



**Diversité des modèles éducatifs et prise en charge de la fistule obstétricale :
Analyse socio-anthropologique des interactions entre savoirs traditionnels, biomédicaux
et psychosociaux**

MBAIHAINTOLEL Martial Doctorant en Intervention Action Communautaire,
Faculté des Sciences de l'Éducation de l'Université de Yaoundé 1 au
Cameroun/N'Djamena/Tchad.

1, MITAN Pedros Doctorant en management de l'éducation, Faculté des Sciences de
l'Éducation, Université de Yaoundé 1 au Cameroun/N'Djamena/Tchad

2, TATOLOUM HONDE Maryo Doctorant en psychologie de l'éducation, Faculté des
Sciences de l'Éducation de l'Université de Yaoundé 1 au Cameroun/N'Djamena/Tchad

3, NGUEABAYE ADOUMNGAR Doctorant en TIC et éducation, Faculté des Sciences de
l'Éducation, Université de Yaoundé 1 au Cameroun/N'Djamena/Tchad.

4, Pr EBALE MONEZE Chandel Professeur, Chef de Département de Psychologie,
Université de Yaoundé 1/Yaoundé/Cameroun.

Abstract: Obstetric fistula remains a major public health problem in sub-Saharan Africa, mainly affecting women living in contexts of socio-economic and cultural vulnerability. Although biomedical solutions, notably surgical repair, are now well established, the persistence of the disease reveals the limits of a strictly medical approach. This study offers a socio-anthropological analysis of the diversity of educational models used in the management of obstetric fistula in Africa and Chad. It examines the interactions between traditional, biomedical and psychosocial knowledge, and highlights their influence on prevention, access to care, destigmatization and social reintegration of affected women. The

study highlights the need for an integrated, culturally contextualized and socially inclusive educational approach.

Keywords: *obstetric fistula 1; educational models 2; traditional knowledge 3; community education 4.*

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.20451334>

1 Introduction

La fistule obstétricale est une pathologie invalidante résultant le plus souvent d'un travail prolongé non assisté médicalement. Elle provoque une incontinence chronique, accompagnée de conséquences psychologiques, sociales et économiques majeures pour les femmes affectées. En Afrique, la fistule obstétricale reste fortement associée à la pauvreté, à l'analphabétisme, au mariage précoce et à l'accès limité aux services de santé maternelle.

Au-delà de sa dimension biomédicale, la fistule obstétricale constitue un phénomène profondément social et culturel. Les représentations de la maladie, les croyances traditionnelles, les normes de genre et les modèles éducatifs influencent fortement les trajectoires de soins. Dans ce contexte, l'éducation apparaît comme un levier stratégique de prévention, de prise en charge et de réinsertion sociale.

Malgré les progrès cliniques dans la réparation chirurgicale de la fistule obstétricale, cette pathologie demeure un enjeu de santé publique majeur en Afrique et particulièrement au Tchad, aggravé par des facteurs socio-culturels, éducatifs et institutionnels. Les stratégies de prise en charge biomédicale (réparation chirurgicale, soins post-opératoires) sont souvent dissociées des connaissances traditionnelles, des normes culturelles et des dispositifs éducatifs informels qui influencent les comportements de santé communautaires. Il existe peu de recherches qui analysent comment ces différents modèles éducatifs interagissent avec les savoirs locaux, influencent la prévention, l'accès aux soins, la réhabilitation psychosociale et la réinsertion des survivantes de fistule en Afrique, (Tebeu, P., M 2020).

Cette étude s'inscrit dans une perspective socio-anthropologique et vise à analyser comment la diversité des modèles éducatifs, traditionnels, biomédicaux et psychosociaux interagit dans la

prise en charge de la fistule obstétricale en Afrique et au Tchad, particulièrement au Centre National de Traitement de Fistules obstétricales.

Malgré la disponibilité croissante de services de réparation chirurgicale, de nombreuses femmes vivant avec une fistule obstétricale continuent de souffrir en silence, parfois pendant plusieurs années. Les stratégies de santé publique mettent encore insuffisamment l'accent sur les dimensions éducatives, culturelles et psychosociales de la maladie.

