

Article

Expérience psychosociale de la fistule obstétricale chez les femmes suivies à l'hôpital fistula de butembo (RD Congo) : étude qualitative

Kasoki Angeline Louange¹, Kavugho Mwengesyalu Imelda¹, Kavugho Munene Asifiwe¹, Paluku Kamili Jean-Paul^{2*}

¹Domaine des Sciences Psychologiques et de l'Éducation, Université de l'Assomption au Congo, B.P. 104, Butembo, République Démocratique du Congo

²Domaine des Sciences de l'Homme et de la Société, Université de l'Assomption au Congo, B.P. 104, Butembo, République Démocratique du Congo

*Correspondant : kamilijeanpaul@uaonline.edu.cd

Abstract: La fistule obstétricale est une complication évitable et traitable de l'accouchement prolongé ou obstrué. Elle entraîne une incontinence urinaire et/ou fécale durable, mais ses effets dépassent largement le domaine biomédical : les femmes touchées vivent souvent la honte, la perte d'estime de soi, l'isolement, la rupture conjugale, la marginalisation économique et une détresse psychologique profonde. Cette étude explore le vécu psychosocial de cinq femmes admises ou suivies à l'Hôpital Fistula de Butembo, en République démocratique du Congo. L'enquête adopte une approche qualitative, fondée sur des entretiens semi-directifs analysés par thématisation réflexive. Les résultats mettent en évidence quatre thèmes majeurs : une souffrance psychologique liée à la perte de contrôle du corps ; une stigmatisation sociale alimentée par l'odeur, l'incontinence et certaines interprétations morales ou spirituelles ; une perturbation du rôle conjugal, maternel et économique ; et des formes de résilience lorsque la prise en charge médicale est associée à l'écoute, au soutien familial et à la réintégration communautaire. L'article soutient que la réparation chirurgicale, bien qu'indispensable, ne suffit pas à restaurer la dignité et la qualité de vie des patientes. Il propose un modèle de prise en charge holistique combinant chirurgie, soutien psychologique, médiation familiale, réinsertion socioéconomique et sensibilisation communautaire.

Mot clés: fistule obstétricale ; vécu psychosocial ; femmes ; stigmatisation ; santé mentale ; Butembo ; réinsertion sociale ; république démocratique du Congo.

Citation : Kasoki, A.L., Kavugho, M.I., Kavugho, M.A., Kamili, P.J.-P. Expérience psychosociale de la fistule obstétricale chez les femmes suivies à l'hôpital fistula de Butembo (RD Congo) : étude qualitative. *Etincelle*. 2026, vol. 26, no. 2. <https://doi.org/10.61532/rime262122>

Reçu : 10 juin 2026

Accepté : 27 juin 2026

Publié : 04 juillet 2026

Note de l'éditeur : Ishango-uac reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les cartes géographiques publiées et les affiliations institutionnelles des auteurs.



copyright: © 2026 par les auteurs. Soumis pour une publication en libre accès selon les termes et conditions de la licence creative commons attribution (cc by) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

La fistule obstétricale demeure l'une des complications les plus douloureuses de la santé maternelle dans les contextes où l'accès aux soins obstétricaux d'urgence reste limité. Elle se manifeste par une communication anormale entre le vagin et la vessie et/ou le rectum, entraînant une fuite continue d'urine, de matières fécales ou des deux. L'Organisation mondiale de la Santé estime que 50 000 à 100 000 femmes développent chaque année une fistule obstétricale et que plus de deux millions de jeunes femmes vivent encore avec une fistule non traitée en Asie et en Afrique subsaharienne (World Health Organization, 2018). L'UNFPA rappelle également que cette affection est liée au travail prolongé ou obstrué sans accès rapide à des soins de qualité, et qu'elle entraîne souvent dépression, isolement social et pauvreté accrue (UNFPA, 2024).

