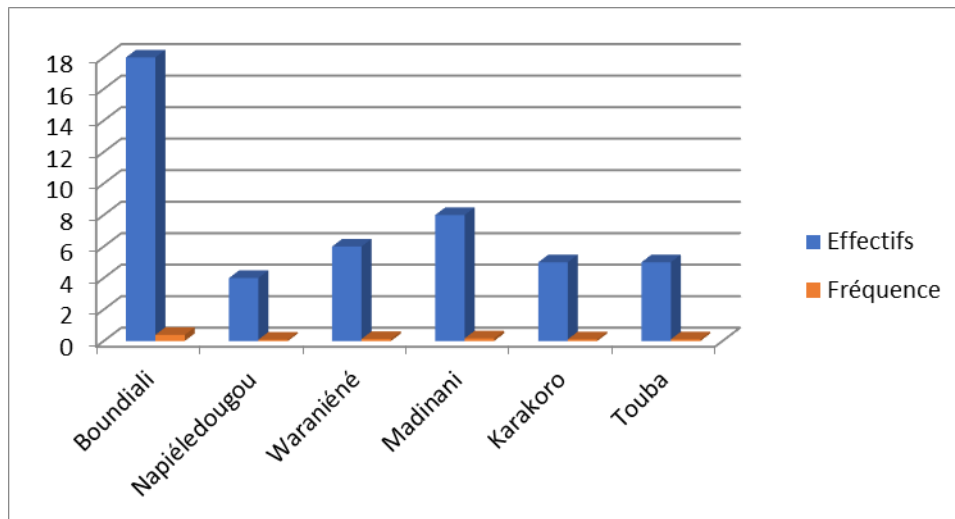
pays sénoufo, on pourrait comparer la fistuleuse à “un jeune sénoufo qui a perdu son statut de Poro”. C’est donc l’une des raisons pour lesquelles, les patientes choisissent de résider contre vent et marrée au centre fistule dans l’espoir que l’opération réussisse un jour pour échapper à l’exclusion et aux intrigues de leurs familles respectives. Mais quelles sont donc les caractéristiques sociodémographiques de ces porteuses de fistules chronique ?

2.1. Caractéristiques sociodémographiques des porteuses de fistule chronique

À travers les caractéristiques sociodémographiques, il s’agira de faire la répartition des porteuses de fistule chronique selon l’origine géographique, le niveau d’instruction et la religion.

2.1.1. Répartition des porteuses de fistule chronique selon la localité d’origine

Lors de l’enquête, l’on a eu à interroger des porteuses de fistule chronique venant localités diverses comme indiqué par le graphique ci-dessous.



Source : (Nos enquêtes, 2018)

De ce graphique, l’on remarque que le taux de fistuleuses provenant des localités éloignées de Korhogo, c’est-à-dire Boundiali (Gbon, Madinani), est élevé par rapport aux localités proches de Korhogo. Avec une fréquence de

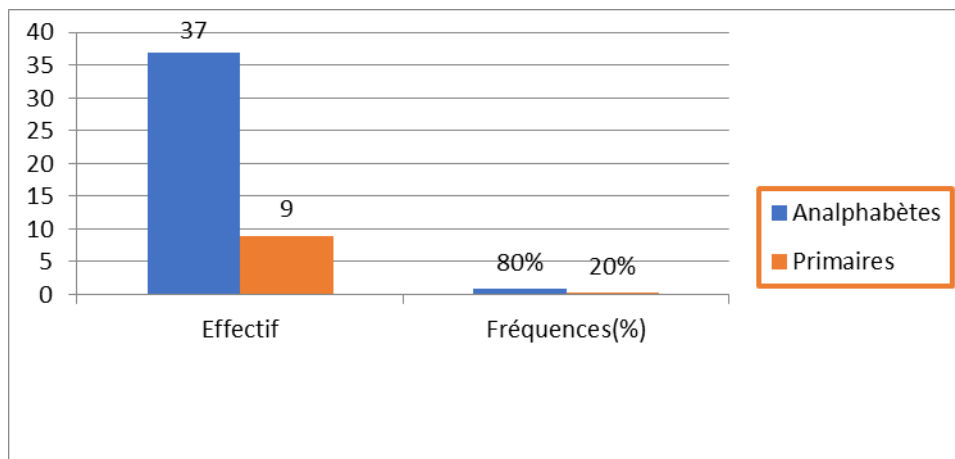
20% à Napiéledougou et Warraniéné, Pendant que l'on a le double dans la seule localité de Boundiali avec 40%. Cette situation s'explique, selon la fondatrice de l'ONG Yeti par le fait que,