La coexistence de plusieurs systèmes de savoirs traditionnels, biomédicaux et psychosociaux peut générer des tensions, mais aussi des complémentarités, dans la compréhension et la prise en charge de la fistule obstétricale dans toutes ses dimensions. Pour ce faire, l'on est en droit de savoir comment la diversité des modèles éducatifs influence-t-elle la prise en charge de la fistule obstétricale en Afrique, notamment en matière de prévention, d'accès aux soins, de déstigmatisation et de réinsertion sociale des femmes concernées ? Cette interrogation nous renvoie à ces hypothèses de recherche qui feront l'objet de vérification :

- Les modèles éducatifs biomédicaux et/ou formels (formation des professionnels de santé, campagnes de sensibilisation) améliorent significativement la détection précoce et l'accès aux soins de réparation chirurgicale de la fistule obligatoires dans les zones rurales et urbaines africaines.
- Les savoirs traditionnels et les normes culturelles influencent de manière déterminante les perceptions de la fistule et les comportements de recours aux soins formels, souvent aggravant les retards dans la prise en charge.
- Une intégration structurée des approches éducatives biomédicales et psychosociales au niveau communautaire favorise la déstigmatisation, l'autonomisation des survivantes et la réintégration socio-économique.
- Une articulation cohérente entre les différents modèles éducatifs renforce l'efficacité globale de la prise en charge.

2 Cadre théorique et conceptuel

La fistule obstétricale survient généralement à la suite d'un travail prolongé non assisté médicalement, créant une communication anormale entre les organes pelviens. Elle entraîne une incontinence, ostracisation sociale et détresse psychosociale, (figo.org 2015).

Cette recherche mobilise trois cadres théoriques principaux :

L'anthropologie de la santé, qui considère la maladie comme un construit social influencé par les croyances, les normes et les pratiques culturelles.

2.1 Approches éducatives formelles et biomédicales

Les campagnes de sensibilisation auprès des populations rurales ont montré une amélioration de la prévention, de l'identification des cas et de la connexion aux centres de traitement de cette maladie, (SpringerLink 2014).

Les théories de l'éducation communautaire, mettant en avant l'apprentissage social, la transmission intergénérationnelle des savoirs et l'éducation par les pairs. Des initiatives telles que l'intégration de la fistule dans les curricula de formation professionnelle de santé renforcent les compétences des praticiens. (UNFPA Cote d'Ivoire, 2025).

2.2 Savoirs traditionnels et facteurs culturels

Au Tchad, dans plusieurs communautés, le poids de la culture, les croyances autour de la grossesse et des complications obstétricales peuvent entraver l'adoption des services biomédicaux, (Springer, Médecine tropicale santé 2022).

Les normes sociales peuvent aussi expliquer les retards dans les décisions de recours aux structures de soins par ignorance pour les uns et le respect des us et coutumes pour les autres.

2.3 Modèles éducatifs psychosociaux communautaires

La fistule obstétricale nécessite la mise en œuvre pluridisciplinaire et holistique de compétences pour la prise en charge adéquate et adaptée. Les interventions qui mobilisent des leaders communautaires, des pairs éducateurs et les comités locaux de lutte contre les Violences Basées sur le Genre (VBG) réduisent la stigmatisation sociale associée à la fistule et renforcent l'estime de soi des survivantes, (Bello, OO., et Lawa, OO., 2025).

Dans cette lutte commune, l'engagement des volontaires en santé communautaire pour l'éducation, la sensibilisation par les associations sur la fistule a montré des effets positifs de changement de normes. Les modèles psychosociaux, centrés sur la résilience, l'empowerment et la reconstruction identitaire des personnes affectées restent fondamentales. La fistule obstétricale est ainsi appréhendée comme un phénomène à la fois médical, éducatif et social. Pour ses caractères biomédicaux, sociaux, économiques et psychosociaux impliquent la mobilisation holistique des compétences pour mener cette lutte de dignité, (Fistule obstétricale/Figo 2025).