En République démocratique du Congo, la fistule obstétricale s'inscrit dans un ensemble de vulnérabilités : faible accès aux maternités équipées, retards dans la prise

de décision familiale, coûts du transport, pauvreté, insécurité régionale, normes de genre et disponibilité limitée des services spécialisés. À Butembo, l'existence d'un hôpital spécialisé montre que des réponses chirurgicales sont possibles. Toutefois, l'expérience des patientes ne s'arrête pas à la fermeture anatomique de la fistule. La maladie touche le corps, mais aussi la parole, le couple, la famille, l'activité économique, la foi, le regard communautaire et l'identité féminine.

La littérature africaine montre que les femmes vivant avec une fistule sont fréquemment exposées à la honte, à la discrimination, à l'abandon conjugal, à la perte d'estime de soi et à la dépression (Mselle et al., 2011 ; Nduka et al., 2023 ; Duko et al., 2021). Les résultats de travaux récents confirment que la qualité de vie des femmes avec fistule dépend non seulement du résultat chirurgical, mais aussi de l'estime de soi, du soutien familial, du délai de recherche de soins et de la réintégration sociale (Hurissa et al., 2022 ; Bari et al., 2024). Dans ce contexte, l'analyse du vécu psychosocial des femmes suivies à l'Hôpital Fistula de Butembo est nécessaire pour orienter une prise en charge réellement holistique.

2. Problème scientifique, gap et contribution

La fistule obstétricale est une blessure corporelle, mais elle est aussi une blessure relationnelle et identitaire. Nous pouvons distinguer trois niveaux de problème. Premièrement, les soins disponibles sont souvent centrés sur la réparation chirurgicale, alors que la souffrance vécue par les femmes concerne aussi la honte, la solitude, la sexualité, la maternité, le statut social et l'économie familiale. Deuxièmement, les études locales disponibles en RDC documentent surtout les profils cliniques ou obstétricaux, mais moins la manière dont les femmes interprètent leur maladie et reconstruisent leur vie après le diagnostic. Troisièmement, les dispositifs communautaires restent insuffisamment mobilisés pour réduire la stigmatisation et accompagner le retour des patientes dans leur famille et leur communauté.

La question principale est donc : comment les femmes victimes de fistule obstétricale suivies à l'Hôpital Fistula de Butembo décrivent-elles leur vécu psychosocial, et quelles implications ces récits suggèrent-ils pour une prise en charge globale ? Cette formulation est plus cohérente avec une étude qualitative de petit effectif : elle ne prétend pas mesurer une prévalence ni prouver une causalité, mais cherche à comprendre des expériences, des significations et des besoins de soin.

Tableau 1. Positionnement scientifique de l'article

Dimension	Constat dans la littérature ou le terrain	Contribution de l'article
Problème	La fistule est souvent traitée comme une urgence chirurgicale, alors que ses conséquences touchent aussi la santé mentale, la famille et la communauté.	L'article analyse la fistule comme une expérience corporelle, psychique, relationnelle et sociale.
Gap local	Peu de travaux portent sur le vécu subjectif des femmes suivies à Butembo.	L'étude donne une place centrale aux récits de cinq patientes de l'Hôpital Fistula de Butembo.
Gap clinique	La réparation chirurgicale ne garantit pas à elle seule la restauration de la dignité et de la qualité de vie.	L'article propose une prise en charge intégrant psychologie, famille, réinsertion et sensibilisation.
Apport pratique	Les recommandations restent souvent générales.	Un parcours de prise en charge holistique est proposé pour les structures de santé et les acteurs communautaires.

3. Cadre théorique et conceptuel

L'étude s'appuie d'abord sur la théorie du développement psychosocial d'Erikson. Les participantes, âgées de 25 à 60 ans, se situent principalement dans les stades de l'intimité versus isolement et de la générativité versus stagnation. La fistule perturbe l'intimité parce qu'elle fragilise la vie conjugale, sexuelle et affective. Elle perturbe la générativité parce qu'elle affecte le rôle maternel, la contribution économique et le sentiment d'utilité sociale (Erikson, 1963, 1968). Cette mobilisation du cadre eriksonien doit cependant rester prudente : l'étude ne teste pas la théorie ; elle l'utilise comme grille interprétative pour comprendre des ruptures d'identité adulte.

