

NTELA

N° 01, Janvier-Juin 2021



ISSN : 2789-3588

**Revue du Centre Universitaire de Recherche
sur l'Afrique (CURA)**

Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines/Université Marien
Ngouabi, Brazzaville (République du Congo)
BP : 2642, E-mail : cura.congobrazza@gmail.com
Tél. : + 242 066690087 / 055769593 / 044108897

Couverture : Figure de chasseur bantou de l'Afrique centrale. Statuette collectée par le Laboratoire d'Anthropologie et d'Histoire (actuelle Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines de l'Université Marien Ngouabi), entre les années 1975 et 1980. Dans les langues kongo de cette sous-région, le bon chasseur est justement appelé « *NTELA* ». Par métonymie, ce nom symbolise l'homme constamment animé par la quête des savoirs et des connaissances ; un scientifique qui cherche, qui trouve et qui partage ses trouvailles avec les autres au moyen de la publication.

Les opinions exprimées dans les différents textes publiés ici sont celles de leurs auteurs. Elles n'engagent nullement la Revue *NTELA*

Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines/Université Marien
Ngouabi, Brazzaville (République du Congo)
E-mail : cura.congobrazza@gmail.com

NTELA

_____ N° 01, Janvier-Juin 2021 _____

ISSN : 2789-3588

**Revue du Centre Universitaire de Recherche
sur l'Afrique (CURA)**

Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines/Université Marien
Ngouabi, Brazzaville (République du Congo)
BP : 2642, E-mail : cura.congobrazza@gmail.com
Tél. : + 242 066690087 / 055769593 / 044108897

Publications semestrielles de la Revue NTELA

Directeur de publication

Yvon-Norbert GAMBEG

Rédacteur en chef

Jean Félix YEKOKA

Comité de rédaction

Jacques Nkeoua Oumba, Paul Kibangou, Régina Patience Ikemou, Rony Dévyllers Yala Kouanzi, Samuel Kidiba, Dieudonné Mouakouamou Mouendo, Didace Kevin Kouloungou Boungou, Jean-Bruno Bayette.

Comité scientifique

Jean-François Owaye, Professeur, Université Omar Bongo (Gabon), Miche-Alain Mombo, Professeur, Université Marien Ngouabi (Congo), Georges-Claude Tshund'Olela, Professeur, Université de Kinshasa (RD. Congo), Omer Massoumou, Professeur, Université Marien Ngouabi (Congo), Françoise Blum, Professeur, Université Paris 1, Panthéon Sorbonne (France), Bienvenu Boudimbou, Maître de Conférences, Université Marien Ngouabi (Congo), Joachim Emmanuel Goma-Thethet, Professeur, Adon Simon Affessi, Maître de Conférences, Université Peleforo Gon Coulibaly Korhogo (Côte d'Ivoire), Université Marien Ngouabi (Congo), Dieudonné Tsokini, Professeur, Université Marien Ngouabi (Congo), Pierre Yvon Ndongo Ibara, Professeur, Université Marien Ngouabi (Congo), Joseph Zidi, Maître de Conférences, Université Marien Ngouabi (Congo), Henri Yambené Bomono, Professeur, Université Yaoundé 1 (Cameroun), Rogacien Tossou, Maître de Conférences, Université d'Abomey-Calavi (Bénin), Université Marien Ngouabi (Congo), Yvon-Norbert Gambeg, Professeur, Université Marien Ngouabi (Congo), Sophie Pulchérie Tape, Maître de Conférences, Université Peleforo Gon Coulibaly Korhogo (Côte d'Ivoire), Amuri Mpala Lutébélé, Professeur, Université de Lubumbashi (RD. Congo), Didier Ngalebaye, Maître de Conférences, Université Marien Ngouabi (Congo).

Infographie : Dreid Miché KODIA MANCKESSI

SOMMAIRE

Éditorial	11
------------------	----

Articles

I. Histoire

Ressentiment et fronde contre l'Occident dans les musiques africaines urbaines

Jean Félix YEKOKA 17

Mobilités, identités et gestion intégrée des patrimoines en Afrique centrale

Stévio Ulrich BARAL-ANGUI 39

L'OIHP, l'OHSDN et l'internationalisation des problèmes de santé des territoires dominés d'Afrique centrale (1923-1939)

Simplice AYANGMA BONOHO 57

Le paludisme en milieux indigène et européen en Afrique Équatoriale Française (1931-1938)

Dreid Miché KODIA MANCKESSI 77

II. Psychologie-Sociologie

Autoreprésentation de la maladie chez les personnes atteintes du diabète vivant à de Korhogo (Côte d'Ivoire)

Taïba Germaine AINYAKOU, Bernadette BLA, Assamoi Benibego Edouardo Dekantus AMAN 95

La fistule obstétricale en république du Congo : défis et perspectives psychologiques

Nicaise Léandre Mesmin GHIMBI, Cyr Justus ZOLA DANY SAMBA 109

III. Langues-Littérature

Mythes et « sentiment de fantastique » dans les littératures postcoloniales : Sony Labou Tansi, Maryse Condé <i>Analyse KIMPOLO</i>	127
L'intertextualité dans la construction du discours poétique de Maxime N'Debeka <i>Dieudonné MOUKOUAMOU MOUENDO</i>	147
L'esthétique de la recomposition des textes dans <i>verre cassé</i> d'Alain Mabanckou <i>Ghislain Méliodore MVOULA-MASSAMBA</i>	169
L'esthétique de l'absurde dans <i>La parenthèse de sang</i> de Sony Labou Tansi <i>Didace Kevin KOULOOUNGOU BOUNGOU</i>	191
Espace et représentations identitaires dans <i>L'Impasse</i> de Daniel Biyaoula <i>Ourbano MBOU-MAKITA</i>	207
Yoruba Mythology in Wole Soyinka's <i>A Dance of the Forests and The Road</i> <i>Anicet Odilon MATONGO NKOUKA, Herlyn Juverly ALONGANA</i>	221