Les porteuses originaires de Boundiali ont eu à faire leurs premières interventions au Mali. C'est seulement à partir des caravanes et l'orientation du projet sur cette maladie en 2011, que les porteuses originaires de Boundiali, victimes d'échecs chirurgicaux ont commencé à migrer vers le centre fistule de Korhogo.

L'éloignement géographique est considéré comme un facteur déterminant dans l'apparition et la chronicité de la fistule obstétricale. Mais qu'en est-il du niveau d'étude ?

2.1.2. Répartition des porteuses de fistule chronique selon le niveau d'étude

Tout comme l'éloignement géographique, le niveau d'étude est aussi considéré comme une des causes de la survenue de la fistule obstétricale en milieu rural. Les victimes, sont pratiquement ignorantes des causes de la fistule obstétricale. Pour elles, c'est l'acte chirurgical qui a été la cause de leur mal et non l'accouchement prolongé sans assistance médicale.



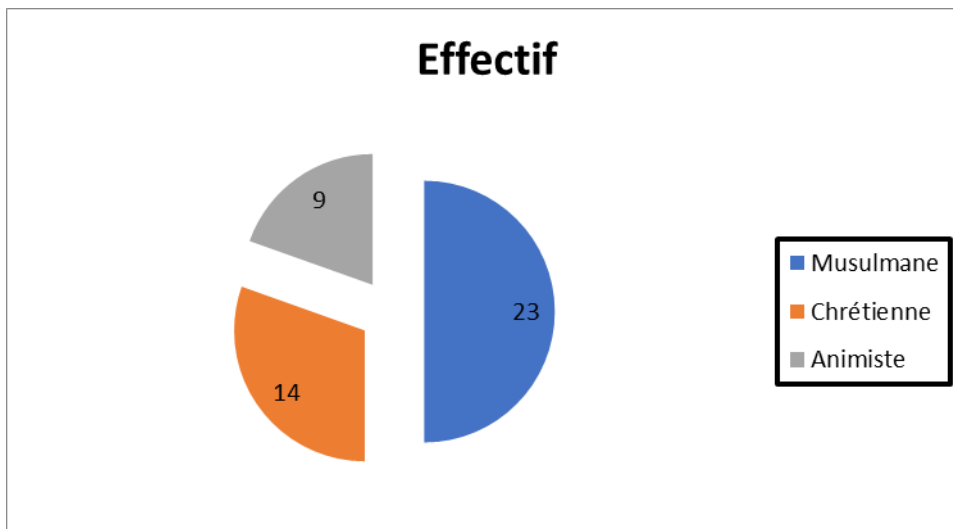
Source : (Nos enquêtes, 2018)

De ce graphique, il ressort que les porteuses de fistule qui font l'objet de cette enquête, sont pour la plupart analphabètes, soit 80% contre seulement

20% pour le niveau primaire. Cela dit, qu'en est-il de l'implication de la variable religion sur la résilience des patientes ?

2.1.3. Répartition des porteuses de fistule chronique selon la religion

Presque toutes les religions présentes dans la localité de Korhogo sont représentées au sein de notre échantillon. Il s'agit entre autres, des musulmans (50%), des chrétiens (30%) et des animistes (9%).