Le deuxième appui conceptuel est la théorie de la stigmatisation. Une femme vivant avec une fuite urinaire ou fécale permanente peut être réduite par l'environnement social à l'odeur, à la souillure ou à une interprétation morale de la maladie. Cette réduction de la personne à un attribut dévalorisant correspond à la logique du stigmate décrite par Goffman (1963). Dans le cas de la fistule, le stigmate agit à plusieurs niveaux : honte intérieure, évitement par autrui, rupture conjugale, perte d'activité, silence et retard dans la recherche de soins.

Enfin, l'article adopte une lecture biopsychosociale et communautaire. La fistule est produite par des déterminants obstétricaux et structurels, mais son vécu dépend aussi du soutien reçu, du regard familial, des ressources économiques, de la qualité de l'accueil hospitalier et de la possibilité de réintégration. Cette approche rejoint les recommandations internationales qui plaident pour des programmes de réhabilitation et de réintégration au-delà de la chirurgie (El Ayadi et al., 2020 ; Nduka et al., 2023).

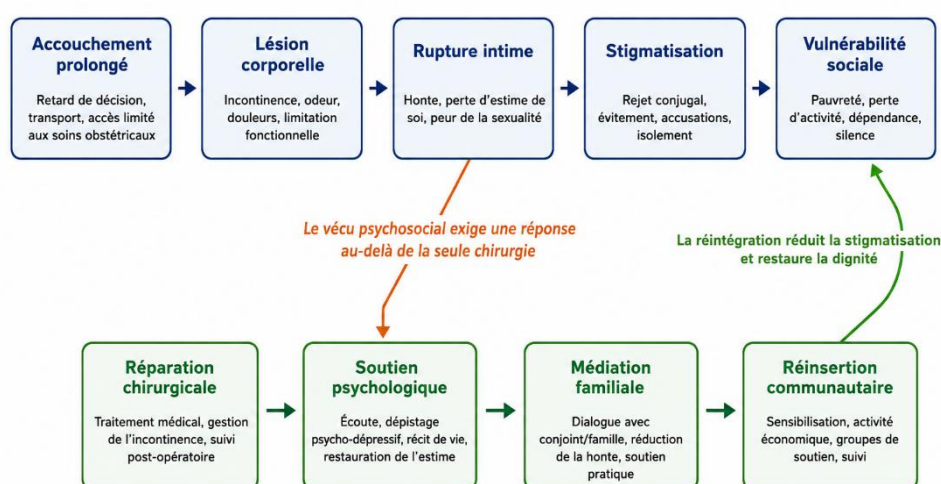


Figure 1. Modèle psychosocial contextualisé du vécu de la fistule obstétricale à Butembo

4. Revue de littérature

4.1. Fistule obstétricale, santé maternelle et justice sociale

La fistule obstétricale est largement évitable lorsque les femmes ont accès à une surveillance prénatale, à un accouchement assisté, à la césarienne d'urgence et à des systèmes de référence efficaces. Elle reste toutefois présente dans les milieux où la pauvreté, les distances, les coûts, les retards décisionnels et la faiblesse des structures de santé créent un risque élevé d'accouchement prolongé non pris en charge (Wall, 2012 ; World Health Organization, 2018). Dans ce sens, la fistule n'est pas seulement une complication médicale : elle révèle des inégalités de genre, de territoire, de revenus et d'accès aux soins.