La fistule obstétricale en république du Congo : défis et perspectives psychologiques

Nicaise Léandre Mesmin GHIMBI*

Cyr Justus ZOLA DANY SAMBA**

Résumé

Cet article a pour objectif de montrer aux femmes victimes de la fistule obstétricale, qu'elles peuvent sortir de cette situation, si la prise en charge médicale et psychologique est faite dans les délais. L'entretien clinique administré à neuf femmes, l'étude de cas et la documentation progressive du suivi de la femme, ont permis de recueillir les informations utiles pour comprendre la problématique du basculement psychologique des femmes victimes de la fistule obstétricale en République du Congo. Les résultats montrent que ces femmes sont confrontées à des conséquences physiques et psychologiques qui affectent la qualité de leur vie. Par ailleurs, sous l'effet de certains facteurs qui entourent leur prise en charge, les femmes passent d'une situation plus ou moins connue à une situation d'urgence psychologique. Cette pathologie handicapante, nécessite l'implication des psychologues cliniciens dans la prise en charge globale des patientes.

Mots-clés

Entretien clinique, Fistule obstétricale, Pathologie, Prise en charge, Urgence psychologique.

Abstract

This article aims to show women victims of obstetric fistula that they can get out of this situation, if the medical and psychological care is provided on time. The clinical interview administered to nine women, the case study and the progressive documentation of the follow-up of the woman, made it possible to collect useful information to understand the problem of the psychological tipping of women victims of obstetric

* Enseignant-chercheur, Département de psychologie, Université Marien Ngouabi,
E-mail : nicaise.ghimbi@umng.cg

**Docteurant en psychologie pathologique et clinique, Université Marien Ngouabi,
E-mail : cyr.zola@yahoo.fr

fistula in the Republic of Congo. The results show that these women face physical and psychological consequences that affect the quality of their life. In addition, under the effect of certain factors surrounding their care, women go from a more or less known situation to a psychological emergency. This disabling pathology requires the involvement of clinical psychologists in the overall care of patients.

Keywords

Clinical interview, obstetric fistula, pathology, treatment, psychological emergency.

Introduction

Le papyrus d'Ebers est le plus ancien document qui évoque la pathologie fistuleuse. Celui-ci date de 1550 avant Jésus-Christ. Le professeur Dorry en 1935 a décrit une large fistule vésico-vaginale sur la momie de la reine égyptienne Henhenit (2050 avant Jésus-Christ). En République du Congo, l'existence de la fistule obstétricale (FO) a été évoquée pour la première fois en 1966 par Adolphe Cissé, à propos de 50 cas traités dans le service d'urologie de l'hôpital général de Brazzaville. Elle représentait 23 % des hospitalisations. La première étude qualitative à propos date de 2005 et a couvert 9 départements. Elle a recensé dans 23 dialectes congolaises, 35 différentes appellations ou expressions imagées utilisées pour la désigner (OMS, 2005).

D'après l'OMS, 4.000.000 de femmes dans le monde souffrent de la fistule obstétricale (FO). Chaque année l'on enregistre 100 000 nouveaux. Les pays en voie de développement au sud du Sahara et en Asie du Sud sont les plus touchés (OMS, 2006). La maîtrise de sa prévalence et de son incidence demeure un réel défi pour ces pays. À ce propos, 19 d'entre eux avaient fait l'objet d'analyse par Mathieu Maheu-Giroux et compagnons (OMS, 2006). Leurs travaux avaient permis d'améliorer l'enregistrement des cas, et la formulation des politiques nationales thématiques. Le professeur Ahmed Saifuddin (2015) et son équipe sont parvenus à mettre au point un modèle mathématique qui permet d'estimer le nombre de cas de F.O attendus au sein d'une population parmi les femmes en âge de procréer. Cet outil fonctionne avec les données populationnelles issues d'enquêtes d'envergure nationale (RGPH ; EDS ; MICS ; ECOM, etc.). Appliqué au cas du Congo, il a permis d'estimer à environ 190 nouveaux cas le nombre de F.O attendus chaque année.

D'après le professeur Saifuddin Ahmed (2015), la totalité des cas de fistules obstétricales sont évitables. Il suffit que les femmes aient accès à temps aux soins et services obstétricaux de qualité, notamment la césarienne. Les pays européens ont réussi à l'éradiquer grâce à l'accès universel aux soins et services d'accouchement de qualité. Afin d'encourager les pays en voie de développement à leur emboîter le pas, l'Assemblée Générale des Nations unies a déclaré le 23 mai, journée internationale de lutte contre les FO. Dans la foulée, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) a lancé, en 2003, dans le cadre de la stratégie pour l'amélioration de la santé maternelle, la campagne mondiale d'éradication de la fistule obstétricale. Près de 45 états africains, dont le Congo, y ont adhéré. Le Congo devait donc disposer d'une liste d'attente de femmes atteintes de F.O de respectivement 3,325 femmes âgées entre 15 et 50 ans, et 4,750 femmes âgées entre 15 et 65 ans. Le Congo réalise 25 réparations chirurgicales des F.O par an (UNFPA, 2003). A ce rythme il lui faudra 133 ans pour terminer les cas actuels en ce qui concerne les femmes de 15 à 49 ans, et prévenir des nouveaux cas au sein de cette tranche d'âge. Si cette vitesse est augmentée de 25 à 100 réparations chirurgicales l'an, il lui faudra tout de même 33 ans. Cependant, les données relatives aux efforts actuels suggèrent l'idée que ce rêve reste irréaliste, selon l'International Confederation of Midwives (ICM, 2013). Ceci inquiète généralement la femme et peut engendrer une perturbation psychologique.