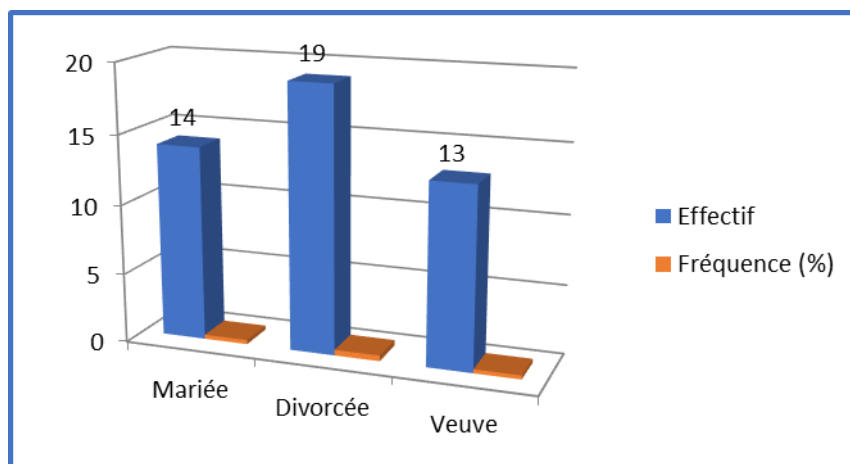
Source : (Nos enquêtes, 2018)

L'enquête de terrain aussi que, les fistuleuses musulmanes pratiquent de moins en moins leur religion parce qu'elles estiment que ce mal les empêche d'exercer les rituels de l'Islam. Dans la mesure où l'urine est considérée comme un symbole d'impureté ou de souillure chez les musulmans. Par conséquent, elles préfèrent ne plus observer ces pratiques. Comme en témoigne une enquêtée par ces termes : « Avec ça là (fistule non guérie), comment tu peux aller prier ? Depuis que j'ai ça je ne vais plus à la mosquée, je préfère rester au centre ici. Puisque j'ai toujours odeur d'urine sur moi ». Contrairement aux musulmanes, les chrétiennes (30%) préfèrent fréquenter les lieux de culte parce qu'elles sont selon elles, « acceptées et soutenues par les pasteurs et les autres fidèles, qui mobilisent des dons tels que des pagnes, savons, riz et bien d'autres produits de consommation à leur endroit ». Ce qui encourage et renforce davantage leur capacité ou processus de résilience.

Ainsi, la religion se présente dans ce cas, comme un facteur d'intégration des porteuses de fistules chroniques. Qu'en est-il alors de la situation matrimoniale des porteuses de fistule chronique ?

2.1.4. Répartition des porteuses de fistule selon le statut matrimonial

L'étude a aussi montré que l'une des implications sociales de la fistule obstétricale sur les porteuses chroniques est le divorce et séparation entre conjoints.



Source : (Nos enquêtes, 2018)

Ainsi, 70% des enquêtées sont divorcées contre 20% qui sont mariées. Selon l'enquête de terrain les 20%, le sont encore parce qu'elles sont à leur première intervention chirurgicale. En effet, il ressort de l'enquête que les séparations d'avec les conjoints ou divorces, surviennent très souvent, entre deux et trois échecs de l'intervention chirurgicale et ainsi de suite. Cela est dû au fait que les conjoints perdent souvent espoir et préfèrent se remarier plutôt que de se nourrir toujours d'espoir, comme l'atteste Mme YA porteuse de fistule chronique à travers son propos, « Quand la maladie a commencé, mon mari ne me voyait plus mais quand ça commencer à aller, il venait me voir. Après quand c'est redevenu même chose il est parti et depuis il n'est plus revenu jusqu'aujourd'hui. »

À la suite des caractéristiques sociodémographiques, analysons le contexte de la prise en charge et les stratégies de résilience post-chirurgicales des porteuses de fistule chronique.