4.2. Conséquences psychosociales

Les conséquences psychosociales sont bien documentées. Mselle et al. (2011), dans une étude qualitative en Tanzanie, montrent que les femmes vivant avec des lésions sévères de naissance décrivent des expériences de perte, de honte et de dévalorisation. Une revue systématique réalisée au Nigeria rapporte des formes d'ostracisme, d'abandon familial, de discrimination, de dépression, de solitude et de perte d'identité (Nduka et al., 2023). Les données quantitatives disponibles confirment également l'ampleur de la souffrance mentale : une revue systématique et méta-analyse indique une prévalence élevée de la dépression chez les femmes vivant avec une fistule dans des pays africains à faible revenu (Duko et al., 2021).

4.3. Chirurgie, santé mentale et réinsertion

La chirurgie réparatrice est indispensable, mais elle ne règle pas toujours l'ensemble des problèmes. Une étude longitudinale en Éthiopie a montré une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété après réparation chirurgicale, mais les femmes qui continuaient à présenter des fuites restaient plus exposées à la détresse psychologique (Belayihun & Mavhandu-Mudzusi, 2019). Les travaux sur la qualité de vie montrent aussi que le résultat de la réparation, l'estime de soi, le soutien familial et le délai de recours aux soins influencent la récupération globale (Hurissa et al., 2022). Les recherches récentes sur les conséquences économiques de la fistule soulignent que les pertes de revenus, la dépendance financière et les coûts de recherche de soins aggravent la vulnérabilité des patientes (Bari et al., 2024).

5. Méthodologie

Cette étude adopte une approche qualitative, exploratoire et interprétative. Ce choix est adapté à un phénomène sensible, où l'objectif est de comprendre la signification vécue de la maladie plutôt que de produire une mesure statistique. L'étude de cas permet de situer l'expérience des participantes dans le contexte spécifique de l'Hôpital Fistula de Butembo (Yin, 2018).

La population d'étude est constituée de femmes victimes de fistule obstétricale admises ou suivies à l'Hôpital Fistula de Butembo. L'échantillon comprend cinq participantes âgées de 25 à 60 ans. L'échantillonnage a été intentionnel : les participantes ont été retenues parce qu'elles avaient vécu directement la fistule et étaient en mesure de raconter leur expérience. En recherche qualitative, la pertinence de l'échantillon repose moins sur le nombre que sur la richesse et la profondeur des récits recueillis (Denzin & Lincoln, 2018).

Les données ont été collectées au moyen d'entretiens semi-directifs individuels, conduits avec discrétion dans une langue permettant l'expression la plus confortable possible. Le guide d'entretien portait sur l'expérience corporelle de la fistule, les sentiments ressentis, les relations conjugales et familiales, la perception de soi, la vie quotidienne, le soutien reçu et les attentes vis-à-vis des soins. Les entretiens ont été transcrits, anonymisés et analysés selon une analyse thématique inspirée de Braun et Clarke (2006). Les principes COREQ ont guidé la transparence du rapport qualitatif, même si certaines informations restent à compléter avant soumission, notamment la posture du chercheur, les conditions exactes d'entretien et l'autorisation éthique (Tong et al., 2007).

Tableau 2. Synthèse du dispositif méthodologique

Composante	Choix retenu	Justification	Élément à compléter avant soumission
Type d'étude	Étude qualitative de cas	Appropriée pour prendre un vécu sensible en contexte hospitalier.	com-Préciser la période exacte de collecte.

Terrain	Hôpital Fistula de Butembo, Structure spécialisée accueil-Ajouter une brève description institution- Nord-Kivu, RDC	lant des femmes victimes de violence sexuelle autorisée. fistule.
Participant·es	5 femmes âgées de 25 à 60 ans	Échantillon intentionnel censé être représentatif sur la profondeur des réactions, durée de la fistule.
Collecte	Entretiens semi-directifs	Permettre la narration de la souffrance et des besoins de soins. Joindre le guide en annexe si la revue le permet.
Analyse	Analyse thématique réflexive	Identifier les motifs de sens récurrents. Décrire le codage, la validation et la saturation.
Éthique	Consentement, anonymat, dignité, non-malfaisance	Protéger des participantes vulnérables. Ajouter le comité/autorisation et la référence d'approbation.

