

REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE ET PROCESSUS D'EXCLUSION CHEZ LES FEMMES BAOULÉ À BOUAKÉ (CÔTE D'IVOIRE),

Brahima COULIBALY (Université Alassane Ouattara de
Bouaké - RCI)
coul.tiebe_ib@yahoo.fr

Résumé

À Bouaké, les femmes atteintes de fistule obstétricale font l'objet d'une profonde marginalisation sociale, nourrie par des représentations sociales négatives qui influencent l'ensemble des dimensions de leur existence. Cette étude vise à analyser l'impact de ces représentations sur leur vie quotidienne, leur intégration communautaire et la reconnaissance de leur dignité. Inscrite dans une démarche qualitative relevant de l'anthropologie médicale, la recherche a été menée au sein des communautés baoulé de Bouaké à travers des entretiens semi-directifs et un focus group. L'échantillon, composé de 21 participants sélectionnés selon un choix raisonné puis complété par la technique de la boule de neige, comprend des femmes atteintes ou non de fistule ainsi que divers acteurs communautaires (matrones, sages-femmes, chefs traditionnels). Les entretiens, d'une durée comprise entre 45 minutes et 1 h 30, se sont déroulés sur une période d'un mois. L'analyse s'appuie sur la théorie des représentations sociales de Moscovici (1961), permettant de comprendre comment les croyances collectives relatives à la fistule façonnent le vécu individuel et social des femmes concernées. Les résultats montrent que la fistule est fréquemment perçue comme une souillure corporelle, une punition divine ou encore une sanction morale associée à un comportement jugé déviant. Ces représentations renforcent une stigmatisation sévère, source de disqualification sociale, affective et spirituelle des femmes touchées.

Mots clés : Fistule obstétricale, Représentations sociales, Stigmatisation, Exclusion sociale, Identité féminine, Anthropologie médicale, Bouaké

SOCIAL REPRESENTATIONS OF OBSTETRIC FISTULA AND PROCESSES OF EXCLUSION AMONG BAOULÉ WOMEN IN BOUAKÉ (CÔTE D'IVOIRE)

Abstract

In Bouaké, women suffering from obstetric fistula experience profound social marginalization, fueled by negative social representations that influence every dimension of their existence. This study aims to analyze the impact of these

representations on their daily lives, community integration, and the recognition of their dignity. Grounded in a qualitative approach within the field of medical anthropology, the research was conducted among the Baoulé communities of Bouaké through semi-structured interviews and a focus group. The sample, composed of 21 participants selected through purposive sampling and complemented by the snowball technique, includes women with and without fistula as well as various community actors (midwives, traditional birth attendants, and traditional leaders). The interviews, lasting between 45 minutes and 1 hour 30 minutes, were conducted over a one-month period. The analysis is based on Moscovici's (1961) theory of social representations, which helps to understand how collective beliefs about fistula shape the individual and social experiences of affected women. The findings reveal that fistula is often perceived as a bodily impurity, a divine punishment, or a moral sanction associated with deviant behavior. These representations reinforce severe stigmatization, leading to the social, emotional, and spiritual disqualification of affected women.

Keywords: Obstetric fistula, social representations, Stigmatization, Social exclusion, Female identity, medical anthropology, Bouaké

Introduction

La fistule obstétricale est une lésion gynécologique grave, généralement causée par un accouchement prolongé sans assistance médicale appropriée. Elle se manifeste par une communication anormale entre le vagin et la vessie et/ou le rectum, entraînant une incontinence chronique d'urine ou de matières fécales. Si cette pathologie est médicalement traitable, elle constitue aussi une blessure psychologique, sociale et symbolique majeure (OMS, 2018).

À l'échelle mondiale, environ 500 000 femmes vivent aujourd'hui avec une fistule obstétricale non traitée, avec des dizaines de milliers de nouveaux cas chaque année, principalement en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud (UNFPA, 2020). En 2023, l'Afrique subsaharienne concentrait plus de 50 % du fardeau mondial, malgré les efforts en matière de prévention, de chirurgie réparatrice et de réinsertion (UNFPA, 2024).

En Côte d'Ivoire, selon les dernières estimations de l'UNFPA, près de 44 600 femmes seraient atteintes de fistule obstétricale, soit 0,07 % des femmes en âge de procréer (UNFPA, 2020). En mai 2025, à Bouaké, une campagne régionale

a permis d'opérer 169 femmes, dans le cadre d'un programme visant à soigner 1 000 femmes d'ici la fin de l'année (UNFPA Côte d'Ivoire, 2025). Ces chiffres illustrent non seulement l'ampleur du phénomène, mais aussi l'insuffisance des réponses institutionnelles face à un problème enraciné dans des réalités complexes.

Cette recherche se propose d'analyser, dans le contexte spécifique des Baoulé de Bouaké, comment les représentations sociales de la fistule contribuent à la marginalisation des femmes atteintes. Elle interroge les effets de ces représentations sur leur rapport à elles-mêmes, à leur corps, à leur famille et à la société.

En croisant une approche socio-anthropologique avec une analyse fine des pratiques communautaires et des normes sociales, cette étude vise à documenter les mécanismes de stigmatisation et à identifier les leviers de résilience, de réinsertion et d'accompagnement que les femmes peuvent mobiliser — ou qui doivent leur être garantis par des politiques publiques plus sensibles aux dimensions sociales de la santé reproductive.

Elle s'intéresse donc à la manière dont les représentations sociales de la fistule obstétricale au sein des communautés baoulé de Bouaké contribuent à l'exclusion sociale des femmes qui en sont atteintes. Elle analysera comment ces représentations influencent le vécu quotidien de ces femmes, leur rapport à elles-mêmes, à leur corps, à leur famille, à leur communauté, et au système de santé. Nous montrerons les représentations sociales suivies de leur influence sur la vie sociale des fistuleuse.

1.Méthodologie

1.1. Délimitation du champ de l'étude

Cette recherche a été menée à Bouaké, la deuxième plus grande ville de Côte d'Ivoire, située au centre du pays, dans la région du Gbêkê, à environ 350 km au nord d'Abidjan. Bouaké est une ville cosmopolite qui compte 832 371 habitants selon les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) réalisé en 2021 par l'Institut National de la Statistique (INS). Elle se caractérise par une grande diversité ethnique, dominée par la population baoulé, mais comprenant également des Malinkés, des Sénoufos et des communautés issues d'autres pays d'Afrique de l'Ouest. Inscrite dans une démarche anthropologique, l'étude a été conduite au sein des communautés baoulé,

population autochtone de la région. Elle vise à analyser la manière dont les représentations sociales de la fistule obstétricale influencent la perception, la prise en charge et le traitement social des femmes qui en sont atteintes.