2.2. Contexte de prise en charge et stratégies de résilience post-chirurgicales des porteuses de fistule chronique à Korhogo

2.2.1. Contexte de prise en charge des porteuses de fistule chronique

Les porteuses de fistule chronique rencontrées au centre fistule de Korhogo, ont déjà été opérées au moins une fois. Ces échecs chirurgicaux pourraient s'expliquer selon le chirurgien,

Par l'utilisation de certains objets utilisés par ces porteuses de fistule, surtout avant les premières interventions chirurgicales. Ce qui élargie d'avantage leur fistule. C'est ainsi que la chirurgie se trouve limitée face à ce type de fistule et c'est à juste titre que ce type de fistule est appelée fistule chronique ou fistule de Type Grave (FTG).

D'où la mobilisation collective, à travers l'intervention de plusieurs acteurs sociaux dans le processus de prise en charge de cette pathologie. D'abord l'ONG yeti, à travers, la promotion des droits humains et la santé sexuelle, procède à l'identification des patientes concernées par le projet, à leur formation aux petits métiers et la sensibilisation de masse. Mais chose qu'elle n'arrive toujours pas à assurer convenablement, faute de moyens financiers selon la présidente fondatrice. Ensuite le traitement chirurgical gratuit et la réinsertion sociale des ex-porteuses, interviennent avec l'appui technique de l'Agence Internationale de Coopération Coréenne (KOICA) et le soutien financier du Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Sans oublier enfin la clinique juridique et l'Agence Nationale de Développement Rural (ANADER), pour l'identification et l'intégration socio-économiques des patientes opérées guéries, à travers les activités génératrices de revenus. Le repositionnement social et le processus de développement personnel de la porteuse de fistule chronique, objet de rejet et d'exclusion de tout genre, mérite une attention particulière de la part de tous. D'abord au niveau de la patiente, une motivation et un encouragement de soi-même (la patience). Ensuite, les encouragements des agents de santé, les exhortations des guides religieux et leaders communautaires, sans oublier la famille biologique à

travers les visites et les appels. L'implication de tous ces acteurs sociaux sur le vécu de la patiente contribuera sans nul doute à sa prise en charge holistique et inclusive.

2.2.2. Stratégies de résilience des porteuses de fistule chronique au centre fistule de Korhogo

Selon le chirurgien chargé du suivi des fistuleuses opérées, les patientes devraient en principe regagner leurs domiciles respectifs après trois semaines d'observation permettant, au chirurgien d'apprécier l'intervention à sa juste valeur, c'est-à-dire constater la réussite ou l'échec de l'acte chirurgical. Malheureusement, après cette période, les patientes refusent de retourner en famille comme le témoigne le chirurgien à travers, « Elles ont fait du centre de prise en charge un village. On leur demande de partir, mais elles refusent. Elles pensent qu'ici, c'est leur maison où bien ?, on est fatigué de ces femmes-là maintenant ». En réplique à ce qui précède, une patiente réagit à son tour, « Mais on va partir où ? On va faire comment ? On s'en fou, si on quitte ici avec ça là, où va aller ? On ne peut pas quitter ». Dans le même ordre d'idées, une autre patiente affirme ceci, « Une fois, ils sont venus nous dire de quitter le centre en mettant tous nos bagages dehors. Certaines ont commencé à pleurer. Mais ne sachant pas où partir, on n'avait pas le choix. Donc on était obligées de rester malgré ces propos frustrants ». Au regard de ce qui précède, il ressort donc que les rapports entre patientes au centre fistule de Korhogo et le personnel de santé ne sont plus au beau fixe. Ce qui entraîne bien entendu, des violences verbales et un climat de tension, voire de méfiance entre eux, mettant à mal le processus de prise en charge dans lequel ils sont pourtant tous engagés. Face à cette situation, ces porteuses développent des stratégies comme par exemple, « se protéger avec des morceaux de pagnes », pour exercer plusieurs activités informelles telles que la lessive, la vaisselle dans les ménages, le nettoyage des bureaux et salles hospitalières au CHR de Korhogo, malgré l'incontinence urinaire en vue de se prendre en charge. Ainsi malgré la mauvaise qualité du rapport entre ces femmes porteuses de fistule et le personnel médical, elles arrivent pour la plupart, à subvenir à leurs besoins primaires à travers ces activités qui participent à la prise en charge des

besoins primaires. Mais qu'en est-il alors de la perception sociale de l'intervention chirurgicale chez les patientes du centre ?