2.4. L'action des religieux

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

3. Méthodologie

En sciences sociales, il existe divers types de recherches, pour notre cas, nous avons choisi l'approche qualitative du type exploratoire et descriptif. La recherche qualitative selon Anadón (2006) privilégie d'une façon ou d'une autre l'expérience et les points de vue des acteurs sociaux sur un sujet précis. Ainsi, le point de vue des acteurs est valorisé à travers l'interprétation qu'ils accordent à leur vécu quotidien, (Mbahaintolel, M. et al. 2025).

Cette étude repose sur une approche qualitative et analytique, fondée sur une revue systématique de la littérature scientifique récente (OMS, FIGO, UNFPA, revues indexées) ; l'analyse de programmes éducatifs communautaires et institutionnels en Afrique subsaharienne ; une lecture comparative des approches éducatives mobilisées dans la prévention et la prise en charge de la fistule obstétricale.

Les données ont été analysées par thématisation, en mettant l'accent sur les interactions entre les différents systèmes de savoirs.

3.1.1 Type d'étude

Pour une clarté et toucher du doigt le phénomène, notre étude est du type qualitative, mettant en exergue les outils tels que l'entretiens semi-structurés, observations, groupes de discussion. Nous avons pour population cible les femmes vivant avec une fistule obstétricale (alités et guéries), les professionnels de santé (chirurgiens, sages-femmes, agents communautaires) et les leaders traditionnels et autorités locales.

3.1.2. Méthodes de collecte

Les Entretiens semi-structurés avec survivantes, les professionnels de santé pour comprendre leurs expériences éducatives et sociales. Aussi, les focus groups avec les membres de la communauté pour identifier les croyances locales et modèles éducatifs adaptés pour la cause. Pour une bonne comparaison des données, l'analyse documentaire des programmes éducatifs biomédicaux existants ont permis de comprendre les réalités de cette pathologie.

4. Présentation des modèles éducatifs

L'éducation est une arme tranchante qui permet de transformer le monde et détient un pouvoir puissant de transformation. Le pouvoir, selon Lemieux (1989: 181), «c'est de transformer un choix en une décision ». Il se situe donc dans un cadre d'action et son exercice repose sur une capacité de choisir, sur une capacité de décider en fonction du choix et, en fin de compte, sur une capacité d'agir en fonction de sa décision. Le développement de ces capacités constitue le processus d'empowerment qui est un modèle qui répond à l'éducation de la femme affectée par cette maladie handicapante et qui vit l'injustice sociale dans sa communauté. Ce processus est fort complexe, car il comporte des facettes multiples, variées et agencées aux réalités de la collectivité ou de l'individu ainsi que de son environnement.

4.1. Les modèles éducatifs traditionnels

Les savoirs traditionnels reposent sur les croyances locales liées à la grossesse, à l'accouchement et à la maladie. Les leaders communautaires, les matrones et les familles jouent un rôle central dans la transmission de ces savoirs. Bien qu'ils puissent parfois retarder le recours aux soins biomédicaux, ces modèles constituent aussi des leviers importants pour la sensibilisation communautaire lorsqu'ils sont intégrés aux stratégies de santé publique.

4.2. Les modèles éducatifs biomédicaux

Ils incluent la formation des professionnels de santé, les campagnes de sensibilisation et l'éducation sanitaire formelle. Ces modèles contribuent à améliorer la prévention, la détection précoce et la prise en charge chirurgicale de la fistule obstétricale.

4.3. Les modèles éducatifs psychosociaux

Ces approches visent la reconstruction psychologique, la lutte contre la stigmatisation et la réinsertion sociale des femmes opérées. Les groupes de parole, l'éducation par les pairs et les programmes d'autonomisation économique en sont des exemples clés.

Table 1. Typologie des modèles éducatifs mobilisés.