1.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative relevant de l'anthropologie médicale. Elle vise à explorer de manière approfondie les représentations sociales associées à la fistule obstétricale et à analyser leur impact sur la marginalisation et l'exclusion sociale des femmes atteintes.

1.3. Techniques et outils de collecte de données

La collecte des données a reposé sur des entretiens semi-directifs menés auprès de divers acteurs (sage-femmes, matrone, chef de communauté baoulé, femmes atteintes de fistule et non atteintes), ainsi qu'un focus group organisé avec des femmes non touchées vivant en couple. Un guide d'entretien structuré, centré sur les représentations sociales, l'expérience de la maladie et le vécu de la marginalisation, a été utilisé comme principal outil méthodologique.

1.4. Stratégie d'échantillonnage

L'échantillon a été constitué par choix raisonné pour le leader communautaire (1), la matrones (1) et la sage-femme (1). La technique dite de la boule de neige, a permis d'identifier et de recruter progressivement les femmes baoulé atteintes ou anciennement atteintes de fistule obstétricale (5), cinq autres femmes baoulé non victime de fistule obstétricale ainsi que les 8 femmes ayant participé au focus group. Les entretiens ont été réalisés avec un total de 21 personnes sur un mois.

1.5. Cadre théorique mobilisé

Selon S. Moscovici (1961, pp. 24-25), « une représentation sociale est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». Ces représentations se construisent dans l'interaction quotidienne entre individus et groupes, traduisant la manière dont une société donne sens à un phénomène nouveau en l'intégrant à son univers symbolique. Dans le cas de la fistule obstétricale, elles se nourrissent à la fois des discours médicaux, des croyances religieuses, des valeurs morales et des expériences partagées de la maternité. La

parole communautaire, les récits de guérison ou d'échec thérapeutique, ainsi que les interprétations morales de la souffrance féminine contribuent à ancrer la maladie dans un imaginaire collectif qui dépasse le cadre biomédical. Ces représentations se transmettent de manière diffuse à travers le langage, les proverbes, les conversations familiales, mais aussi par le biais des institutions sociales telles que l'Église, les associations féminines, les matrones ou les réseaux de soins traditionnels. Chaque nouvelle occurrence de la maladie réactive ainsi des cadres interprétatifs préexistants, renforçant la continuité et le pouvoir normatif de ces représentations.

Comme l'a montré E. Goffman (1963), toute différence visible devient un stigmat social : la femme atteinte de fistule, associée à la souillure et à la transgression, subit une disqualification symbolique et une marginalisation progressive. Cette stigmatisation, à la fois morale et structurelle (A. Kleinman, 1988), traduit également des rapports de pouvoir et de genre (R. Parker et P. Aggleton, 2003) qui enferment la malade dans une identité dévalorisée. La fistule obstétricale apparaît dès lors comme un fait social total (M. Mauss, 1925), révélant la manière dont la société construit, transmet et reproduit des représentations qui orientent les comportements, justifient l'exclusion et participent au maintien des inégalités sociales et symboliques.

2. Résultats

2.1. Représentation sociales liées à la fistule obstétricale

2.1.1. Logique de nomination

La manière dont les Baoulés nomment la fistule obstétricale en dit long sur leur manière de l'appréhender. L'appellation la plus courante, « *Mié goua miou* », signifie littéralement « le pipi coule sur moi ». Cette expression simple et directe met l'accent sur le symptôme le plus visible et le plus gênant : la fuite involontaire et permanente d'urine. D'autres termes circulent également, comme « *Aoulièpkatchè* », que l'on peut traduire par « maladie de l'enfantement » ou « maladie liée à l'accouchement ». Une enquêtee précise : « Chez les Baoulés, la fistule obstétricale est appelée *mié goua mihou* ou *bié bié sri sri*, à cause de la perte permanente d'urine. » Ces désignations, souvent imagées et très concrètes, traduisent une logique de nomination empirique, fidèle à l'expérience corporelle et sensorielle de la maladie. Elles permettent une reconnaissance rapide des

symptômes au sein de la communauté, facilitant parfois l'identification et la solidarité, mais ouvrant aussi la voie à la stigmatisation.

2.1.2. Sémiologie clinique et sociale de la fistule obstétricale chez les Baoulés

- **Sémiologie clinique**

La fistule obstétricale se manifeste par une perte permanente et incontrôlée d'urine, conséquence d'une communication anormale entre la vessie et le vagin : c'est la fistule vésico-vaginale, forme dite « classique ». Cette incontinence continue s'accompagne fréquemment de brûlures, de plaies au niveau des organes génitaux, de troubles du sommeil, et d'un profond inconfort corporel. Elle expose également à des risques d'infection et altère durablement la qualité de vie. Dans sa forme plus sévère, la fistule peut impliquer le rectum : il s'agit alors d'une fistule recto-vaginale. Celle-ci entraîne l'écoulement de matières fécales et de gaz par le vagin, souvent associé à des odeurs nauséabondes. Cette forme aggrave considérablement la situation sanitaire de la patiente : hygiène compromise, inconfort extrême, risques de surinfection et perte de contrôle totale des fonctions d'élimination. Elle constitue une atteinte majeure à l'intégrité physique et fonctionnelle du corps. Les femmes interrogées en disent long sur les signes de cette pathologie.

En fait, ce qui est le plus marquant, c'est que la femme est mouillée en permanence. Quand elle s'assoit et se relève, on voit que ses vêtements sont tachés. Parfois même, elle mouille la chaise sur laquelle elle était assise, et il y a une odeur... Ce sont vraiment les signes visibles qu'on remarque tout de suite : le fait d'être toujours mouillée, si elle ne se protège pas constamment. À chaque fois qu'elle s'assoit, en se levant, c'est mouillé. Et puis, il y a l'odeur. Ce sont les signes les plus apparents..... Il y a aussi une autre forme, qu'on dit encore plus grave. Moi je n'ai pas encore vu ce cas personnellement, mais on raconte qu'il y en a où les selles se mélangent à l'urine. Cela veut dire qu'il y a une rupture entre le vagin et l'anus, à l'endroit où les deux sont séparés. Cette séparation est très fine, et quand elle est endommagée, l'urine peut passer par là où passent les selles, et inversement. Donc, si la vessie est aussi touchée, les deux se mélangent. L'urine et les selles sortent en même temps.

Sur le plan des signes cliniques, les femmes évoquent des symptômes caractéristiques : des fuites urinaires constantes, des vêtements et des chaises

mouillés, une forte odeur d'urine, ainsi qu'une gêne sociale importante. L'une d'elles décrit même une forme plus sévère de la maladie, où l'urine et les selles se mélangent, évoquant ainsi une fistule recto-vaginale, avec rupture du tissu séparant le vagin et l'anus. Ces manifestations sont perçues comme les signes les plus visibles et les plus stigmatisants. Enfin, certaines croyances associent la fistule à des rapports sexuels violents ou multiples en peu de temps, ce qui témoigne d'une confusion entre causes obstétricales réelles et représentations sociales liées à la sexualité féminine. Ces perceptions, bien que parfois imprécises, traduisent une expérience vécue de la maladie, marquée par la douleur, la honte et l'exclusion.