6. Résultats

L'analyse des entretiens fait ressortir quatre thèmes principaux. Les citations ont été conservées parce qu'elles donnent une voix aux participantes et rendent visible une souffrance souvent tue dans les familles et les communautés.

6.1. Une souffrance psychologique liée à la perte de contrôle du corps

Toutes les participantes évoquent une souffrance intérieure importante. La fuite permanente d'urine ou de selles n'est pas vécue seulement comme un symptôme ; elle est ressentie comme une perte de contrôle de soi, une humiliation intime et une rupture avec l'image antérieure du corps. La tristesse, l'insomnie, la peur du regard des autres et la dévalorisation apparaissent dans les récits.

« Je ne peux plus dormir tranquillement... Même quand les autres dorment, moi je pleure. Je me sens sale. » (Patiente 3, 34 ans)

Cette citation révèle une souffrance qui n'est pas entièrement visible pour le personnel soignant. La douleur principale n'est pas seulement de perdre de l'urine ; elle est aussi de perdre la paix intérieure, le sentiment de propreté, l'estime de soi et parfois l'envie de rencontrer les autres.

6.2. Stigmatisation, rejet social et isolement

Le deuxième thème concerne le rejet social. Trois participantes rapportent un abandon ou une mise à distance par le conjoint ou la belle-famille. D'autres évoquent l'évitement par les voisins ou des interprétations associant la fistule à une malédiction. Le corps malade devient alors un corps socialement suspect, et la patiente se retire pour éviter l'humiliation.

« Quand je marche, on me dit de ne pas m'approcher... même mes enfants ne veulent pas me toucher. » (Patiente 2, 46 ans)

La stigmatisation produit une double peine : la femme souffre de la maladie et souffre d'être traitée comme si elle était responsable, impure ou dangereuse. Ce processus contribue à la solitude, à la dépression et au retard dans la recherche d'aide.

6.3. Perturbation des rôles conjugaux, maternels et économiques

Les récits montrent que la fistule modifie la position de la femme dans son foyer. Certaines ne peuvent plus travailler, cultiver, vendre, participer aux activités quotidiennes ou vivre une intimité conjugale. La maladie fragilise donc les rôles socialement valorisés : épouse, mère, travailleuse, femme active et membre respectée de la communauté.

« Depuis que j'ai cette maladie, je ne travaille plus, je ne cultive plus, mon mari ne me touche plus. » (Patiente 5, 39 ans)

Ce témoignage illustre la dimension économique et conjugale de la fistule. L'incontinence réduit l'autonomie, mais l'abandon et la dépendance financière peuvent prolonger la souffrance même lorsque la patiente accède aux soins.

6.4. Résilience et besoins de reconstruction

Malgré la souffrance, les entretiens ne montrent pas uniquement des trajectoires de désespoir. L'hospitalisation, l'écoute, l'espoir d'une réparation, la présence d'une personne soutenant et la possibilité d'être comprise ouvrent un espace de reconstruction. Les participantes ont besoin d'être soignées, mais aussi d'être réassurées, accompagnées dans le retour au foyer et protégées contre la stigmatisation.

Tableau 3. Matrice thématique des résultats

Thème	Manifestations observées	Citation illustrative	Interprétation clinique	Implication pratique
Souffrance psychologique	Tristesse, insomnie, honte, perte d'estime de soi.	« Je me sens sale » (P3).	La fuite est vécue comme une atteinte à la dignité et à l'identité corporelle.	Dépistage de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires.
Rejet et isolement	Évitement par voisins, enfants, conjoint ou belle-famille.	« On me dit de ne pas m'approcher » (P2).	La stigmatisation transforme la maladie en exclusion sociale.	Sensibilisation familiale et communautaire.
Perturbation des rôles	Arrêt du travail, perte d'activité, rupture sexuelle ou conjugale.	« Je ne cultive plus » (P5).	La fistule menace la générativité et l'utilité sociale.	Réinsertion économique et médiation conjugale.
Résilience	Espoir de guérison, besoin d'écoute, désir de retour social.	Récits de recherche de soutien.	La reconstruction dépend d'un accompagnement global.	Groupes de parole et suivi post-opératoire.