La problématique de cette étude s'appuie sur la question principale suivante : comment expliquer le basculement de la situation plus ou moins connue ou devenue familière à une situation d'urgence psychologique ? L'hypothèse de cette étude se décline en ces termes : sous l'effet de certains facteurs qui entourent sa prise en charge, la femme basculerait d'une situation plus ou moins connue ou devenue familière à une situation d'urgence psychologique. L'objectif de ce travail est de montrer aux femmes victimes de la fistule obstétricale, qu'elles peuvent sortir de cette situation, si la prise en charge médicale et psychologique est faite dans les délais. Cet article s'articule autour de la méthodologie, des résultats et de la discussion.

1. Méthodologie de l'étude

1.1. Variables d'étude

Notre variable principale d'étude est « la détresse psychologique aiguë chez une femme atteinte de fistule obstétricale en cours de traitement même après sa sortie de l'hôpital ». Nos trois variables secondaires sont : (i) tableau de détresse psychologique aiguë subite chez une femme dont le bilan préopératoire et l'avis anesthésique étaient bons, (ii) tableau de détresse psychologique aiguë subite chez une femme dont l'état psychologique avant l'entrée en salle d'opération était stable, (iii) tableau de détresse psychologique aiguë subite chez une femme dont l'évolution des suites opératoires est prometteuse ; (iv) tableau de détresse psychologique aiguë subite chez une femme dont le résultat opératoire est satisfaisant. Cette détresse s'est manifestée dans des circonstances bien précises qui, de près ou de loin, ont entouré sa prise en charge médicochirurgicale.

1.2. Population d'étude

Tableau 1 : Répartition de la population d'étude par département et par facteur déclencheur de la F.O

N°	Facteurs	Département											To tal
		B Z V	P N R	PL AT X	C uv · C	CU V. O US	LIKO UAL	BOU ENZ	NI AR I	PO OL	LEK OUM	SAN GHA	
		1.Non disponibilité et non accessibilité à temps de la césarienne											
	Pas de chirurgien disponible pour la césarienne	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	Pas de médicament pour la césarienne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Maque d'argent pour achat de médicaments et frais	2	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	5
	Sous total	2	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	6
2. Difficultés pour atteindre un centre													
	Pas de transport approprié pour l'évacuation	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Mauvais état des routes d'évacuation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pas d'argent pour payer le transport	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sous total	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
3. Intervention tardive ou de faible qualité des agents assurant l'accouchement													
	Décision tardive pour la césarienne (Durée de travail > à 24 heure)	4	0	3	2	2	1	0	0	1	0	0	13
	Décision tardive pour le transfert (Durée de travail > à 24 heure)	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	6
	Faible qualité technique des services reçus	6	1	2	3	1	6	3	1	1	4	2	30
	Sous total	12	1	5	5	3	9	4	1	2	4	3	49

4. Situations particulières												
Crise humanitaire (insécurité, inexistence de structures de santé, etc.)	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4
Dictat culturel (accouchement seule / dans la communauté, refus césariens, etc.)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Sous total	2	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	5
5. Risques spécifiques liés à la femme												
Âge trop jeunes < 18 ans	3	2	2	0	0	2	2	1	0	0	0	12
Primipare âgé > 27 ans	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Multiparité	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sous total	0	2	2	0	0	2	3	1	0	0	0	14
6. Combinaison des facteurs												
Combinaison des facteurs 1, 2, et 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Combinaison des facteurs 1, 2, et 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Combinaison des facteurs 1, 3 et 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Combinaison des facteurs 2, 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sous total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1 6	3	9	5	4	14	8	2	3	4	3	75

Source : enquêtes des auteurs, 2019-2021

1.3. Echantillon de l'étude

Tableau 2 : Répartition par âge et par durée de vie avec la fistule des femmes ayant présentés des urgences psychologue au cours de leur prise en charge

Âge/ Durée avec la F.O.	10 à 15 ans	15 à 20 ans	≥ 20 ans	Total
30-35ans	1	0	0	1
35-40 ans	0	7	0	7
40-45 ans	0	0	1	1
Total	1	7	1	9

Source : enquêtes des auteurs, 2019-2021

Tableau 3 : Répartition par âge et par statut familial des femmes ayant présentés des urgences psychologue au cours de leur prise en charge

Statut familial/Âge	30-35ans	35-40ans	40-45ans	Total
Célibataire sans enfant	0	7	0	7
Célibataire avec enfants à charge	0	0	1	1
Veuve avec enfants à charge	1	0	0	1
Total	1	7	1	9

Source : enquêtes des auteurs, 2019-2021

Tableau 4 : Répartition en fonction de leur situation de départ et de l'âge des femmes ayant présentés des urgences psychologue au cours de leur prise en charge