2.2.3. Vécu et implications sociales de la fistule chez les patientes du centre fistule de Korhogo

Les patientes du centre, dans leur grande majorité affirme que, la fistule obstétricale ou maladie de « pipi », selon le sens nosologique sénoufo, « Survient lors des césariennes, les opérations des chirurgiens serait la cause cette maladie. C'est donc pendant l'opération où à l'accouchement que ce mal est contracté ».

Dans le même ordre d'idées, une patiente du centre s'exprime à travers ce propos, « J'ai déjà subi 5 interventions chirurgicales dont 2 au Mali et 3 à Korhogo ...je prends courage, Jusque-là rien, j'attends toujours la guérison. Je partirai d'ici que lorsque je serai guérie définitivement, sinon c'est la honte.»

Pour répondre à cette préoccupation, le personnel de santé pense que, cette situation pourrait s'expliquer par le fait que

Ces porteuses de fistule utilisent certains objets comme moyen thérapeutique qui, sans s'en rendre compte, agrandissent d'avantage leur fistule par leur propre implication. Or la fermeture complète de ce type de fistule nécessite beaucoup d'expertise de la part du chirurgien. C'est alors qu'il se trouve le plus souvent limité face à la chirurgie de ce type de fistule. Il faudra donc renforcer l'éducation pour la santé maternelle avant leur première grossesse. Ce qui pourrait éviter ces types de fistules chroniques. Même une fois contracté après les accouchements prolongés, ces femmes pourront se rendre immédiatement dans les centres de santé.

Dans le même ordre d'idées, un autre chirurgien ajoute ce qui suit :

La complexité des lésions explique le taux élevé d'échecs surtout entre des mains inexpérimentées. Ce qui fait que leur traitement demande énormément l'implication de la patiente elle-même. Il revient ainsi à la patiente de fistule chronique, de s'appuyer sur sa connaissance culturelle et médicale acquise durant sa socialisation jusqu'à l'entame de cette maladie. En témoigne une grande utilisation des morceaux de pagnes, appelé Kodjo et l'implication des produits cosmétique comme le parfum.

Ainsi avec les conseils et assurances des chirurgiens et de certaines ONG, l'intervention chirurgicale même si elle présente encore quelques risques, demeure jusque-là le seul moyen pour guérir de la fistule. En effet, selon ces patientes, il n'y a plus d'autres moyens de guérison de la fistule en dehors de

l'acte chirurgical. Dans l'ensemble, les stratégies de résiliences développées par ces patientes permettent de vivre avec la fistule. Ce qui nourrit davantage leur espoir en la guérison à travers l'acte chirurgicale. C'est ainsi que ces porteuses de fistule arrivent à rompre avec le discours de la vulnérabilité et présentent désormais comme des patientes capables de rebondir dans le processus normal d'intégration sociale malgré leur état de morbidité chronique. C'est justement le cas de cette porteuse qui a pu surmonter le choc relatif à l'échec de son opération chirurgicale à travers, « Moi j'ai le courage ou l'espoir en moi, j'espère en la réussite de mon opération un jour. » à une autre patiente d'ajouter : « On est habituées maintenant, on n'a plus peur, on reste toujours dans l'espoir qu'on sera guéries un jour ». En revanche, toutes les potentialités psychologiques développées par les porteuses de fistules chronique les rendent certes invulnérables, voir résilientes à la fistule, mais ne sont pas sans implications sociales. En effet, lorsque l'intervention chirurgicale qui constitue pour elles et pour leur entourage, une opportunité pour retrouver la dignité autrefois bafouée, n'a pas les résultats escomptés, c'est la désillusion totale et la déception surtout chez les malades, entraînant très souvent les divorces et les séparations comme l'atteste Mme MK, porteuse de fistule chronique.