7. Discussion

7.1. La fistule comme rupture corporelle et identitaire

Les résultats confirment que la fistule obstétricale ne peut pas être comprise uniquement comme une lésion anatomique. Elle rompt la continuité entre le corps vécu, le corps social et le corps relationnel. Les participantes ne décrivent pas seulement une incontinence ; elles parlent d'un corps devenu source de honte, d'évitement et de silence. Cette lecture rejoint les travaux de Mselle et al. (2011), qui montrent que les femmes vivant avec des lésions sévères de naissance expriment une expérience de perte profonde, parfois formulée comme une disparition de soi.

7.2. La stigmatisation comme aggravateur de la souffrance

La stigmatisation apparaît comme un mécanisme central. Elle commence dans le regard de l'autre, mais finit par être intériorisée par la patiente : se sentir sale, inutile, maudite ou indigne. Les données de Butembo recoupent la revue systématique de Nduka et al. (2023), selon laquelle les femmes vivant avec une fistule peuvent être ostracisées, abandonnées, discriminées et exposées à la perte d'identité. Dans les contextes où la fécondité, la sexualité et le statut matrimonial sont fortement associés à la valeur sociale de la femme, la fistule devient une atteinte symbolique majeure.

7.3. Pourquoi la chirurgie doit être accompagnée

La réparation chirurgicale reste une priorité clinique. Cependant, les données récentes montrent que l'amélioration de la santé mentale dépend aussi du résultat de la réparation et du soutien reçu. Belayihun et Mavhandu-Mudzusi (2019) ont montré que les symptômes de dépression et d'anxiété diminuent après réparation, mais que les femmes qui continuent à présenter des fuites demeurent plus vulnérables psychologiquement. Cela soutient fortement l'idée d'un accompagnement psychologique avant, pendant et après la chirurgie.

7.4. Apports pour Butembo

À Butembo, l'enjeu est de transformer l'Hôpital Fistula en espace de soins intégrés : réparation, dépistage psychologique, écoute, groupes de parole, médiation familiale, préparation au retour et suivi communautaire. Les résultats suggèrent que les familles doivent être associées au processus de soin, car le retour à domicile peut consolider ou fragiliser la guérison. Les leaders communautaires, religieux et sanitaires peuvent également contribuer à réduire les interprétations culpabilisantes de la maladie.