- **Sémiologie sociale**

Au-delà des manifestations physiques, la fistule obstétricale porte une charge symbolique et sociale lourde. Le corps marqué par l'humidité constante, les odeurs, et l'incontinence devient un vecteur visible de rejet. La forme « classique » est déjà perçue comme une atteinte à la dignité : elle engendre gêne, honte, sentiment d'impureté, isolement et perte de statut. Le corps devient signe d'anormalité, rendant la souffrance visible et socialement stigmatisée. La forme « grave », qui mêle urine, matières fécales et gaz, est vécue comme la plus humiliante. Elle suscite un rejet plus brutal, souvent familial et communautaire, accentuant la marginalisation. Cette stigmatisation peut aller jusqu'à une déshumanisation perçue, avec isolement extrême et effondrement de l'identité sociale et féminine. Le témoignage d'une femme baoulé donne toute la mesure de cette expérience intime et douloureuse : « Quand la femme s'assoit, même si elle se lève, elle est mouillée, tachée. Souvent, elle peut mouiller la chaise où elle était assise, et ça a une odeur... Ce sont les signes les plus visibles. Le fait d'être mouillée à tout moment. Si tu ne te protèges pas, ça coule. Et l'odeur, c'est ça qui marque. » Par ces mots, on comprend à quel point la maladie s'impose à chaque mouvement du quotidien. Le simple fait de s'asseoir devient une source de stress. L'odeur devient une frontière entre soi et les autres. La femme ne maîtrise plus son corps, et cette perte de contrôle est socialement insupportable. Dans un autre passage, la gravité de la situation s'exprime avec une justesse saisissante : « Il y a aussi des cas où les selles se mélangent à l'urine. Là où le sexe et l'anus sont séparés, il y a une sorte de rupture. Et quand cette partie est atteinte, le pipi passe là où le caca passe. Les deux se croisent. » La fistule n'est pas seulement un trou dans

le corps. C'est un vide dans les relations. C'est une maladie du silence et de la solitude. Une femme baoulé disait : « C'est quand tu ne peux plus être comme les autres que tu comprends que c'est grave. Tu n'as plus ta place. » Cette maladie efface. Elle efface la femme des espaces sociaux, des rassemblements, des églises, des réunions. Elle la prive de sa féminité perçue, de sa maternité accomplie, de sa dignité ressentie.

2.2. Nosologie populaire de la fistule obstétricale chez les femmes baoulé

Chez les Baoulé, la fistule obstétricale est clairement identifiée comme une maladie touchant exclusivement les femmes en âge de procréer, principalement celles ayant déjà connu un ou plusieurs accouchements difficiles ou mal assistés. Elle se manifeste essentiellement par une fuite involontaire et permanente d'urine, signe principal qui permet de la reconnaître facilement. Deux formes sont distinguées : la fistule vésico-vaginale, la plus courante, et la fistule recto-vaginale, plus grave car elle associe fuite d'urine et de selles, aggravant la stigmatisation sociale liée aux odeurs et à l'inconfort.

Cette pathologie est perçue comme chronique et souvent cachée, car les femmes atteintes, par honte ou peur du rejet, gardent leur souffrance secrète, ce qui retarde la prise en charge médicale. L'isolement social, les jugements négatifs et la marginalisation renforcent ce silence, créant un cercle vicieux où la maladie reste invisible. Même après traitement, la crainte de récurrence persiste, notamment si les conditions d'un accouchement traumatique se répètent, reflétant une absence de protection durable pour le corps féminin. La fistule peut parfois être confondue avec d'autres affections comme la gonococcie, dont les symptômes malodorants nourrissent malentendus et jugements moraux. Dans la représentation locale, la fistule s'inscrit dans le cadre des maladies liées à la maternité et à la santé reproductive, symbolisant les épreuves du corps féminin au fil de la vie.

2.3. Étiologie sociale de la fistule obstétricale : entre biomédecine et croyances locales

2.3.1. Les causes biomédicales

La fistule obstétricale résulte d'un ensemble complexe de causes biomédicales, culturelles, sexuelles et morales, qui s'entrelacent pour façonner à la fois la réalité médicale et les représentations sociales de cette pathologie. Elle,

selon les femmes baoulés, trouve ses causes principales dans l'absence d'assistance médicale qualifiée lors de l'accouchement, les grossesses précoces, les travaux physiques prolongés, mais aussi dans certaines pratiques sexuelles à risque, telles que les rapports violents ou multiples. Ces facteurs révèlent la vulnérabilité accrue des femmes confrontées à des contextes de soins précaires et à un manque de sensibilisation sur la santé reproductive. Ces témoignages reflètent la manière dont la communauté interprète les causes de la maladie.

Moi, je pense que c'est surtout les accouchements non assistés par les sage-femmes. À l'hôpital, la sage-femme prend les dispositions nécessaires pour protéger le corps de la femme. Mais quand c'est une matrone ou quelqu'un à la maison qui ne connaît pas bien l'anatomie, il peut arriver qu'en essayant d'aider, elle touche à la vessie par erreur. Il y a aussi les grossesses précoces. Les petites filles qui tombent enceintes ont souvent des accouchements difficiles, et à force de forcer, ça peut provoquer cette maladie.

Pour cette femme baoulé, d'autres causes sont également évoquées, notamment liées aux rapports sexuels : « Oui, certains disent que des rapports sexuels violents, avec une pénétration brutale, peuvent provoquer la fistule. Aussi, avoir plusieurs partenaires le même jour, comme coucher avec quatre ou six hommes en une soirée, peut fragiliser la vessie. » Elle insiste par ailleurs sur la complexité de l'accouchement :

Quand une femme, surtout une jeune fille enceinte à terme, est en travail prolongé, ça peut être dû à un bassin rétréci, un bébé trop gros, ou des complications comme le cordon ombilical enroulé. Si cela n'est pas détecté et qu'on force de façon artisanale, c'est là que la fistule se crée. C'est pour ça que l'accouchement doit être bien assisté, parce que la grossesse est un moment délicat.