Situation de départ/Âge	30-35ans	35-40ans	40-45ans	Total
Femme dont le bilan préopératoire et l'avis anesthésique étaient bons	1	7	1	9
Femme dont l'état psychologique avant l'entrée en salle opératoire était stable	1	7	1	9
Femme dont l'évolution des suites opératoires est prometteuse	1	7	1	9
Femme dont le résultat opératoire est satisfaisant	1	7	1	9

Source : enquêtes des auteurs, 2019-2021

1.4. Collecte et traitement des données de l'étude

Pour mener cette étude, l'entretien clinique et la documentation progressive du suivi de la femme sont utilisés comme outils de recueil de données. L'entretien clinique consiste en un échange de paroles entre une ou plusieurs personnes, dans un cadre de demande de soins ou de relation d'aide adressée à un médecin, psychiatre, psychologue ou psychanalyste (C. Chiland et *al*, 1983, p. 27). L'analyse de contenu permettra de donner sens aux données recueillies, à partir des études de cas. Elle est adaptée à la nature du matériel recueilli dans des situations de rencontre avec des sujets et traité dans l'après-coup. L'analyse de contenu consiste à effectuer un ensemble d'opérations et de procédures conduisant aux résultats de la recherche.

En effet, aucune recherche ne vaut mieux que la méthode utilisée pour sa réalisation (L. Festinger et D. Katz, 1974, p. 85). L'approche clinique semble appropriée pour répondre à notre préoccupation. Cette approche nous permet de recueillir les informations utiles pour comprendre la problématique du basculement psychologique des femmes victimes de la fistule obstétricale en République du Congo. Dans le cadre d'une recherche qualitative, la justification du choix de l'approche et du terrain implique un éclairage sur les positions et les dispositifs méthodologiques à mettre en application pour accéder à des données significatives. Le choix d'inscrire cette démarche dans le champ de l'analyse clinique tient compte des insuffisances des

approches globales et quantitatives dans le processus de l'imaginaire (N. L. M. Ghimbi, 2014, p. 307). La documentation progressive du suivi individuel de la femme s'est faite à travers :

- le recueil des données de parcours de vie individuel avec la fistule obstétricale sous forme de récit. Le soin était mis à noter tous les détails en lien avec (i) les circonstances de survenue, (ii) l'itinéraire thérapeutique parcouru, (iii) les conséquences réelles subies et leurs impacts perçus, corporels, matériels, financiers, dans la dynamique de couple, les relations avec les proches, sur les opportunités, etc. ;
- la documentation sous forme de rapport journalier de suivi, (i) des échanges réguliers avec les équipes soignantes autour de leurs observations au cas par cas pour les femmes opérées, en ce qui a trait à l'évolution de l'état général, la tendance du pronostic de guérison après l'intervention, aux besoins émergents en suite opératoire, etc.; (ii) des notes d'observation relatives à la dynamique collective et interpersonnelle des femmes opérées, entre ces dernières et leurs proches, entre proches de femmes opérées, et entre le personnel médical et infirmier, les femmes et leurs proches.

L'analyse de contenus des récits a permis de ressortir les circonstances de survenue de la fistule obstétricale pour chaque femme (lieu, événements, conditions, etc.).

2. Résultats

En 2007, la République du Congo a réalisé son projet intitulé « Projet de prise en charge des femmes fistuleuses au Congo ». Avec le concours de l'United Nations Population Fund (UNFPA), ce projet a permis l'instauration d'un système de prise en charge gratuite. Dans ce cadre, 227 femmes ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale, et 90 opérées guéries ont été réinsérées au plan économique de 2010 à 2018. Au plan des ressources humaines, 40 agents de santé (médecins, sage-femme, anesthésiste, infirmiers) ont été renforcés¹ en capacités de prise en charge médicale de la fistule obstétricale, et 572 à sa prévention ; 20 travailleurs sociaux et 255 mobilisateurs locaux ont été formés à la mobilisation sociale. Au niveau institutionnel, un comité national multisectoriel de lutte contre la fistule obstétricale a été mis en place en

¹ 4 stages de formation (2 à l'extérieur ; 1 échange dans le bateau Africa-Mercy ; 1 au CHUB).

2010 sous le leadership de la Direction Générale de la Population (DGPop). Les plateaux techniques ont été relevés au profit du CHUB et de l'Hôpital Central des Armées. Un bloc opératoire a été aménagé et équipé au CHUB. Des kits et intrants de prise en charge chirurgicale ont été prédisposés dans ces deux centres. Dans le domaine communautaire, 49.808 personnes ont été sensibilisées.

Les interventions ont débuté en 2010, et la campagne nationale pour l'éradication de la fistule obstétricale au Congo a été officiellement lancée à Brazzaville le 9 juin 2010. Notre étude couvre la période de 2014 à 2018. Elle se focalise sur 75 femmes opérées au CHUB, à l'HCA et par l'ONG Mercy Ship.

Tableau 5 : Présentation des effectifs des femmes ayant présenté des urgences psychologiques au cours de leur prise en charge par urgence.