Depuis que j'ai contracté ça et que j'ai opérée sans succès, mon marie m'a abandonnée. On me traite de sorcière dans tout le village. Je ne peux plus y retourner tant que je ne suis pas guérie, c'est pourquoi je suis ici jusqu'à retrouver ma guérison définitive.

Malheureusement, l'odeur des urines qui se dégage des fistuleuses, l'incapacité des conjoints à vivre une vie sexuelle épanouie et les préjugés à leur endroit sont de véritables sources de fragilisation des liens sociaux. Au regard des résultats de cette étude, deux éléments essentiels de discussion semblent importants à interroger d'avantage sous l'éclairage de certains travaux.

3. Discussion

Contrairement aux populations qui ignoraient une possible prise en charge médicale des fistuleuses, le groupe de patientes identifié dans le cadre cette étude, sont désormais convaincues et rassurées que la fistule obstétricale n'est pas un sort, une malédiction, mais plutôt une maladie qui

survient lors des césariennes, à l'accouchement. Cette connaissance positionne ces patientes dans une attitude de confiance. L'espoir qui découle de l'efficacité de l'intervention chirurgicale engage ces patientes dans une sorte de résilience afin de vivre avec l'incontinence urinaire. Les porteuses de fistule obstétricale accordent une confiance à l'intervention chirurgicale. En effet, les caravanes d'opération de la fistule sont précédées de sensibilisations le plus souvent, animées par les ex-porteuses de fistules qui ont recouvrée la guérison suite aux interventions chirurgicales (UNFPA, 2014). Ces dernières servent donc de patientes témoins pour attester de l'efficacité du traitement chirurgicale. Ce qui participe à la mobilisation sociale des porteuses qui n'ont pas encore vécues cette expérience autour de cette activité. Ainsi, dans le cas de la fistule à Korhogo, l'intervention chirurgicale demeure pour l'instant le seul recours thérapeutique capable de soulager les patientes, faute de reconversion thérapeutique à ce niveau. En effet, le cas de la fistule chronique n'évoque en aucun cas un autre recours thérapeutique autre que la médecine conventionnelle matérialisée par les chirurgiens. Même si les chirurgiens reconnaissent eux-mêmes que ces types de fistule nécessitent plusieurs interventions chirurgicales. La survenue, la persistance ou l'aggravation d'une fuite des urines après cure de fistules uro-génitales est vécue comme un échec par la patiente et est souvent cause de handicap au même titre que la fistule qui peut imposer le choix d'un traitement chirurgical particulier. Ainsi, les fistules uro-génitales ne représentent pas une maladie mortelle mais constituent un véritable handicap pour les femmes qui en souffrent pour mener une vie socioculturelle et économique normale, généralement exclues des activités courantes de la société (Ballo, 2005). En lien avec les représentations de la maladie et de la santé, (Lagou et al. 2016), proposent en revanche, une approche holistique, c'est-à-dire une diversité d'itinéraire thérapeutique face aux différentes morbidités des ivoiriens. C'est justement dans cette perspective que les plantes médicinales telles que, le Lamiacée a été énuméré par les patientes pour le traitement de la fistule dans la commune d'Abidjan. Ce qui n'est malheureusement pas le cas dans la localité de Korhogo où les feux de brousses et le changement climatique sont, à la base de la disparition de certaines espèces végétales autrefois utilisées, pour faciliter l'accouchement chez les jeunes filles ayant les bassins rétrécis