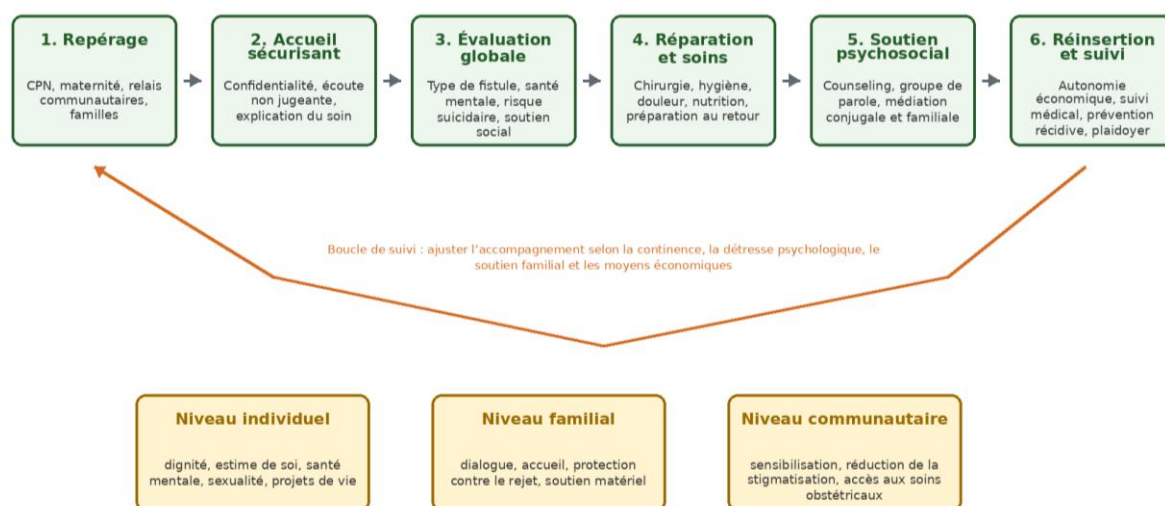


Figure 2. Parcours intégré proposé pour la prise en charge holistique des femmes avec fistule obstétricale

8. Implications pratiques

Tableau 4. Recommandations opérationnelles par acteur

Acteur	Action prioritaire	Justification	Indicateur de suivi possible
Hôpital Fistula	Créer un protocole de dépistage psychologique à l'admission et avant la sortie.	La détresse peut persister même après la chirurgie.	Nombre de patientes dépistées et référées.
Psychologues/assistants sociaux	Mettre en place des séances individuelles et groupes de parole.	La honte diminue lorsque l'expérience peut être racontée sans jugement.	Nombre de séances, satisfaction des patientes.
Familles/conjoints	Organiser une médiation familiale avant le retour à domicile.	Le soutien familial améliore la qualité de vie et réduit l'isolement.	Taux de retour accepté au foyer ou dans un lieu sécurisé.

Autorités sanitaires	Renforcer la prévention obstétricale et le référentiel d'urgence.	La fistule est largement évitable par l'accès aux soins obstétricaux.	Délai moyen d'orientation des accouchements compliqués.
Communauté/églises/médias	Mener des campagnes contre la stigmatisation.	La honte et les croyances culpabilisantes retardent la recherche de soins.	Activités de sensibilisation et changements d'attitudes.
ONG/partenaires	Soutenir la réinsertion économique post-réparation.	La dépendance financière prolonge la vulnérabilité.	Nombre de bénéficiaires ré-insérées.

9. Limites et forces de l'étude

Cette étude présente des limites. L'échantillon de cinq participantes ne permet pas de généraliser les résultats à toutes les femmes vivant avec une fistule à Butembo ou au Nord-Kivu. Les données reposent sur des entretiens auto-déclarés, exposés à la pudeur, à la mémoire sélective et à la désirabilité sociale. Certaines informations utiles ne sont pas encore précisées : durée de la fistule, statut matrimonial détaillé, parité, type de fistule, moment pré- ou post-opératoire, conditions de traduction et profil de l'enquêtrice. Enfin, l'étude n'est pas longitudinale et ne permet donc pas d'évaluer l'évolution du vécu après la réparation.

Malgré ces limites, l'article possède trois forces : il donne la parole à des femmes concernées ; il documente une problématique locale peu étudiée ; et il montre que la réparation chirurgicale doit être articulée à une réponse psychosociale et communautaire. Cette contribution est utile pour les cliniciens, les psychologues, les autorités sanitaires, les ONG et les chercheurs travaillant sur la santé maternelle en contexte fragile.

10. Conclusion

L'étude menée à l'Hôpital Fistula de Butembo montre que la fistule obstétricale est une expérience de souffrance globale. Elle affecte le corps, mais aussi l'estime de soi, les liens conjugaux, la maternité, le travail, la dignité et la position sociale de la femme. Les récits des participantes révèlent une souffrance silencieuse faite de honte, d'isolement, de rejet et de perte de rôle. Ils montrent aussi que la guérison ne peut être pensée uniquement comme fermeture chirurgicale de la fistule. Elle doit inclure la restauration du pouvoir de parler, de se sentir digne, d'être accueillie par les siens et de reprendre une place active dans la communauté.