Urgence	Effectif sur 75	%
Femme décédée en suites opératoires de complications métaboliques aiguës émergentes à par de J 4 de la sortie du bloc opératoire	1	11,11
Femme décédée au domicile à J 45 après la sortie du bloc, des suites de complications infectieuses associées à une inobservance volontaire des consignes en lien avec le protocole post opératoire inhérent à la technique de réparation	1	11,11
Femme échappée-belle de complications métaboliques et l'hypertensives émergentes graves en bloc opératoire avant l'acte	1	11,11
Femme prise en charge pour tentative de suicide en salle de suites opératoires à J 9 après la sortie du bloc opératoire	1	11,11
Femme prise en charge pour refus d'acceptation du traitement chirurgicale sur fonds d'angoisse culturelle	3	33,33
Femme prise en charge pour refus de s'alimenter et tentative de suicide en famille à après 5 jours de la sortie de l'hôpital	1	11,11

Femme prise en charge pour <i>refus de s'alimenter et de prise de ses médicaments en suite opératoires</i> 8 jours après la sortie du bloc	1	11,11
---	---	-------

Total des cas pour l'ensemble des critères	9	12%
---	----------	------------

Source : enquêtes des auteurs, 2019-2021

3. Discussion

3.1. *Problématique des urgences psychologiques en matière de fistule obstétricale au Congo Brazzaville*

Une femme vous déclare en entretien avoir enduré pendant plus de 10 ans toutes sortes d'inconfort, de privations, d'humiliations, et de pression qu'elle qualifie d'injustes à cause de sa fistule obstétricale. Dans son discours, elle choisit des mots, des expressions, et des images très poignants pour verbaliser sur la teneur, la forme, et la portée de sa souffrance. Elle vous décrit avec émotion ses déboires et mésaventures dans son itinéraire thérapeutique. Dans cette démarche, elle s'emploie à vous montrer par son attitude qu'elle est déterminée à retrouver une nouvelle vie normale, débarrassée de ces mauvais souvenirs. Puis soudain, au milieu du processus tout bascule d'un coup : la femme développe une pathologie métabolique et hypertensive, tente un suicide, refuse d'être opérée ou de s'alimenter, décède etc., alors que rien ne la présage au départ. Comment expliquer ce revirement brusque ?

Nous continuons à soutenir notre hypothèse de départ : sous l'effet de certains facteurs (le tâtonnement de la médecine, la méconnaissance de la pathologie par la patiente, la stigmatisation, etc.) qui entourent sa prise en charge, la femme a basculée d'une situation plus ou moins connue ou devenue familière à une situation d'urgence psychologique.

3.2. *Cas concrets gérés d'urgences psychologiques de femmes atteintes de fistule obstétricales dans le cadre du projet*

Pour des raisons d'éthique, de confidentialité et de déontologie, nous avons attribué des noms fictifs aux patientes.

Cas 1. Claudie. Traitement pourtant réussi, mais conditions de maintien vécues comme un nouveau fardeau financier et une expérience pénible de diarrhée médicale chronique.

Claudie était âgée de 39 ans et s'est laissée éteindre à domicile de septicémie, sur fond d'urgence psychologique en rapport avec une

dégradation prononcée de la qualité de vie. Cette urgence détectée à titre posthume. Multi opérée (7 fois), Claudie y croyait encore. Célibataire sans enfant, elle était contrainte de quitter son village et laisser ses parents. Elle vivait à Brazzaville chez son beau-frère. Son cas était très complexe. Il n'y avait que trois options possibles : (i) une poche urinaire à vie, (ii) une réimplantation des urètres au niveau du sphincter anal, et (iii) ne rien faire du tout. Elle avait choisi la deuxième solution. Son rêve après cela était de faire un enfant. C'était, disait-elle, pour faire plaisir à ses parents. Ils l'avaient tant soutenue. Elle était également décidée de se débarrasser de la mauvaise image qui lui collait à la peau. L'intervention de Claudie avait été réalisée avec succès par les urologues du Congo. Cependant, elle était assujettie à une antibiothérapie de prophylaxie à vie. Cette contrainte médicamenteuse devenait un nouveau fardeau financier. Par ailleurs, Claudie était condamnée à des selles liquides chroniques, diarrhée, mélange de selles et d'urines. C'était une autre expérience pénible. Quand le soutien direct et indirect de l'UNFPA avait relâché pour quelques semaines, Claudie s'était sentie seule. Les ressources de son beau-frère s'étaient amenuisées. Le petit commerce de sa grande sœur était en faillite. Ses parents au village n'avaient pas assez de moyens pour intervenir. Claudie avait fini par se résigner. Elle avait confié pour nous ses dernières paroles à sa sœur. Elle avait tout arrêté. Une septicémie s'était installée et avait fini par l'emporter.

Cas 2 : Icône, décédée des complications métaboliques post opératoires sur fonds d'urgence psychologique marquée par un triple deuil successif

Icône, 37 ans, est une multiple opérée pour récurrence de fistule. Son époux l'avait malgré tout gardée. Ils vivaient dans un village proche de Brazzaville. Elle avait un bébé d'environ quatre mois. La préparation psychologique d'Icône s'était bien passée. Icône venait d'enterrer son mari. Cela faisait moins de cinq jours avant son entrée à l'hôpital pour l'intervention. C'était leur décision commune avec son défunt mari. C'est un honneur fait à l'égard de ce dernier pour tout le soutien qu'il lui avait apporté. Icône avait laissé son bébé avec sa maman. Son papa les assistait, elle n'avait rien à craindre. L'équipe médicale était rassurée. Le diagnostic avait permis de bien localiser la fistule. Le protocole opératoire était clair. Le bilan préopératoire était parfait. L'intervention d'Icône est une réussite, elle est sèche, l'évolution de la

plaie opératoire est bonne. Quelques jours avant sa mort, nous rendons visite à Icône. Cette dernière nous confie qu'elle venait de perdre son père. Son état général avait complètement changé. A l'instant, nous avons cessé l'entretien, nous nous étions rapprochés d'un médecin et avons suggéré une évaluation rapide de sa situation. Le taux de glycémie était très élevé. Très rapidement, la patiente était conduite en soins intensifs. Elle n'était pas diabétique connue, le bilan préopératoire était bon. Et pourtant Icône était entrée dans le coma et avait décédé trois jours après.