souvent considérés comme facteurs de risque de fistule obstétricale. La présence des patientes au centre fistule se justifie non seulement par la fragilisation des liens sociaux surtout conjugaux, suite à l'échec de l'intervention chirurgicale, mais aussi et surtout par la force des liens qu'elles entretiennent désormais dans le centre entre malades. Ces différentes réalités sociales donnent de nouveau, du courage et la force à ces malades de fistule chroniques et les obligent désormais à vivre de nouveau ensemble. Ainsi, le fait que ces femmes se retrouvent dans un même espace, le centre fistule d'accueil, participe énormément à la construction des liens affectifs et sociaux dont elles ne bénéficiaient pas au paravent (Kouakou, 2013). Mais cette apparente cohésion sociale et quiétude n'est malheureusement pas sans implications sociales pour les patientes. En effet, celles-ci sont très souvent la cible du personnel de santé notamment les chirurgiens à travers des propos désobligeants et frustrants. Dès lors, ces porteuses de fistule sont désormais obligées de développer des stratégies de résilience, malgré l'incontinence urinaire. Cette façon de continuer de résider dans le centre malgré toutes les intrigues, devient alors une opportunité pour ces patientes non seulement, pour se prendre en charge mais aussi et surtout une occasion de réadaptation sociale en vue d'une éventuelle réinsertion socio-économique. L'insertion économique des patientes guéries et pas encore guéries, s'est faite avec les ressources mobilisées à partir des liens sociaux établies avec la population locale. La prise en charge sociale est donc assurée par ces patientes et les dons de la communauté locale. Il existe donc une construction sociale des patientes de fistule chronique à partir de la mobilisation des liens sociaux (Abouo et al. 2017).

Conclusion

Ce travail permet de conclure que La résilience sociale se présente comme une alliée précieuse dans le processus de réinsertion socio-économique des patientes de fistule, dans la prise en charge globale. La somme du soutien psychosocial et socio-économique favorise donc la résilience du malade. La résilience semble alors s'imposer comme la mise en évidence de facteurs de protection psychologiques et/ou environnementaux, permettant de s'adapter

positivement, en dépit d'un contexte de vie particulièrement difficile. L'intervention chirurgicale gratuite constitue à présent le seul moyen efficace du traitement de la fistule obstétricale. Malgré cette efficacité, certaines patientes sont condamnées à vivre avec ce handicap tout le reste de leur vie en développant des stratégies de résilience post chirurgicale. Les efforts des décideurs et partenaires au développement doivent donc être renforcés par la mise en place, en plus des caravanes d'interventions chirurgicales gratuites, de programmes d'insertion cohérents et générateurs de revenus pour aider ces femmes.

Références bibliographiques

ABOU M. et al, 2017, Réinsertion socio-économique des ex-porteuses de fistules obstétricales de Korhogo. Mémoire de fin de cycle INFAS Korhogo.

BALLO N, 2005, *Incontinence urinaire post cure de fistule vésico-vaginale : à propos de 38 cas*. Université de Bamako.

BOUDON R, 2007, *Essais sur la théorie générale de la rationalité*, Paris.

DJADDA A, 2016, *Les pesanteurs socioculturelles et comportementales des fistules obstétricales*. Mémoire de maîtrise, Dakar.

LAGOU M. et al, 2016, « Fistules obstétricales dans le district d'Abidjan, Côte d'Ivoire : niveau de connaissance et plantes utilisées traditionnellement dans le traitement. » *International Journal of Biological and Chemical Sciences*, 10 (3).

LOUBET B., 2000, *Introduction aux méthodes des sciences sociales*, Toulouse, PRIVAT.

KOUAKOU J. N., 2013, *Représentation sociale de la ménopause et construction identitaire chez les femmes en milieu urbain*. Mémoire de Master 1, Abidjan-Cocody.

OMS, 2014, Mortalité maternelle. Aide-mémoire N°348.

UNFPA, 2014, *Étude socio-anthropologique sur les fistules obstétricales en Côte d'Ivoire*.