En effet, sur le plan médical, la fistule est principalement due à des complications obstétricales telles que le travail prolongé, l'absence ou le retard de césarienne, le mauvais positionnement du fœtus, ainsi que les déchirures périnéales et les atteintes vésicales. Ces complications sont souvent aggravées chez les jeunes filles au bassin immature, notamment en cas de grossesse précoce. L'absence de soins obstétricaux qualifiés — accouchements à domicile sans personnel formé ou gestes inappropriés — accentue considérablement le risque. Au-delà des facteurs

médicaux, la fistule est également attribuée à des causes sexuelles, mêlant réalités physiques et représentations symboliques. Des rapports sexuels violents ou perçus comme « trop forts » sont associés à des traumatismes internes fragilisant le corps féminin. De plus, une sexualité jugée excessive — caractérisée par le multipartenariat rapproché — est parfois vue comme « usante » et à l'origine d'une fragilité corporelle, renforçant une vision intuitive d'un corps féminin vulnérable soumis à un contrôle social. Les interprétations morales attribuent la fistule à des comportements considérés comme transgressifs, tels que la grossesse hors mariage, l'infidélité ou la sexualité jugée « déviante ». La fistule devient alors un stigmate social, un « châtiment corporel » reflétant une faute ou une transgression des normes communautaires. Ces perceptions renforcent la stigmatisation, l'exclusion et l'intériorisation des normes sociales autour de la sexualité féminine et de la maternité.

2.3.2. Une causalité surnaturelle : malédiction, infidélité et forces invisibles

Au-delà des explications biomédicales, les femmes baoulés invoquent aussi des causes d'ordre surnaturel pour rendre compte de l'origine de la fistule. Infidélité conjugale, malédictions, sorcellerie, envoûtements ou punitions divines sont fréquemment évoqués. Ces représentations s'inscrivent dans un registre moral et symbolique où la maladie devient une sanction sociale et spirituelle. « Parfois, on dit que les cheveux du bébé sont trop longs, ça bloque le bébé, et ça abîme la femme. » ; « Chacun peut avoir son avis... Souvent, on dit qu'une femme mariée qui trompe son mari est frappée par une malédiction. Beaucoup parlent de sorcellerie. Parfois, c'est une personne frustrée qui lance un sort à cause d'un conflit. » Cette double lecture — biomédicale et symbolique — montre comment la fistule obstétricale est à la fois un problème de santé reproductrice et un phénomène social porteur de significations profondes. Comprendre cette pluralité de causes est essentiel pour concevoir des interventions adaptées, qui conjuguent soins médicaux et prise en compte des représentations culturelles. Les croyances mystiques et symboliques complètent ces explications : malédictions, sorcellerie, vengeance spirituelle ou blocage surnaturel de l'accouchement participent à une compréhension collective ancrée dans des cadres culturels locaux. Cette diversité de perceptions invite à une approche interculturelle et sensible, mêlant savoir

biomédical et croyances locales, pour une prise en charge inclusive, respectueuse et efficace.

Chez les femmes baoulés, la fistule obstétricale est interprétée à travers une étiologie composite, mêlant causes biomédicales, sexuelles, morales, sociales et mystiques. Cette pluralité traduit un savoir profane riche, enraciné dans l'expérience, les observations communautaires et les représentations culturelles. Les femmes identifient avec précision plusieurs causes médicales reconnues : accouchement prolongé, dystocie, mauvais positionnement fœtal, absence de soins qualifiés, grossesses précoces. Ces éléments montrent une bonne appropriation des discours de santé publique et une valorisation du soin professionnel, notamment de la sage-femme, perçue comme garante de sécurité. Certaines causes évoquées relèvent de la sexualité : rapports jugés violents, pénétration « trop forte », ou multipartenariat rapproché. Ces discours traduisent à la fois une compréhension intuitive du traumatisme corporel et une lecture morale du corps féminin. Le glissement du physique au symbolique révèle une culpabilisation implicite des femmes, accusées d'avoir transgressé les normes sexuelles. D'autres récits mobilisent le registre de la sorcellerie, des malédictions ou des symboles (comme les cheveux de l'enfant ou la « mauvaise main »). Ces explications ne relèvent pas de la simple superstition, mais d'une lecture cohérente du désordre à travers un système symbolique, où la maladie signale un déséquilibre invisible – social, moral ou spirituel

2.4. La gravité sociale de la fistule obstétricale : entre douleur intime et exclusion symbolique

La fistule obstétricale dépasse la simple blessure corporelle. Sur le plan médical, elle ne met pas immédiatement la vie en danger, mais ses conséquences sociales, psychologiques et identitaires sont souvent dévastatrices. Chez les femmes baoulés interrogées, ce n'est pas tant la douleur ou l'incontinence qui est dénoncée, mais la transformation radicale de leur rapport au monde, à leur entourage et à elles-mêmes. « Il y a ce que je viens de citer, que les femmes baoulés considèrent comme grave... Une femme qui devient “large”, selon la tradition, c'est irréparable, un handicap. Mais aussi, il y a les pertes d'urine... Quand l'accouchement a touché la vessie, souvent ça fuit... » (Femme baoulé). La perte d'intégrité corporelle liée à la fistule obstétricale remet profondément en

question la place de la femme dans la relation conjugale, sa désirabilité et sa valeur reproductive. Les mots qui reviennent dans les témoignages sont évocateurs : honte, gêne, rejet. La gravité de la fistule ne réside pas uniquement dans la gêne physique, mais surtout dans ses conséquences sociales et symboliques. Elle devient une véritable blessure identitaire, bouleversant les dimensions essentielles de l'existence féminine : être femme, épouse, mère, et membre à part entière de la communauté. « Ce qui rend ça grave, c'est que la femme ne se sent plus à sa place... Elle est tout le temps gênée. » L'incontinence urinaire est perçue comme une humiliation constante : perte de contrôle sur le corps, gêne pour soi-même et pour les autres. La honte devient visible — à travers les odeurs, les vêtements mouillés — exacerbée par la précarité matérielle et l'absence d'intimité, qui rendent impossible toute dissimulation. « Si tu n'as pas les moyens pour te changer, ça coule, ça mouille, ça sent. » ; « Elle ne se sent plus dans son milieu. Ça crée une gêne... ». La femme atteinte de fistule se retrouve progressivement isolée, perçue comme étrangère à son environnement. Parfois tolérée, souvent évitée, elle perd son statut au sein de la famille et de la communauté. Elle s'éloigne de ses rôles traditionnels — épouse, mère, femme active — et se voit exclue de la vie sociale ordinaire. « Une femme qui met au monde ne doit pas avoir ce genre de problème... Ce n'est pas joli à voir. » L'accouchement, normalement moment de fierté et de reconnaissance sociale, devient, avec la survenue de la fistule, une rupture brutale dans le parcours attendu. La joie maternelle laisse place à la honte ; le corps, au lieu d'être célébré, est discrédité. Ce renversement fragilise la femme au lieu de la consacrer.