Cas 3 : Vit-la-joie (VLJ), rattrapée de justesse d'une association HTA/Diabète sur fonds d'urgence psychologique liée à des expériences gardées ténébreuses par des soignants au tour de la réparation de sa fistule obstétricale

VLJ, 42 ans, est enseignante du secteur privé. Elle s'était présentée volontairement. En entretien, VLJ nous avait fait savoir qu'elle avait progressé grâce à notre accompagnement psychologique à distance (par téléphone) deux ans avant. Le bilan préopératoire de VLJ et son avis anesthésique étaient bons. Le jour prévu de son intervention, VLJ était alignée dans la deuxième vague de trois femmes qui étaient programmées pour la journée. Mais, l'équipe qui devait l'intervenir s'est retrouvée en face d'un cas avec lithiase vésicale, doublée d'une autre complication. A la fin de cette intervention, l'équipe, épuisée, était obligée d'ajourner VLJ pour le lendemain. Cette dernière, la veille avait déjà fait l'objet de préparation. En outre, elle fait venir sa garde malade pour les suites opératoires. Le jour d'après, VLJ était finalement conduite au bloc opératoire. Au moment de l'endormir, les anesthésistes venaient de se rendre compte que sa tension et sa glycémie étaient élevées. Très vite, VLJ était ressortie du bloc, et appel a été faite aux spécialistes des maladies métaboliques et cardiovasculaires pour une prise en charge rapide. Par la suite, les médecins nous avaient référé le cas pour une prise en charge psychologique spécifique. Deux ans avant, VLJ avait décliné notre offre, malgré notre accompagnement psychologique. Elle n'avait pas de problème avec l'intervention. Seulement, elle avait compris que l'intervention avait un problème avec elle. Mais elle ne savait pas de quoi il s'agissait. En effet, nous avait-elle expliqué : à trois reprises, elle avait été sortie du bloc opératoire sans motif apparent (dossier, état physique), ni explication (antécédents, etc.). Tous les médecins, y compris expatriés venus

spécifiquement pour la réparation des fistules obstétricales la voyaient dans le service, la programmaient pour son intervention. Pourtant, le jour « J » les mêmes médecins la sortaient du bloc. Cette fois, elle n'y pensait guère. Seulement, le fait qu'on l'ai ajournée la veille, ces images passées étaient revenues en force dans sa conscience. Cela avait provoqué en elle une très grande peur de revivre le même scénario le lendemain. Au bout de trois jours de prise en charge en urgence psychologique, VLJ avait retrouvé sa stabilité et avait pu être opérée avec succès.

Cas Galaxie, 40 ans, rattrapée de justesse d'une tentative de suicide hospitalière sur fonds d'urgence psychologique liée à un sentiment d'acharnement d'événements malheureux réactivant d'anciens souvenirs d'enfance

Les circonstances de survenue de la fistule obstétricale de Galaxie associent dystocie, travail prolongé et césarienne. Malgré les circonstances difficiles, elle avait quand-même pu avoir sa fille. Galaxie avait perdu ses parents très tôt. Les difficiles conditions de vie qui avaient suivi la mort de ses parents l'avaient dérouté de ses études et précipité sa maternité. Elle tomba enceinte. Le rêve de Galaxie était de devenir agent de santé. Elle n'avait pas d'attache à Brazzaville. La circonscription d'Action Sociale (CAS) de Garanda l'avait mise en route. Une personne de bonne volonté résident à l'étranger l'avait proposé sa sœur et elle d'habiter chez lui le temps de se faire traiter. Galaxie ne s'en sortait que grâce à l'appui direct et indirect de l'UNFPA, des prestataires de soins du service où elle est hospitalisée, et de la solidarité croisée entre les femmes atteintes de fistule obstétricale et leurs proches. Elle était visiblement très joyeuse, l'accompagnement psychologique lui avait permis d'élargir ses horizons. L'intervention de Galaxie s'était bien déroulée. En suites opératoires, sa situation était cyclique, avec des rares fuites peu abondantes pendant quelques jours, puis qui disparaissaient après quelques temps pour réapparaître. L'équipe soignante voulait être rassurée avant de pouvoir donner son dernier avis. Des jours supplémentaires d'hospitalisation avaient alors été décidés pour son cas. Un jour, après avoir pris place à côté de son lit d'hospitalisation, elle s'était fondue comme une glace. Après un long moment de silence, elle avait explosé de colère avant de sortir de ses effets un paquet qui était composé de plusieurs comprimés. Par ailleurs, Galaxie avait

commencé à expliquer les événements récents qui se produisaient autour d'elle. Le monsieur qui les avait logées venait de trouver la mort à l'étranger, sa fille au village était en plein travail d'accouchement et cela durait depuis quelques jours, sa sœur qui l'avait accompagné à Brazzaville comme garde malade avait maintenant des problèmes de santé. Elle-même, sa sortie de l'hôpital, était sans cesse repoussée. Cela faisait des jours qu'elle n'avait pas pris de repas à cause des problèmes de constipation...Elle avait donc résolue de mettre un terme à sa vie dans le service même.

3.3. Défis et perspectives de la psychologie

3.3.1 Fournir à la communauté scientifique les preuves de l'urgence humaine de la fistule obstétricale et faire évoluer les pratiques

La fistule obstétricale n'est pas une urgence médicale. La prise en charge psychologique n'est qu'une composante d'appui à la démarche médicale. Cette idée influence l'organisation et l'offre de services aux femmes qui sont touchées. Elles sont souvent remplacées dans les programmes opératoires par des cas jugés plus urgents. Cela ajoute à leur situation, déjà catastrophique, des nombreuses conséquences : perte de validité des résultats d'examen, péremption de médicaments, paupérisation, dégradation de l'état sanitaire (déshydratation, cachexie, etc.) et de l'hygiène, etc.

D'un point de vue psychologique, tous ces actes ci-dessus constituent des violences basées sur le genre. En effet, la violence basée sur le genre désigne tout ce que l'on fait contre quelqu'un du fait de son sexe ou du fait de son identité. Cette définition met centre des violences liés au genre la question du pouvoir, des groupes minoritaires, à l'instar des femmes atteintes de fistule obstétricale, qui pour la plupart sont des femmes pauvres.

Les profils psychologiques des femmes atteintes de fistule obstétricale que nous avons dressés dans d'autres circonstances, et ces cas que nous venons de présenter montre bien que la fistule obstétricale est une urgence humaine.

3.3.2 Positionner la psychologie à tous les niveaux du programme de lutte contre la fistule obstétricale

Notre expérience a montré que certaines urgences psychologiques chez les femmes atteintes de fistule obstétricale surviennent dans la communauté. Celles-ci sont dans certains cas déclenchées par des agents et travailleurs sociaux, des membres de la communauté. Cette réalité ouvre un large champ de développement d'une psychologie communautaire de lutte contre la fistule obstétricale.

4. Synthèse de la discussion

Il s'agit de femmes en âge de procréer proche de la ménopause. Elles sont toutes attachées à la vie à travers différents liens : travail, enfants, parents. De même, elles ont toutes, à l'exception d'une seule, l'expérience de l'intervention chirurgicale et de son issue. Elles savent que la probabilité de guérir dès la première tentative dépend de plusieurs facteurs : qualité du diagnostic, compétences de l'équipe chirurgicale, qualité des soins en suites opératoires, nature et complexité de la lésion fistuleuse. Elles manifestent toutes un optimisme objectif. Le thème de la mort n'était pas au rendez-vous.

Mais malgré cela, chacune d'elle a connu une situation extérieure à l'intervention chirurgicale qui est venue tout perturber. Toutes ces situations ont en commun, sous des angles différents, un lien avec la fistule : souvenirs négatifs, contraintes nouvelles majeures. Ce lien attribue à leurs yeux une valeur symbolique très significative à ces situations.

L'intervention du psychologue a permis à toutes ces femmes de bien cheminer au début dans leur processus. Une période de relâchement de l'accompagnement psychologique a été observée dans les deux cas où il y a eu décès. Celle-ci n'a pas été de plus de cinq jours pour Icône.

Dans le cas de VLJ, l'accompagnement spécifique a été précoce, déclenché par l'alerte de l'équipe médicale qui avait bien intégré le psychologue. En ce qui concerne Galaxie, la régularité du contact avec le psychologue avait conféré à sa seule présence une valeur thérapeutique. L'existence de celle-ci avait facilité le dévoilement de l'urgence psychologique, qui était restée invisible pour tout le monde : autres malades, gardes malades, médecins, infirmiers du service. De même, Claudie avait pris le soin de confier ses dernières paroles pour le psychologue sachant que celui-ci était en déplacement hors de la ville. Que s'est-il donc passé ?

Tenant compte de notre hypothèse, nous avons posé le postulat suivant : la femme élabore, en fonction de son histoire et par rapport à

l'issue qu'elle espère du traitement qu'elle reçoit, une représentation anticipée d'elle-même guérie. Mais, l'évolution concrète du traitement vient mettre en scène de nouveaux éléments inattendus, incongrus et contraires à cette représentation. Un retour en frac s'effectue alors dans sa mémoire d'images pénibles qui réactivent ses souvenirs traumatiques passés des conséquences de sa F.O dans sa vie. Ces souvenirs traversent avec violence son projet de futur de vie avec elle renouvelée, qu'elle s'est forgée avec le concours du processus du traitement. Ce retour s'accompagne d'une frayeur pénible qui y est liée, d'une projection de la persistance, l'amplification de la souffrance actuelle, et d'une appréhension d'apparition de nouvelles complications plus pénibles à vivre. De choc d'images résulte une dissonance cognitive. Celle-ci déclenche un fort sentiment d'insécurité qui provoque une souffrance psychologique aiguë. Cette souffrance s'exprime sous diverses formes : (i) syndrome métabolique aigue, (ii) conduite suicidaire avec tentative de passage à l'acte, (iii) sentiment de résignation dominée par un profond désir de mort marqué par un lâché prise total, etc. La vie de la femme se trouve alors en danger. Il y a donc urgence psychologique.

Une urgence équivaut à une situation qui détermine un risque immédiat pour la santé, la vie, les biens ou l'environnement. Ainsi en est-il d'une situation pathologique qui exige un diagnostic et un traitement rapides. S'agissant de l'**urgence psychologique, elle peut revêtir différentes formes, voire différentes réalités psychiques. On en distingue trois différentes catégories : (i) l'urgence contextuelle, (ii) l'urgence psychopathologique et (iii) l'urgence psychique.** L'urgence contextuelle est évidente et sa prise en charge spécifique. Elle fait consensus. La psychopathologique renvoie à une prise en charge psychiatrique, une aide médicamenteuse, voire une colocation. La psychique concerne le chemin thérapeutique, constitue un élément de travail pertinent des séances psychologiques. Les différents cas présentés ci-haut épousent parfaitement cette description.

Conclusion

La fistule obstétricale est une lésion dans la paroi du vagin. Elle résulte d'un accouchement qui se prolonge, sans intervention médicale rapide pour l'éviter. La femme souffre alors d'une incontinence chronique d'urine, de matières fécales ou des deux. Dans la plupart des cas, son bébé ne survit pas. La fistule obstétricale touche particulièrement des femmes vulnérables. Cette étude, dont l'objectif est de montrer aux

femmes victimes de la fistule qu'elles peuvent sortir de cette situation, si elles sont prises en charge dans les délais, a été menée par le biais de l'entretien clinique, l'étude de cas et la documentation progressive du suivi des femmes. Les résultats montrent que ces femmes sont confrontées à des conséquences physiques et psychologiques qui affectent la qualité de leur vie. Il a été ici fait allusion à des situations qui, à un moment donné, ont présenté pour ces femmes un risque réel imminent de préjudice grave pour leur santé compromise, leur vie désarticulée, leurs biens dissipés, et leur environnement familial érodé. Ces psycho-tragédies, la plupart du temps ignorées des travailleurs sociaux et du personnel soignant, avaient déployé avec une célérité remarquable leur immense potentiel de mise en cause du « pronostic humain ». Prises entre la vie et la mort, ces femmes, pour certaines, ont eu le temps d'émettre sous diverses formes des signaux d'alertes d'urgences psychologiques. Pour certaines malheureusement aucune action immédiate entreprise n'a révélé son efficacité, tant ces urgences psychologiques n'avaient pas été reconnues à temps. Les psychologues sont appelés à travailler d'arrache-pied pour éclairer davantage la communauté scientifique sur l'importance de la science psychologique en interaction avec les intervenants impliqués dans les actions à entreprendre en faveur des patientes victimes de la fistule obstétricale.

Bibliographie

- CHILAND Colette et *al*, 1983, *L'entretien clinique*, Paris, PUF.
- CISSE Adolphe, 1966, *Le traitement des fistules vésico-vaginales à l'hôpital général de Brazzaville, à propos de 50 cas*, thèse de médecine n° 134, Bordeaux.
- FESTINGER Léon et KATZ Daniel, 1974, *Les méthodes de recherche dans les sciences sociales*, Tome I, Paris, PUF.
- HUBERMAN Michaël Andrew et MILES Matthew Bellamy, 1991, *Analyse des données qualitatives, recueil de nouvelles méthodes*, Bruxelles, De Boeck Université.
- GHIMBI Nicaise Léandre Mesmin, 2014, *La représentation du psychologue clinicien dans les centres hospitaliers de Brazzaville : identité et appartenance*, thèse unique de psychopathologie et clinique, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Marien NGOUABI, Brazzaville.

Nicaise L.M. Ghimbi, Cyr J. Zola D. Samba : La fistule obstétricale ...

ICM, 2013, *Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme*, La Haye, ICM

OMS, 2005, *Rapport sur la santé dans le monde. Travailler ensemble pour la santé*, Genève, OMS.

OMS, 2006, *Rapport sur la santé dans le monde. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, Genève, OMS

UNFPA, 2003, *Rapport annuel sur la prise en charge de la femme victime de la fistule obstétricale*, Brazzaville, République du Congo

SAIFUDDIN Ahmed, ÖZGE Tunçalp, 2015, *Aperçu de la situation de la fistule obstétricale dans le monde* (Burden of obstetric fistula: from measurement to action; www.thelancet.com/lancetgh Vol 3 May 2015; Department of Population, Family and Reproductive Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD 21205, USA (SA); and Department of Reproductive Health and Research, Development and Research Training.

NTELA, N° 01, Janvier – Juin 2021

Cette première livraison de la Revue NTELA rassemble des textes originaux analysés dans une perspective multidisciplinaire. L'homme est placé au cœur de l'action pour qu'il demeure à jamais un rejeton capable de donner sens à la vie. Là où la musique et la littérature accusent la violence sous ses formes diverses, les questions de santé interfèrent avec les mobilités et les identités humaines, les discours savants se construisent dans la vallée de l'imaginaire, de l'absurdité, du fantastique, et où les mythes sont expression d'une vision du monde. Ainsi, dans tous les textes publiés dans ce numéro, il apparaît une évidence : la vie est une complexité, comme dans un jeu de puzzle.

Contributeurs : Assamoi Benibego Edouardo Dekantus Aman, Stévio Ulrich Baral-Angui, Analyse Kimpolo, Taïba Germaine Ainyakou, Simplicie Ayangma Bonoho, Bernadette Bla, Anicet Odilon Matongo Nkouka, Herlyn Juverly Balongana, Didace Kevin Kouloungou Bounbou, Dreid Miché Kodja Manckessi, Dieudonné Moukouamou Mouendo, Ghislain Méliodore Mvoula-Massamba, Nicaise Léandre Mesmin Ghimbi, Ourbano Mbou-Makita, Jean Félix Yekoka, Cyr Justus Zola Dany Samba.

Infographie : Dreid Miché Kodja Manckessi

ISSN : 2789-3588