Modèle éducatif	Acteurs principaux		Contributions à la prise en charge
Traditionnel	Chefs communautaires, familles, matrones	Chefs religieux, communautés	Influence des représentations, orientation vers les soins
Biomédical	Médecins, sages-femmes, ONG		Prévention, traitement chirurgical
Psychosocial	Psychologues, pairs, éducateurs, juristes		Sensibilisation, déstigmatisation, réinsertion

5. Échantionnage

C'est la fraction de la population sur laquelle porte l'étude. Il doit être représentatif de cette population, c'est-à-dire que certaines caractéristiques connues de la population doivent être présentées dans tous les éléments de l'échantillon. Pour une bonne représentativité de notre population, nous avons opté pour la technique d'échantillonnage par choix raisonné, suivi d'une technique aléatoire simple. Cette technique permet de constituer un échantillon d'individus en fonction de traits caractéristiques. C'est à partir d'une enquête, que nous avons ressorti de la population d'étude du Centre National de Traitement de Fistule obstétricale de N'Djamena qui répondait à nos critères. Un échantillonnage aléatoire par la suite réalisé avec ceux retenues a permis d'obtenir un échantillon constitué de 06 femmes victimes de fistule obstétricale guéries, celles opérées et qui sont en cours de traitement, toutes de nationalité tchadienne, constituent l'échantillon de notre étude, 3/6 ont été retenu pour une étude de cas. Nous avons choisi l'échantillonnage aléatoire simple car elle permet de corriger les biais d'échantillonnage en ce qui concerne l'implication de l'expérimentation.

Comme principal outil nous avons fait usage de l'observation et du guide d'entretien pour la collecte des données. Une analyse descriptive a permis de faire la lecture des données.

Table 2. Caractéristiques des personnes participantes.

Noms	Genre	Age	Situation matrimoniale	Situation familiale	Niveau d'instruction
Répondant 1	F	14	Divorce	0 enfants	Pas du tout
Répondant 2	F	18	Divorce	0 enfants	Pas du tout
Répondant 3	F	16	Divorce	1 enfant	CE2
Répondant 4	F	20	Divorce	0	Pas du tout
Répondant 5	F	25	Divorce	0	Pas du tout
Répondant 6	F	17	Divorce	0	CP1

6. Résultats de l'étude

Les tensions et complémentarités entre savoirs traditionnels et approches biomédicales en matière d'éducation sanitaire ont été identifiés ;

La cartographie des modèles éducatifs efficaces ont permis de réduire les délais d'accès aux soins et augmenter l'adhésion aux programmes de réhabilitation.

Les recommandations concrètes pour des stratégies éducatives intégrées qui combinent communication communautaire, formation professionnelle et soutien psychosocial sont envisagées.

7. Discussion

Les résultats de l'analyse montrent que les approches éducatives les plus efficaces sont celles qui favorisent une synergie entre les différents systèmes de savoirs. La marginalisation des savoirs traditionnels peut renforcer la méfiance envers les services de santé, tandis que leur intégration favorise l'adhésion communautaire.

Ces personnes à besoins spécifiques en manque de sécurité, de l'estime de soi et de l'équilibre psychologique ont besoin d'une stratégie d'éducation thérapeutique afin d'enclencher un processus résilient d'autonomisation pour leur réinsertion sociale et une stabilité économique pour leur survie. Mettre sur pieds un processus d'éducation à l'autonomie, la promotion d'empowerment communautaire aidera ces femmes ainsi que les communautés. Les capacités peuvent être des modèles d'éducation fonctionnelle permettra de construire en termes de libertés substantives et valoriser en lieu et place de l'utilité. Elles incluent le bonheur, la satisfaction du désir, le choix et l'accès aux ressources communautaires, (Mbahaintolel, M. et al. 2025).

La prise en charge psychosociale apparaît comme un pilier indispensable à la réparation chirurgicale, permettant une réhabilitation globale des femmes affectées.

7.1. Intégration des savoirs locaux

La reconnaissance des normes culturelles et éducatives locales peut renforcer l'acceptabilité des interventions biomédicales. Des programmes participatifs qui intègrent des leaders traditionnels pourraient optimiser la prévention et l'accès aux soins.

7.2. Formation et renforcement des capacités

La formation continue des agents de santé et des volontaires communautaires aboutit à une meilleure compréhension mutuelle et coopération entre systèmes éducatifs formels et informels.

7.3. Défis et opportunités

La mise à l'échelle des interventions est souvent freinée par des ressources limitées.

Paradoxalement, la diversité culturelle peut être un atout si elle est valorisée comme un vecteur d'éducation contextualisée.

8. Conclusion

Au demeurant de tout ce qui précède, la fistule obstétricale est une maladie très grave, handicapante et invalidante, marginalisant et stigmatisant, maladie des pauvres, souvent négligée, cachée par les victimes. Elles développent le repli sur soi, le désespoir, le suicide, ayant aucun espoir de vivre, puisqu'en plus d'être victime de cette maladie, elles sont victimes d'une injustice sociale dans leurs milieux de vie. La nécessité de lutter contre l'analphabétisme, le mariage des enfants, la mutilation féminine, le viol, les grossesses précoces, l'image qu'a la communauté de cette maladie s'impose seule.

La diversité des modèles éducatifs constitue un levier fondamental dans la prise en charge de la fistule obstétricale en Afrique. Une approche intégrée, contextualisée et participative permet non seulement de faire la promotion de la santé communautaire mais de prévenir et d'améliorer l'accès aux soins biomédicaux, la prise en charge psychosociale, mais aussi de transformer durablement les représentations sociales, les préjugés et stéréotypes autour de cette maladie. Les politiques publiques et les programmes de santé maternelle gagneraient à renforcer l'articulation entre éducation, culture et santé. Cette étude met en évidence que les modèles éducatifs diversifiés, lorsqu'ils sont articulés de manière cohérente, peut réduire la mortalité néonatale et périnatale, permettent non seulement d'améliorer la prise en charge de la fistule obstétricale, mais peut booster l'autonomisation, l'estime de soi et le pouvoir d'agir de celles-ci afin de transformer les représentations sociales qui freinent l'accès aux soins. Ce travail souligne l'importance d'une approche socio-anthropologique dans la co-construction d'interventions éducatives adaptées aux réalités africaines.

REFERENCES

- [1] OMS. Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development. 2024.
- [2] FIGO. Ending Obstetric Fistula: A Global Commitment. 2024.
- [3] UNFPA. Campaign to End Fistula – Annual Report. 2023.
- [4] UNFPA Cote d’Ivoire, 2025. Renforcer les capacités et mobiliser les ressources contre la fistule obstétricale. Cotedivoire.unfpa.org
- [5] Tebeu P.M. et al. Prise en charge psychosociale des femmes opérées de fistule obstétricale en Afrique. Pan African Medical Journal, 2022.
- [6] BMC Pregnancy and Childbirth. Community-based approaches to obstetric fistula prevention. 2023.
- [7] LEMIEUX, Vincent (1989). « Le pouvoir dans la réalisation des politiques sociales », Service social, vol. 38, nos 2-3 : 179-195.
- [8] FIGO.org 2015. Lutter contre la fistule : renforcer les capacités de traitement. FIGO.org <https://www.figo.org>.
- [9] Link.springer.com 2014. Community-based screening for obstetric fistula in Nigeria : a novel approach/BMC pregnancy and Childbirth/Full Text.
- [10] Springer, Médecine tropicale santé 2022. Awareness of obstetric fistula and its associated factors among women of reproductive age in sub-saharan Africa/Tropical Medicine and Health.
- [11] Bello, OO., et Lawa, OO., 2025. European Society of Medicine. Community Strategies for Obstetric Fistula Elimination- European Society of Medicine <https://doi.org/10.18103/mra.v13i6.6668>;
- [12] Fistule obstétricale/Figo 2025. Des experts se réunissent à nouveau à l’hôpital de fistule d’Addis-Abeba pour faire progresser la prise en charge de l’incontinence post-réparation de la fistule obstétricale (POFRI);
- [13] Mbaihaintolel, M. et al. 2025. Mobilisation des modèles éducatives dans la prise en charge des maladies : cas de fistule obstétricale. Revue EVALU’A Experts et Evalueurs d’Afrique 2025 n°2.