Ces perceptions, loin d'être neutres, traduisent une responsabilisation implicite des femmes. La stigmatisation est morale : la malade est perçue comme « abîmée », voire « maudite ». Elle est confrontée à une injonction à la perfection maternelle : une « bonne femme » doit accoucher sans « abîmer » son corps. Enfin, la maladie renforce les normes de genre dominantes, où la valeur féminine demeure étroitement liée à la sexualité, à la propreté, et à la capacité reproductive. À travers ces témoignages, une vérité essentielle émerge : la fistule obstétricale est bien plus qu'un problème médical. C'est une blessure multidimensionnelle — physique (douleurs, fuites), identitaire (sentiment de ne plus être femme), sociale (exclusion, isolement) et symbolique (rupture de l'idéal maternel, perte de statut). Toutes ces considérations témoignent de la gravité de la fistule obstétricale.

2.5. Influence des représentations sociales de la fistule obstétricale sur le vécu individuel et social des femmes concernées

Les représentations sociales de la fistule obstétricale façonnent profondément le regard collectif porté sur les femmes atteintes, influençant leur place dans la communauté. Les expressions locales utilisées pour désigner la maladie — *mientoha-boly* (« poche d'urine cassée ») ou *gninguinnin dji banan* (« pipi verse sur moi ») — réduisent l'expérience de la fistule à son symptôme le plus visible : l'incontinence urinaire. Ce marquage linguistique enferme la femme dans une identité dévalorisée, centrée sur la fuite et l'odeur, deux transgressions majeures dans une société où la propreté et la maîtrise du corps sont des normes essentielles. Dès que l'odeur devient perceptible, elle déclenche le rejet. La parole populaire ne se contente pas de nommer : elle étiquette, marginalise et exclut.

L'incontinence persistante, symptôme central de la fistule obstétricale, est bien plus qu'un trouble physiologique : elle est perçue comme une perte de maîtrise corporelle, et donc comme une atteinte profonde à la dignité féminine. Dans l'imaginaire social, une femme qui ne contrôle plus ses fluides est assimilée à une femme « abîmée », « impure » ou « punie » pour une supposée transgression morale. Son corps devient ainsi le support de jugements implicites, souvent liés à une sexualité jugée excessive ou déviante. La maladie dépasse alors le strict registre médical pour devenir un vecteur de projections morales et sociales. Dans ce contexte, la femme fistuleuse incarne une figure ambivalente : à la fois victime d'un accident obstétrical et coupable aux yeux d'une société qui lie propreté corporelle à valeur morale. L'odeur persistante d'urine, manifestation sensorielle immédiatement perceptible, devient un stigmate redoutable. Elle ne renvoie pas seulement à la maladie, mais à une transgression sociale : celle des normes d'hygiène, de discrétion corporelle et de maîtrise de soi. Dès lors, ce n'est pas tant la pathologie qui marginalise, mais bien ce qu'elle révèle et fait ressentir aux autres. Cette perception sociale transforme la femme atteinte de fistule en une présence indésirable. Elle est disqualifiée symboliquement, exclue des espaces publics, des lieux de culte, des rassemblements communautaires — là même où se construisent et se valident les identités féminines. Le regard porté sur elle, mêlant gêne, pitié et rejet, fragilise son estime de soi et alimente un profond repli. La honte s'installe, nourrie par l'expérience quotidienne d'un rejet sourd, parfois silencieux mais toujours présent. L'un des marqueurs les plus puissants de cette exclusion

sociale reste l'odeur corporelle — stigmate sensoriel immédiat qui rend visible l'invisible. Dans des contextes où la propreté, la discrétion et la retenue corporelle sont des critères implicites d'intégration sociale, l'incapacité à cacher les signes de la maladie rend la femme socialement vulnérable. Son acceptation devient conditionnelle : elle n'est tolérée que tant qu'elle reste « propre », c'est-à-dire conforme aux attentes normatives de son environnement. L'exclusion ne repose donc pas uniquement sur les symptômes médicaux de la fistule, mais sur un faisceau de représentations interconnectées : sensorielles (l'odeur), corporelles (la perte de contrôle), morales (la culpabilité latente) et sociales (la disqualification statutaire). Ces dimensions s'entrelacent pour former un processus de marginalisation durable, qui prive la femme de son identité sociale et des rôles qui la définissent au sein de la communauté.

La chronicité de la fistule, souvent perçue comme irréversible, renforce ce sentiment d'exclusion. Elle s'accompagne d'une peur diffuse de "contamination sociale", bien que la maladie ne soit pas contagieuse. Dans ce contexte, l'hygiène devient un critère d'acceptabilité sociale : toute incapacité à masquer les symptômes est vécue comme une menace pour le bien-être collectif, justifiant la mise à l'écart. L'incontinence devient ainsi une infraction visible à la norme, que la communauté sanctionne par l'isolement.

Dans les représentations sociales, la fistule obstétricale n'est pas uniquement perçue comme une conséquence biomédicale d'un accouchement prolongé sans assistance. Elle est aussi lue à travers un prisme moral et sexuel : rapports jugés précoces, violents ou déviants, transgressions des normes religieuses ou sociales. Cette étiologie hybride — mêlant causes médicales, sexuelles et morales — brouille les repères et alimente la croyance que la fistule serait, au fond, la punition d'un comportement jugé fautif. La maladie n'apparaît plus comme une tragédie obstétricale, mais comme le symptôme d'un désordre intime, voire spirituel. Dans ce contexte, la femme fistuleuse se retrouve doublement pénalisée : par la souffrance physique, mais surtout par une accusation latente de responsabilité. La pathologie devient un stigmate moral. Cette lecture sociale, culpabilisante, freine l'accès aux soins. Nombre de femmes hésitent à consulter, oscillant entre médecine traditionnelle, prières, et résignation silencieuse. L'idée que la fistule serait incurable — ou pire, méritée — prolonge la douleur et l'isolement. Ce sentiment d'abandon, renforcé par l'absence de compassion

sociale, conduit à un véritable effondrement identitaire. Chez les femmes baoulés, la fistule représente une rupture totale avec les fondements de leur existence : rupture avec leur propre corps devenu source de honte, rupture avec la communauté qui les regarde comme responsables de leur malheur, rupture avec l'avenir, perçu comme inaccessible. Alors que d'autres affections — souvent interprétées comme d'origine spirituelle — peuvent faire l'objet de rituels de purification et de réintégration, la fistule est enfermée dans un discours médicalisé qui, paradoxalement, ne lui accorde aucun cadre symbolique de réparation. Elle échappe ainsi aux mécanismes sociaux habituels de restauration du lien et de réintégration. L'absence de rituels, d'espaces de reconnaissance symbolique ou spirituelle, aggrave encore l'exclusion. La femme atteinte de fistule est perçue comme déchue, non seulement de sa santé, mais aussi de ses statuts sociaux fondamentaux : celui d'épouse, de mère, de croyante, de membre actif de la communauté. Le glissement d'une maladie vers une lecture morale transforme la femme malade en femme fautive. En somme, la fistule obstétricale, bien au-delà de ses implications médicales, constitue un fait social total dans la société baoulé. Elle concentre des enjeux de genre, de sexualité, de religion, de pouvoir, et de norme. Elle n'est pas simplement subie : elle est interprétée, jugée, chargée de significations qui redéfinissent profondément la place de la femme dans l'ordre social. C'est pourquoi toute stratégie de lutte contre la fistule doit dépasser le strict champ biomédical et intégrer une réflexion sur les représentations collectives, les mécanismes d'accusation implicite et la nécessité de dispositifs symboliques de réparation sociale.

3. Analyse et discussion

3.1. Analyse

La théorie des représentations sociales de Moscovici postule que les représentations sociales sont des systèmes de valeurs, de croyances et d'opinions partagés socialement, qui permettent aux individus de comprendre, communiquer et agir dans leur environnement social. Elles influencent la manière dont les groupes interprètent les phénomènes, notamment les maladies. Dans le cadre de notre étude sur la fistule obstétricale au sein des communautés Baoulé à Bouaké, les représentations sociales relatives à cette maladie jouent un rôle central dans la manière dont les femmes atteintes sont perçues et traitées socialement.

Les représentations sociales élaborées autour de la fistule — par exemple les croyances liées à ses causes (souvent attribuées à des facteurs spirituels ou à des fautes morales) — reflètent un cadre symbolique partagé par la communauté. Ces représentations influencent la stigmatisation et la marginalisation des femmes atteintes, en les positionnant souvent comme « impures » ou responsables de leur condition. Ces représentations servent à maintenir des normes sociales et des relations de pouvoir dans la communauté. Par exemple, la notion d'impureté associée à la fistule légitime l'exclusion sociale des fistuleuses et renforce le contrôle social autour des règles de pureté et de genre. Nos résultats montrent que les représentations circulent par le canal des leaders communautaires, les chefs religieux, les matrones, et sont renforcées par les discours au sein des groupes. Cela correspond à la dynamique de socialisation des représentations, qui se transmettent et se renforcent dans les interactions sociales quotidiennes. Moscovici souligne que les représentations sociales peuvent être en opposition aux savoirs scientifiques. Notre étude illustre cette opposition, avec un fossé entre la vision biomédicale de la fistule et la compréhension populaire, ce qui complique la prévention et la prise en charge efficace.

L'approche de Moscovici permet de comprendre que la persistance de la fistule obstétricale ne réside pas uniquement dans des facteurs biomédicaux, mais surtout dans les représentations sociales qui structurent la perception, la prise en charge et la stigmatisation de cette maladie. Ces représentations, profondément ancrées dans les cultures Baoulé, influencent les comportements, les normes et les rapports sociaux, ce qui contribue à la marginalisation des femmes atteintes et freine les stratégies de lutte contre la fistule. Mais comment se présente nos résultats face aux recherches antérieures ?

3.2. Discussion

3.2.1. Influence des représentations sociales liées à la fistule obstétricale

Nos résultats, centrés sur les représentations sociales de la fistule obstétricale chez les Baoulé de Bouaké, mettent en lumière une lecture profondément symbolique de cette pathologie. Désignée localement par le terme *miémiédowa* (« poche d'urine cassée »), la fistule est perçue comme une atteinte non seulement au corps, mais à l'identité sociale, spirituelle et morale de la femme.

Cette pathologisation culturelle du corps féminin rappelle que l'accouchement, en tant que moment d'élévation du statut social, devient ici un événement de rupture, d'humiliation et de marginalisation.

Ce constat trouve des échos marqués dans les travaux de S. Hilton & M. Hunt (2012) et de A. Y. A. Wilson & S. Lewis (2015), qui montrent que la fistule est fréquemment perçue comme le signe d'une transgression des normes sociales – qu'elles soient sexuelles, rituelles ou morales. Dans de nombreuses sociétés, le corps féminin est symboliquement associé à la pureté, la fertilité et à la valeur matrimoniale ; lorsqu'il devient incontinent, il est alors perçu comme « abîmé », « souillé » ou « impur », ce qui entraîne souvent un rejet social. Cette interprétation, partagée par S. R. Cousins (2013), C. Pouzet (2012) et S. F. Murray & S. Pearson (2002) dans des contextes ouest-africains, contribue à isoler les femmes de leur entourage, en les rendant responsables de leur état, parfois assimilé à un comportement sexuel inapproprié ou à un châtiment divin, et les expose à une marginalisation familiale, conjugale et communautaire.

Les récits recueillis dans notre enquête révèlent que la perception d'un corps « cassé » ou « impur » engendre une honte profonde, alimentée par le silence et la discrétion qui entourent la maladie. Ce silence, loin d'être neutre, participe activement à l'invisibilisation sociale des femmes fistuleuses, les privant de toute possibilité de raconter leur expérience de manière valorisante. Cette dynamique est largement confirmée par A. Diarra & R. Ouedraogo (2015), qui identifient la honte comme un vecteur puissant de marginalisation. De manière convergente, H. Bazin (2011) souligne l'imbrication des normes culturelles et religieuses dans la construction du stigmat : la fistule y est parfois interprétée comme une punition divine ou le résultat d'un sortilège, ce qui renforce le sentiment d'exclusion spirituelle. Cette dimension ressort aussi dans nos données, notamment à travers des récits évoquant des malédictions ou des ruptures avec les ancêtres ou les esprits protecteurs. Les travaux de H. Bazin (2011), F. Traoré (2019) et A. Diarra & R. Ouedraogo (2015), menés dans des contextes ouest-africains, mettent ainsi en lumière la violence symbolique subie par les femmes, souvent chassées de leur foyer ou condamnées à l'isolement social. Ils insistent, comme nous, sur le poids des normes genrées et religieuses dans l'élaboration de ces représentations dévalorisantes et dans les obstacles qu'elles créent à l'accès aux soins et à la reconnaissance sociale.

Les travaux de L. L. Wall et al. (2004) apportent également un éclairage pertinent : ils insistent sur le fait que dans de nombreuses cultures africaines, l'accouchement est une épreuve initiatique et sociale. La fistule, en empêchant l'aboutissement symbolique de cette épreuve (naissance réussie, reconnaissance sociale, renforcement du lien conjugal), constitue une disqualification sociale. Ce que nous observons chez les Baoulé de Bouaké illustre cette disqualification dans toute sa violence : femmes réduites au silence, exclues des rituels, parfois chassées du foyer ou marginalisées dans la communauté.

Enfin, M. Hassan et M. Khawaja (2018) rappellent que les représentations culturelles de la fistule varient, mais que le fil conducteur reste la fracture entre le corps attendu (féminin, fécond, silencieux) et le corps réel (souffrant, bruyant, incontinant). C'est précisément cette tension entre normes sociales et réalités corporelles que notre étude met en évidence. Bien que notre étude ait beaucoup de similitudes avec beaucoup de travaux antérieurs, elle demeure limitée.

3.2.2. Limites de nos résultats et apports complémentaires de la littérature

Notre étude menée chez les Baoulé de Bouaké met en évidence la forte charge symbolique, morale et culturelle de la fistule obstétricale, perçue localement comme une rupture corporelle et sociale. Cette pathologie est comprise non seulement comme un échec biologique, mais aussi comme une transgression sociale qui altère le statut féminin, entraînant stigmatisation, honte et exclusion. Toutefois, si notre travail met clairement en lumière les dimensions symboliques et les représentations sociales locales, certaines dimensions importantes restent en périphérie ou sous-explorées, comme le montrent les travaux de plusieurs auteurs.

Nos résultats décrivent surtout les effets collectifs de la stigmatisation, mais ils abordent moins en profondeur les stratégies individuelles de résilience et de *coping* développées par les femmes. Sur ce point, les travaux de P. Busingye et al. (2016), T. Boler et al. (2012) et K. M. Roush & K. Winskell (2017) complètent notre perspective en soulignant que, malgré la douleur et l'exclusion, de nombreuses femmes font preuve d'une grande capacité d'adaptation : recours à la foi, réseaux de solidarité féminine, projets de réinsertion informels, etc. A. Y. A. Wilson et S. Lewis (2015) montrent notamment que certaines femmes réinterprètent leur expérience de manière spirituelle ou militante, cherchant à redonner sens à leur parcours. Ces dimensions de résilience psychologique et

émotionnelle mériteraient d'être davantage intégrées à notre analyse, pour ne pas enfermer les femmes dans une posture uniquement victimisante.

De même, si nous abordons l'exclusion sociale en termes symboliques et relationnels, nous explorons peu ses conséquences économiques concrètes. Des études comme celles de D. Bishai et al. (2007) et de The Fistula Foundation (2020) montrent que la fistule a un impact direct sur la capacité à travailler, à générer des revenus et à subvenir à ses besoins, rendant les femmes économiquement dépendantes. C. E. A. Kayode et al. (2015) établissent par exemple un lien entre fistule et appauvrissement structurel. En ne considérant pas pleinement cette dimension, notre étude a sous-estimé l'interdépendance entre vulnérabilité sociale et précarité économique.

Nos résultats relèvent l'écart entre reconnaissance de la médecine moderne et persistance des croyances mystiques, mais sans approfondir l'analyse des profils cliniques ni des trajectoires de soins. Des auteurs comme L. L. Wall et al. (2004) ou B. Hamdela et al. (2012) apportent un éclairage précieux sur les conditions médicales préalables à la fistule (accouchement prolongé, absence de soins obstétricaux), ainsi que sur les facteurs qui conditionnent la réussite des traitements (état général, durée de la fistule, contexte social). Nos résultats gagneraient à être croisés avec ces données pour une lecture plus complète des déterminants de l'accès au soin.

En définitive, nos résultats s'alignent clairement avec une littérature qui insiste sur la nécessité d'aborder la fistule obstétricale non seulement comme un enjeu médical, mais aussi comme un phénomène culturellement codé, porteur de significations symboliques profondes. Ils apportent une contribution essentielle à la compréhension des représentations sociales de la fistule chez les Baoulés, en mettant en lumière leur rôle central dans les dynamiques de stigmatisation, de marginalisation et d'exclusion. Les réponses sociales et thérapeutiques doivent donc s'appuyer sur une compréhension fine des perceptions locales, si l'on souhaite réellement soutenir les femmes dans leur processus de réintégration sociale et de reconstruction identitaire. Néanmoins, pour une approche plus globale et opérationnelle du phénomène, il est nécessaire de prendre également en compte des dimensions complémentaires telles que la résilience individuelle, l'impact économique, les trajectoires cliniques, les approches stratégiques de prise en charge ou encore les comparaisons interculturelles. Ces angles d'analyse, déjà explorés par

plusieurs travaux de la littérature, nous invitent à dépasser l'étude des représentations pour construire une lecture intégrée, interdisciplinaire et contextuellement ancrée du vécu des femmes atteintes de fistule obstétricale.

Conclusion

L'étude des représentations sociales de la fistule obstétricale chez les Baoulé de Bouaké révèle que cette maladie dépasse largement son aspect médical pour s'inscrire dans un système complexe de significations morales, culturelles et symboliques. Localement appelée *miémiédowa* (« poche d'urine cassée »), elle symbolise un corps brisé, inapte et souvent impur. L'accouchement, moment attendu de joie et de reconnaissance sociale, se transforme alors en une rupture brutale marquée par la honte et la dévalorisation du corps féminin. Perçue comme une transgression des normes d'hygiène, de sexualité et de rôle social, la fistule entraîne une stigmatisation morale où la femme est considérée comme « abîmée » voire « maudite ». Cette représentation renforce les injonctions à la perfection maternelle, enfermant la femme dans un rôle social étroitement lié à sa capacité reproductive, à sa propreté et à sa sexualité. Les symptômes visibles — humidité permanente, odeur, traces sur les vêtements — exacerbent cette stigmatisation, favorisant l'exclusion sociale, l'isolement progressif et une perte profonde d'identité. Malgré la reconnaissance de la médecine moderne comme solution la plus efficace, les croyances mystiques, la peur du jugement et le manque d'information limitent encore l'accès aux soins. La fistule apparaît ainsi comme une blessure multidimensionnelle — physique, identitaire, sociale et symbolique — qui fragilise la femme dans toutes ses dimensions. Pour rompre ce cercle vicieux d'exclusion, il est indispensable de déconstruire ces représentations négatives, d'améliorer l'accès aux soins et de promouvoir des accompagnements psychosociaux adaptés. Ces mesures sont cruciales pour restaurer la dignité des femmes atteintes et permettre leur réintégration pleine et respectée au sein de leur communauté, redonnant ainsi sens à leur place sociale et à leur identité.

Références bibliographiques

BAZIN Henri, 2011, *Corps souffrant, corps exclu : Anthropologie de la santé en Afrique*, Paris, Karthala.

BENOVA Lenka, NEAL Sarah, RADOVICH Emma G. & CAMPBELL Oona M. R., 2014, « Obstetric fistula in sub-Saharan Africa: A systematic review of its prevalence and the social stigma associated », *PLOS ONE*.

Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111652> (consulté le 7 juillet 2025).

BISHAI David, MCCLELLAND Andrea & GLOYD Steve, 2007, « The social and economic impact of obstetric fistula in Nigeria », *Health Policy and Planning*, vol. 22, n°1, p. 38–47.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czl041> (Consulté le 7-07-2025).

BOHREN Meghan A., VOGEL Joshua P., HUNTER Erin C., LUTSIV Olha, MAKH Suprita K., SOUZA João Paulo, AGUIAR Carolina, SARAIVA CONEGLIAN Fernando, DINIZ Alex Luíz Araújo, TUNÇALP Özge, JAVADI Dena, OLADAPO Olufemi T., KHOSLA Rajat, HINDIN Michelle J. & GÜLMEZOGLU Ahmet, 2015, « The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review », *PLOS Medicine*, vol. 12, n° 6, e1001847.

Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847> (consulté le 7 juillet 2025).

BOLER Tania, HARRIS Rebecca & DAVIES Rachel, 2012, « Addressing social exclusion and stigma of obstetric fistula in Tanzania », *Reproductive Health Matters*, vol. 20, n°39, p. 120–127.
[https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)39500-6](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(12)39500-6) (Consulté le 7-07-2025).

BUSINGYE Peninah, EKIRAPA-KIRACHO Elizabeth & OKELLO David, 2016, « Psychosocial experiences and coping strategies of women living with obstetric fistula in Uganda », *BMC Women's Health*, vol. 16, p. 15.
<https://doi.org/10.1186/s12905-016-0297-9> (Consulté le 7-07-2025).

COUSINS Sarah R., 2013, « Exploring stigma and cultural perceptions of obstetric fistula in Tanzania », *Culture, Health & Sexuality*, vol. 15, n°3, p. 304–317.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2012.756758> (Consulté le 7-07-2025).

DIARRA Abdoulaye & OUEDRAOGO Rasmata, 2015, « Regards croisés sur les fistules obstétricales au Sahel », *Revue Autrepart*, n°73.

GOFFMAN Erving, 1963, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit.

- HAMDELA Bethlehem, LINDTJORN Bernt & REGASSA Nigatu, 2012, « Obstetric fistula in Ethiopia: A population-based study on prevalence, risk factors and outcome », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 12, p. 60. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-60> (Consulté le 04-07-2025).
- HASSAN Muhammad & KHAWAJA Marwan, 2018, « Social exclusion and stigma among women living with obstetric fistula in Pakistan », *Journal of Public Health*, vol. 40, n°4, p. e475–e482. <https://doi.org/10.1093/pubmed/idx165> (Consulté le 7-07-2025).
- HESSINI Leila F., 2004, « Obstetric fistula: The social and cultural context of a neglected reproductive health issue », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 86 (Suppl. 1), p. S24–S29. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2004.02.002> (Consulté le 03-07-2025).
- HILTON Sarah & HUNT Melissa, 2012, « Social stigma and obstetric fistula: The role of community perceptions », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 116, n°2, p. 163–166. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.08.005> (Consulté le 7-07-2025).
- KAYODE Clement E. A., ADEKANLE David A., OLATUNJI Akin A. & OKUNLOLA Michael A., 2015, « Psychosocial burden of obstetric fistula in Nigeria », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 131, n°1, p. 49–52. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.006> (Consulté le 03-07-2025).
- KLEINMAN Arthur, 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York, Basic Books.
- MAUSS Marcel, 1925, *Essai sur le don : Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris, Presses Universitaires de France.
- MOSCOVICI Serge, 1961, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, Presses Universitaires de France.
- MURRAY Susan F. & PEARSON Sarah, 2002, « The fistula crisis in Africa: A new look at an old problem », *The Lancet*, vol. 359, n°9303, p. 101–104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07341-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07341-4) (Consulté le 01-07-2025).
- OMS, 2018, *Fistule obstétricale : faits et chiffres*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- OUATTARA Adama & GASSAMA Fatou, 2017, « Genre et santé maternelle en Afrique de l'Ouest : pratiques et représentations », *Cahiers du genre*, n°63.

PARKER Richard & AGGLETON Peter, 2003, « HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action », *Social Science & Medicine*, vol. 57, n° 1, p. 13–24. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0)

POUZET Catherine, 2012, « La stigmatisation sociale liée à la fistule obstétricale en Afrique subsaharienne », *Revue d'Anthropologie Médicale*, vol. 26, n°1, p. 45–58.

<https://doi.org/10.3917/ram.026.0045> (Consulté le 7-07-2025).

ROUSH Kristin M. & WINSKELL Kate, 2017, « The social stigma of obstetric fistula in Nigeria and Malawi: A qualitative study of women's experiences », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 136, n°3, p. 282–287. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12145> (Consulté le 01-07-2025).

THE FISTULA FOUNDATION, 2020, *Stories of survival: Understanding social stigma and barriers to treatment for women with obstetric fistula*, San Jose (CA), Fistula Foundation.

<https://www.fistulafoundation.org/research/> (Consulté le 7-07-2025).

TRAORÉ Fatoumata, 2019, *Perceptions sociales et vécu des femmes atteintes de fistules obstétricales en Côte d'Ivoire*, Mémoire de master, Université de Bouaké.

TUNÇALP Özge, HINDIN Michelle J., ADU-BONSAFFOH Kwame, ADANU Richard M. K. & DAY Laurie, 2013, « The social consequences of obstetric fistula: Findings from a qualitative study in Ghana », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 123, n°2, p. 167–170. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.06.008> (Consulté le 7-07-2025).

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA), 2011, *Fistula Care: Preventing and treating obstetric fistula*, New York, UNFPA. <https://www.unfpa.org/resources/fistula-care> (Consulté le 7-07-2025).

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA), 2014, *Obstetric fistula in Africa: A call for action*, New York, UNFPA. <https://www.unfpa.org/resources/obstetric-fistula-africa-call-action> (Consulté le 8-07-2025).

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA), 2016, *Obstetric fistula: A preventable tragedy*, New York, UNFPA. <https://www.unfpa.org/resources/obstetric-fistula-preventable-tragedy> (Consulté le 7-07-2025).

- WALL Lewis L., 2006, « Obstetric fistula is a “neglected tropical disease” », *PLOS Neglected Tropical Diseases*, vol. 3, n°1, e176. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0000176> (Consulté le 7-07-2025).
- WALL Lewis L., 2006, « Obstetric fistula: The social context and consequences for women in sub-Saharan Africa », *PLOS Medicine*, vol. 3, n°1, e176. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030176> (Consulté le 7-07-2025).
- WALL Lewis L., KARSHIMA John A., KIRSCHNER Cynthia A. & ARROWSMITH Steven D., 2004, « The obstetric vesicovaginal fistula: Characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 190, n°4, p. 1011–1019. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.10.871> (Consulté le 7-07-2025).
- WILSON Ayisha Y. A. & LEWIS Stella, 2015, « The social meaning of obstetric fistula in Northern Ghana: Women’s narratives of suffering and resilience », *African Journal of Reproductive Health*, vol. 19, n°1, p. 53–61. <https://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/117307> (Consulté le 7-07-2025).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2014, *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*, Genève, WHO. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/obstetric-fistula/en/ (Consulté le 7-07-2025).