L'article plaide donc pour une prise en charge holistique : chirurgie réparatrice, soutien psychologique, médiation familiale, groupes de parole, réinsertion économique et sensibilisation communautaire. Une telle approche permettrait non seulement d'améliorer la qualité de vie des patientes, mais aussi de réduire le silence et la stigmatisation autour de la fistule obstétricale à Butembo.

Contributions : Conceptualisation, K.A.L., K.M.I., K.M.A & P.K.J-P.; méthodologie, K.A.L., K.M.I., K.M.A & P.K.J-P.; validation, P.K.J-P. ; investigation, K.A.L., K.M.I., K.M.A & P.K.J-P.; ressources, K.A.L., K.M.I., K.M.A & P.K.J-P.; traitement des données, K.A.L., K.M.I., K.M.A & P.K.J-P. ; écrire le manuscrit, P.K.J-P.; visualisation, K.A.L., K.M.I., K.M.A & P.K.J-P.; supervision, P.K.J-P.; correction du manuscrit, P.K.J-P. Les auteurs ont lu et approuvé la version publiée de ce manuscrit.

Sponsor financier : Cette recherche n'a reçu aucun soutien financier.

Disponibilité des données : Les données ne sont pas disponibles.

Remerciement : Non applicable.

Conflits d'intérêt : Les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

1. Bari, K., Oliver, V. L., Abbas, S., Marthias, T., & Kane, S. (2024). The economic consequences of obstetric fistula: A systematic search and narrative review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 166(1), 238–249. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15370>
2. Belayihun, B., & Mavhandu-Mudzusi, A. H. (2019). Effects of surgical repair of obstetric fistula on severity of depression and anxiety in Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 19, 58. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2045-3>
3. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
4. Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed.). SAGE Publications.
5. Duko, B., Wolka, S., Seyoum, M., & Tantu, T. (2021). Prevalence of depression among women with obstetric fistula in low-income African countries: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 24, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01028-w>
6. El Ayadi, A. M., Painter, C. E., Delamou, A., et al. (2020). Rehabilitation and reintegration programming adjunct to female genital fistula surgery: A systematic scoping review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 148(Suppl. 1), 42–58. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13039>
7. Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). W. W. Norton.
8. Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton.
9. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
10. Hurissa, B. F., Koricha, Z. B., Dadi, L. S., et al. (2022). Quality of life and its predictive factors among women with obstetric fistula in Ethiopia: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 10, 987659. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.987659>
11. Lumbungu Mbungu, D. (2022). Soutien psychosocial et qualité de vie des femmes souffrant de la fistule obstétricale : cas de la Fistula Clinic de Kinshasa, République démocratique du Congo. *Revue Congolaise de Psychologie*, 8(2), 45–59.
12. Mselle, L. T., Moland, K. M., Mvungi, A., Evjen-Olsen, B., & Kohi, T. W. (2011). "I am nothing": Experiences of loss among women suffering from severe birth injuries in Tanzania. *BMC Women's Health*, 11, 49. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-11-49>
13. Nduka, I. R., Ali, N., Kabasinguzi, I., & Abdy, D. (2023). The psycho-social impact of obstetric fistula and available support for women residing in Nigeria: A systematic review. *BMC Women's Health*, 23, 87. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02220-7>
14. Ntabe Namegabe, E., Kasereka, A., & Malemo, L. N. (2016). Profil des patientes opérées pour fistules et prolapsus à HEAL Africa et à l'Hôpital Général de Référence de Beni, Province du Nord-Kivu, RDC. *Revue Médicale des Grands Lacs*, 4(1), 12–20.
15. Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Armand Colin.
16. Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
17. United Nations Population Fund. (2024). *Obstetric fistula*. <https://www.unfpa.org/obstetric-fistula>
18. Wall, L. L. (2012). Preventing obstetric fistulas in low-resource countries: Insights from a Haddon matrix. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 67(2), 111–121. <https://doi.org/10.1097/OGX.0b013e3182438e2b>
19. World Health Organization. (2018). *Obstetric fistula: Facts in pictures*. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula>
20. World Medical Association. (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
21. Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications.