



Open Access Full Text Article

RESEARCH ARTICLE

Vécu des femmes souffrant d'incontinence urinaire au Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé (CHUY)

[Lived experience of women suffering from urinary incontinence at the University Hospital Center of Yaoundé (CHUY)]

Pierre-Marie Tebeu^{1,2,3}

Jesse Saint Saba Antaon^{1,3}

Sandra Edzigui Ndzana⁴

Yvette Nkene Mawamba²

Charles Henry Rochat⁵

¹ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I

² Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé

³ Ligue d'Initiative et de Recherche Active pour la Santé et l'Éducation de la Femme (LIRASEF)

⁴ École des Sciences de la Santé, Université Catholique d'Afrique Centrale (ESS-UCAC)

⁵ Geneva Foundation for Medical Education and Research

Correspondence:

Pierre-Marie Tebeu, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, B.P. 1364, Cameroun

Email:

pmtebeu@yahoo.fr

Article received:

27 March 2020

First response:

13 April 2020

Article accepted:

5 September 2020

Résumé : Cette étude rapporte le vécu des femmes souffrant d'incontinence urinaire (IU) reçues au service de Gynécologie du CHU de Yaoundé. Pour ce faire, une étude qualitative descriptive a été conduite auprès de 12 femmes souffrant d'incontinence urinaire. Les données ont été collectées par des entretiens semi-structurés entre le 25 septembre et le 12 décembre 2013. Les entretiens avec les femmes se sont tenus au domicile pour 11 d'entre elles et au lieu de service pour une autre. Ils ont été enregistrés, transcrits, puis analysés pour rapporter le vécu des femmes souffrant d'IU. Les patientes étaient âgées de 23 à 68 ans, huit étaient mariées, trois célibataires et l'une veuve. Dix avaient atteint le secondaire ou plus. Concernant les croyances étiologiques sur l'incontinence urinaire, la plupart des causes évoquées étaient la vieillesse (1), le diabète (1), la malformation de la colonne vertébrale (1), le sommeil profond (4), l'accouchement (3), le mysticisme (1), l'infection urinaire (1) et le fait de consommer régulièrement de l'eau (1). Pour ce qui est de l'estime de soi, l'incontinence urinaire a amené certaines femmes à se sous-estimer au point de ne plus trouver leur place dans la société, avec une tendance suicidaire observée chez une d'elles. En conclusion, l'IU est mal vécue par les femmes. Il s'avère donc nécessaire de mener des études pour mieux cerner le phénomène au Cameroun.

Mots clés : Incontinence urinaire; Vécu des femmes; Estime de soi.

Abstract: This study reports the lived experience of women suffering from urinary incontinence (UI) managed at the gynecology department of the University Hospital Centre of Yaoundé. A qualitative descriptive study involving 12 women diagnosed with urinary incontinence was conducted. The data were collected through semi-structured interviews between September 25 and December 12, 2013. Women were interviewed at home for 11 participants and at the job site for one of them. Interviews were recorded, transcribed and analyzed to report lived experience of women with UI. Patients were between 23 and 68 years old, eight were married, three were single and one was a widow. Ten had reached high school or more. Regarding etiological beliefs about urinary incontinence, causes mentioned by women were old age (1), diabetes (1), spinal malformation (1), deep sleep (4), childbirth (3), mysticism (1), urinary infection (1), and frequent water drinking (1). In terms of self-esteem, urinary incontinence led to self-underestimation for some patients. One of them even considered suicide as a solution to her condition. To conclude, UI is poorly experienced by women. More studies are required for a better understanding of this phenomenon in Cameroon.

Keywords: Urinary incontinence; Women experience; Self-esteem.

Introduction

L'incontinence urinaire (IU) se définit comme toute perte involontaire d'urines par l'urètre [1]. L'IU a été reconnue officiellement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme maladie depuis 1998 [2]. Sa fréquence est de 15 à 55% chez les femmes de 16 à 71 ans [3-5]. En Afrique sub-saharienne, la prévalence de l'IU varie de 2,8 % à 28,1% [6,7]. La faible prévalence observée dans cette partie du monde peut s'expliquer par la sous-déclaration des cas par la population ainsi que par un défaut de diagnostic par certains professionnels de santé. En outre, l'IU reste peu rapportée et peu documentée en raison de la stigmatisation qui l'entoure [8]. Cette affection est cependant responsable de nombreuses conséquences psychologique et sociales et touche les hommes et les femmes de tout âge [9-11]. Sa prévalence est cependant doublée, voire quadruplée chez les femmes et augmente avec l'âge [12]. La perte involontaire d'urines liée à l'IU peut être associée avec des affections sous-jacentes, telles que les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), les maladies métaboliques, les maladies du tissu conjonctif, les maladies neurologiques et toute maladie augmentant la pression intra-abdominale [4]. Elle peut également avoir un impact négatif significatif sur le bien-être physique, social, économique et psychologique de la patiente [5,13]. Les conséquences sociales peuvent être le divorce, l'exclusion sociale et la stigmatisation. Sur le plan économique, les femmes affectées peuvent perdre leur emploi [9-11].

Certains travaux révèlent que les personnes souffrant d'IU sont peu comprises ou soutenues par les professionnels de santé, ce qui pourrait être dû à une méconnaissance de la maladie [14]. Au Cameroun, malgré les cas d'IU observés en milieu hospitalier, la littérature ne fait état d'aucune étude sur l'épidémiologie ou le vécu de cette affection. La présente étude vise à mieux

comprendre le vécu quotidien des femmes souffrant d'IU et à mieux organiser leur prise en charge ; une prise en charge qui se veut pluridimensionnelle, intégrant ses dimensions psychologiques, sociales et physiques.

Objectif

Rapporter le vécu des femmes souffrant d'IU reçues au service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé (CHUY).

Méthodologie

Cette étude qualitative descriptive a été menée au Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé (CHUY) au Cameroun auprès de femmes affectées d'IU et venues en consultation au service de gynécologie-obstétrique. Nous avons obtenu une autorisation d'enquête de l'administration du CHUY ainsi qu'une clairance éthique du Comité National d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine (CNERSH) (No. 197 AR/MINSANTE/CNERSH/02/13). La population d'étude était constituée de toute femme souffrant d'IU ayant acceptée de participer. Celles qui étaient indisponibles (c.-à-d. numéro de téléphone indisponible/injoignable, refus de répondre à notre questionnaire, muettes ou sourdes) ont été exclues. Le processus de sélection des participantes a consisté en premier lieu à l'identification des dossiers médicaux des patientes portant le diagnostic d'IU (c.-à-d. IU d'urgence, IU d'effort, IU mixte et énurésie nocturne primaire), puis leurs numéros de téléphone ont été relevés dans lesdits dossiers, afin d'entrer en contact avec elles en vue d'obtenir leur consentement et de convenir du choix du lieu d'entretien.

La collecte des données s'est effectuée du 25 septembre au 12 décembre 2013. Comme outils de collecte, nous avons utilisé un guide d'entretien (questionnaire manuscrit, voir en annexe) conçu selon les recommandations du Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Éducation (ROCARE) [15]. Ce guide a été validé par un

comité scientifique du CNERSH lors de l'évaluation du protocole de recherche. Nous avons utilisé un enregistreur de son (c.-à-d. dictaphone). Le guide d'entretien comprenait deux sections, dont une consacrée à l'identification de la participante et l'autre portant sur les éléments du vécu de la maladie. Les informations sur le vécu permettaient de s'enquérir de leurs croyances étiologiques sur l'IU, leur perception de l'estime de soi et des rapports avec leur l'entourage. Les entretiens avec les femmes ont eu lieu dans un endroit calme hors de l'hôpital, choisi par chaque patiente.

Avant l'entretien, nous remettions à chaque femme une « notice d'information » et « une fiche de consentement éclairé » afin qu'elle puisse mieux prendre connaissance de l'objet de l'étude et donner son accord de participation en connaissance de cause. Le consentement verbal préalablement obtenu au téléphone était formalisé par la signature de la fiche de consentement éclairé. Toutes les femmes ont accepté l'usage du dictaphone et tous les entretiens ont été enregistrés. Au cours de l'entretien, le guide servait à recadrer la discussion lorsqu'elle s'écartait du sujet et des notes étaient prises aussi bien par rapport aux gestes qu'aux propos de la patiente conformément aux recommandations du ROCARE et de l'OMS [15-16]. A la fin de l'entretien tenu en langue française, les notes étaient lues à l'enquêtée, afin de vérifier l'exactitude de ses propos. Les entretiens ont été transcrits et sauvegardés sous forme de fichier Word afin de constituer une base de données comme préconisé dans les études qualitatives [17]. Nous avons ensuite procédé au codage ouvert des données pour l'exploration ligne par ligne des textes d'interview. À l'analyse thématique, nous nous sommes limités aux passages avec une signification (c.-à-d. ce qui était en relation avec le vécu d'IU, notamment les croyances étiologiques, l'opinion des enquêtées envers leur estime de soi et l'impact de l'IU sur leurs relations avec leur entourage). Les différents fichiers de transcription de la

base de données ont ainsi été parcourus afin de catégoriser les réponses données par chaque femme aux différentes questions posées dans le guide comme préconisé pour ce type d'étude [15-17]. Nous avons ensuite fait ressortir les spécificités ou régularités des réponses de nos informatrices.

Résultats

Au total, 22 femmes avaient été diagnostiquées avec une IU au service de gynécologie pendant la période d'étude. Nous avons pu en rejoindre 12 qui ont toutes données leur consentement à participer à l'étude. En ce qui concerne le lieu d'entretien, 11 ont opté pour leur domicile et une pour son lieu de service avec comme justification de ne pas vouloir faire marcher l'enquêteur.

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes

Les participantes étaient âgées de 23 à 68 ans. Huit étaient mariées, trois célibataires et l'une veuve. Six d'entre elles avaient atteint le secondaire, quatre le niveau universitaire et deux s'étaient arrêtées au primaire. Le nombre d'années de vie avec l'IU avant la consultation au CHUY variait d'un an à 27 ans avec une médiane de 4 ans (2,5 ans ; 15 ans). S'agissant du type d'IU, il s'agissait de l'IU urgence (n=5), l'IU d'effort (n=4), l'IU mixte (n=2) et l'énurésie nocturne primaire (n=1) (Tableau 1).

Croyances étiologiques des participantes sur l'incontinence urinaire

Concernant la perception des femmes, la plupart des causes avancées pour l'IU étaient la vieillesse (n=1), le diabète (n=1), les malformations de la colonne vertébrale (n=1), le sommeil profond (n=4), l'accouchement normal (n=1), l'accouchement difficile (n=2), le mysticisme (n=1), l'infection urinaire (n=1) et le fait de consommer régulièrement de l'eau (n=1).

Une femme a ainsi évoqué la vieillesse comme cause : « **Je peux mettre en relief l'âge parce que je vois ma mère faire les urines régulièrement dans la nuit, elle a 86 ans. Quand je la vois faire comme ça je me dis que je suis son chemin avec l'âge** ».

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes

Caractéristiques	Personnes interrogées (n=12)
Age	
< 40	5
≥ 40	7
Statut matrimonial	
Célibataire	3
Mariée	8
Veuve	1
Niveau d'étude	
Primaire	2
Secondaire premier cycle	3
Secondaire second cycle	3
Universitaire	4
Occupation principale	
Étudiante	4
Ménagère	1
Secteur informel	3
Salariée	3
Retraitée	1
Région d'origine	
Ouest	8
Centre	1
Sud	1
Littoral	1
Est	1
Religion	
Catholique	8
Adventiste	1
Presbytérienne	2
Nombre d'années de vie avec IU	
Médiane	4 (2,5 ; 15)
Intervalle	
1-4 ans	7
5-10 ans	2
11-27 ans	3
Type d'IU	
IU urgence	5
IU d'effort	4
IU mixte	2
Énurésie nocturne primaire	1

Note : IU=Incontinence urinaire ; Interquartile entre parenthèses.

Une autre patiente l'a attribué au diabète : *« Je me suis dit que c'était les complications du diabète, étant donné que j'en souffre »*. Une patiente a également pensé à l'atteinte de la colonne vertébrale

dont elle a été victime : *« Mon incontinence urinaire est due à une malformation de la colonne vertébrale, parce que j'ai été opérée de la colonne vertébrale ; avant l'opération, j'avais mal à la colonne*

vertébrale et quelques temps après j'avais quelques fuites d'urines, ce n'était pas régulier, c'était juste quelques fuites d'urines. Avec le temps, plus la douleur augmentait, plus la colonne se déformait, plus le nerf de la vessie a été touché ; ce qui fait que les urines ont commencé à couler seules ».

Trois autres femmes ont attribué l'IU à l'accouchement. Une patiente a ainsi déclaré : **« À la longue, en lisant des revues où des femmes s'exprimaient, j'ai été convaincue que c'était mon premier accouchement qui a été à l'origine de ça. J'étais très jeune, j'avais dix-huit ans et le bébé était gros. J'ai dû faire un long travail. C'était difficile ».** Une autre a rapporté que son incontinence urinaire était due au fait d'avoir eu un accouchement difficile qui s'est soldé par une hystérectomie et la mort d'un de ses fœtus : **« Non je n'ai pas attendu, comme j'avais eu un accouchement difficile, si bien qu'on a dû enlever mon utérus et un de mes enfants est même mort. Donc j'étais dans le coma, quand je me réveille en salle de réanimation je ressens que je suis mouillée et j'avais une sonde urinaire. Il me dit ah, comme tu as la sonde urinaire, sûrement ça a bougé, attends je vais changer. Il a acheté une autre sonde, il a remplacé mais je ressentais toujours que j'étais mouillée. Je lui dis mais comment ? Je continue toujours à être mouillée. Il me dit il ne sait pas, en tout cas on va voir après ».** Une femme rapporte quant à elle l'étiologie de son IU à un accouchement normal. Pour elle, l'IU est une conséquence normale de l'accouchement qui se rétablit de manière spontanée : **« Pour un début je ne savais pas que c'était une maladie en tant que tel, je croyais que c'était une conséquence de l'accouchement qui allait disparaître aussitôt ».**

Deux femmes ont donné des étiologies sans lien anatomique ou physiologique. Une femme a évoqué le mysticisme : **« Une fois quand j'étais malade, je suis allée chez mon pasteur, papa Martial ; [...] il a imbibé le coton d'huile d'olive et m'a demandé de**

le mettre dans le vagin. Après cela, je me suis sentie comme une femme enceinte en travail ; comme si quelque chose allait sortir par mon vagin ; [...] je me suis dit : ah tiens ! Donc il y a quelqu'un qui vit dans mon ventre. Ça m'a fait confirmer que ce que j'avais n'était pas médical mais... mystique ». Une autre patiente, énurétique depuis l'enfance, a évoqué le sommeil profond : **« Du moins, mes cousins et moi pensions que c'est dû au sommeil, [...] le fait de dormir très profondément, de s'oublier ».**

Opinion des participantes sur leur estime de soi

Les résultats des entretiens indiquent que l'estime de soi a été affectée chez certaines femmes. Ainsi, une femme a indiqué se sentir inférieure aux personnes de son entourage au point de penser parfois au suicide : **« Je me sens tellement inférieure aux autres. Je me sens mal à l'aise, je me vois comme une handicapée [...]. Parfois j'ai comme l'impression que je ne retrouve pas ma place dans la vie. Je me demande si je n'ai pas fait quelque chose ou alors, si ça continue dans cette lancée peut-être il vaudrait mieux que je ne sois plus là, que je trouve peut-être un moyen de... Parfois à l'instant, si je trouve une poignée de médicaments, je veux les boire, mais après je me ressaisis ».** Chez une autre, la difficulté à trouver un emploi l'a également amené à se sentir inférieure aux autres : **« Moralement tu te sens diminuée parce qu'il y a les choses que tu te dis que tu ne peux pas faire. Déjà avec ce genre de maladie, tu ne peux pas travailler dans une société où il n'y a pas de toilettes ; il faut toujours des endroits où tu peux changer tes serviettes de temps en temps ».** La même patiente se sent diminuée par le fardeau de lavage quotidien des serviettes de protection : **« Le fait même de laver les serviettes tous les jours... C'est pénible ! ».**

Chez les 10 autres femmes, l'estime de soi n'a cependant pas été affectée. L'une d'elles a ainsi déclaré : **« Je n'ai jamais eu à me sous-estimer à cause de ce problème ».** Une autre a rapporté : **« Je suis toujours**

femme, ça ne m'a pas réduite, ça n'a pas réduit quelque chose en moi ». Une a révélé : *« Je ne me compare pas aux gens... Je m'adresse seulement à Dieu ».* Pour une autre : *« Je ne suis pas affectée moralement, car je suis déjà ménopausée. J'ai déjà mes enfants qui sont des grandes personnes ».* L'une d'elles a déclaré que : *« Cette maladie de perte d'urines, ne me dérange pas, car il y a des femmes qui vivent pire que ça. Certaines souffrent de maladies chroniques (diabète) ».* L'une d'elles a affirmé que : *« La perte d'urines est une maladie comme toute autre, je me sens considérée par ma famille, je ne me sens pas gênée, car la maladie peut toucher tout le monde ».*

Impact de l'incontinence urinaire sur les relations avec l'entourage

Les relations avec les personnes qui les entourent ont été déstabilisées chez certaines femmes atteintes d'IU, particulièrement en ce qui concerne la vie conjugale. Les propos de l'une d'elles traduisent cet aspect à suffisance : *« À propos de mon mari, par moment c'était difficile... Pendant les rapports sexuels, ça me faisait mal. Mon mari était fâché... Ça nous faisait des problèmes puisque je n'acceptais pas avoir mal et être en train de faire les rapports [...]. Il nous arrivait parfois de ne pas nous parler pendant 2 à 3 jours ».* Pour une autre, ce sont les relations avec sa belle-famille qui ont été altérées : *« À un certain moment, les gens de ma belle-famille ont demandé à mon mari de me chasser car pour eux, j'étais une mourante ».*

Les relations avec l'entourage sont cependant restées intactes chez les dix autres femmes qui ont même bénéficié du soutien de leurs proches. C'est ainsi qu'une femme a déclaré avoir été motivée par son mari à se rendre à l'hôpital : *« Mon mari me soutenait, c'est lui qui a suivi le Dr X parler de ça (incontinence urinaire) à la radio et il m'a demandé d'aller le consulter au CHU ».* Une autre femme a de son côté déclaré

avoir été aidée financièrement par ses enfants pour sa prise en charge : *« Mes enfants m'ont dit d'aller à l'hôpital et ils m'aident avec l'argent des examens ».*

Discussion

La présente étude constitue la première de ce type au Cameroun et a permis d'identifier le vécu des femmes souffrant d'IU. Elle présente des limites de généralisation comme toute étude qualitative, mais aussi au regard du nombre de perdues de vue selon les archives du CHUY et du billet de temps, l'étude ayant été effectuée il y a près de 7 ans. De même, il aurait pu être pertinent d'interroger les participantes sur leurs besoins en lien avec l'IU. Toutefois, les résultats que nous avons obtenus constituent pour les chercheurs un point de départ en vue du développement de travaux de recherche plus approfondis sur l'IU au Cameroun. Ces travaux pourraient se pencher sur la prévalence, les facteurs associés à l'IU et les besoins de femmes souffrant d'IU.

Les participantes étaient âgées de 23 à 68 ans. Cette observation coïncide avec l'observation empirique selon laquelle l'IU est une affection qui ne touche pas seulement les personnes âgées [3-5]. Elles vivaient en majorité en couple, ce qui est différent de ce qui a été rapporté par d'autres études qui ont trouvé que les relations amoureuses sont souvent altérées avec la recherche de nouvelles partenaires par le mari [18]. Nous n'avons toutefois pas d'arguments à produire pour exclure que ces époux aient adopté des liaisons extraconjugales en rapport avec l'affection de leur épouse.

La perception étiologique de l'IU faisait principalement ressortir le vieillissement, le diabète, l'accouchement et les atteintes neurologiques. Ces facteurs étiologiques concordent avec les données de la littérature qui rapportent des causes comme le dysfonctionnement cognitif, l'affaiblissement fonctionnel, la pharmacothérapie, le tabagisme, la procréation,

l'obésité et les comorbidités coexistantes [19,20]. Bien que cette perception soit pertinente, elle reste empirique, car basée sur l'expérience propre et isolée de ces quelques femmes. Il est ainsi nécessaire de mener des études quantitatives et/ou semi-quantitatives basées sur des échantillons épidémiologiquement représentatifs afin d'évaluer le niveau de connaissances de la population sur l'IU. En outre, deux femmes ont évoqué des causes d'IU non reconnues à l'heure actuelle comme scientifiques, à savoir le mysticisme (c.-à-d. sorcellerie) et le sommeil profond. Concernant le mysticisme, il n'a jamais été évoqué dans aucune étude. Le mysticisme comme cause supposée de l'IU pourrait constituer un sujet de recherche intéressant dans le domaine des sciences sociales telles que l'anthropologie et la sociologie. Quant au sommeil profond perçu comme étiologie de l'IU, il serait associé à la survenue nocturne des fuites urinaires. En fait, dans cette forme d'incontinence urinaire (énurésie), ce n'est pas tant le sommeil profond qui est responsable des fuites urinaires, mais l'immaturation cérébrale paradoxale au regard de l'âge des personnes qui en souffrent [19]. Cette perception étiologique a également été trouvée dans une étude Nigérienne où, dans une communauté rurale, 25% des parents d'enfants énurétiques avaient déclaré comme cause le sommeil profond [11]. Cette perception de mysticisme et de sommeil profond comme causes de l'IU suggère le besoin de campagnes de sensibilisations sur l'IU en insistant sur les causes et les facteurs de risque associés.

L'estime de soi est ici définie comme l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se perçoit, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine [21]. Notre étude rapporte que l'estime de soi a été affectée chez certaines femmes et que l'une d'entre elles a avoué se sentir inférieure aux personnes de son entourage au point de penser au suicide comme solution à sa condition. Cette baisse de l'estime de soi a également été soulevée

dans d'autres études [22,23]. C'est le cas de l'étude de Barghouti et al., menée sur 1001 femmes jordaniennes, où la baisse de l'estime de soi a été notée chez plus de la moitié des participantes (53,7%) [22]. De plus, l'étude de Ratner et al. a rapporté que 22% des enquêtées déclaraient être modérément ou extrêmement inquiètes que l'activité sexuelle entraîne une perte d'urine, associée à une prévalence accrue de détresse sexuelle [9% (6/76) vs. 1,3% (2/216), $p=0,005$] chez les femmes sexuellement actives de plus de 40 ans souffrant d'IU [23]. Il devient donc nécessaire que les psychologues soient impliqués dans la prise en charge des personnes souffrant d'IU.

Les relations avec les personnes de l'entourage ont également été déstabilisées chez certaines femmes. Pour l'une des participantes, sa vie sexuelle a été affectée au point d'altérer la relation avec son mari. Cet impact négatif de l'IU sur la vie sexuelle des patientes a également été observé dans une étude menée par Hayder et al. sur 32 individus (hommes et femmes) souffrant d'IU au Nigeria [18]. Ces auteurs ont affirmé que l'IU avait entraîné des changements négatifs dans la vie sexuelle avec un impact psychologique sur le couple. Pour une autre femme, la relation avec sa belle-famille s'est dégradée. La déstabilisation des relations familiales due à l'incontinence urinaire a également été soulignée au Nigeria [18] ou il en ressortait une perte d'identité du couple, la séparation avec le partenaire et des difficultés à en avoir un nouveau [18]. Ces troubles observés dans la relation des patients avec les personnes de leur entourage seraient liés à la mauvaise perception qu'ont ces dernières de la maladie. La systématisation des causeries éducatives avec les proches du malade s'avère par conséquent importante pour sa prise en charge et son bien-être social.

Il est à noter ici que les résultats que nous avons obtenus pourraient avoir été influencés par le type d'IU dont nos participantes souffrent. Notamment l'IU d'urgence (n=5), l'IU d'effort (n=4), l'IU mixte (n=2) et l'énurésie nocturne primaire (n=1).

Les femmes souffrant d'IU d'urgence sont en effet victimes de perte d'urine sans contrôle. Concernant l'IU d'effort, nous avons documenté une femme qui avait des difficultés lors des rapports sexuels avec son conjoint. Cela peut s'expliquer par les efforts que le couple fournit lors de l'acte sexuel et qui rendent le contrôle de la perte d'urines plus difficile. Cette observation est appuyée par certains auteurs qui soulignent l'existence indiscutable de troubles de la sexualité directement imputables à l'IU d'effort [24].

Conclusion

La baisse de l'estime de soi observée chez certaines femmes et la déstabilisation des relations avec l'entourage dues à l'IU nous conduisent à conclure que cette affection est dans certains cas suffisamment dommageable pour justifier des interventions visant à améliorer leur bien-être. Il s'avère donc nécessaire de mener des campagnes de sensibilisation et des causeries éducatives en vue de faciliter un meilleur vécu de la maladie. Des études sur un échantillon plus large sont toutefois nécessaires pour mieux connaître la problématique de l'IU au Cameroun.

Remerciements

L'équipe de recherche est extrêmement reconnaissante de sa collaboration avec le Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé au Cameroun et témoigne sa gratitude aux participants à cette étude.

Financement

Aucun.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] Abrams P, Artibani W, Cardozo L et al. Reviewing the ICS 2002 terminology report: the ongoing debate. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society* 2009;28:287–287.
- [2] Niang L, Kane R, Ndoye M et al. Urinary incontinence in woman: epidemiologic profile in Sub Saharian countries. *Progrès en urologie: journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie* 2010;20:1213–1216.

- [3] Mallett VT. Female urinary incontinence: what the epidemiologic data tell us. *International journal of fertility and women's medicine* 2005;50:12–17.
- [4] Aigon A, Billecocq S. Prevalence and impact on quality of life of urinary incontinence in an adult population with chronic obstructive pulmonary diseases, literature review. *Progrès en urologie: journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie* 2018;28:962–972.
- [5] Tozun M, Ayranci U, Unsal A. Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of Western Turkey. *Gynecologic and obstetric investigation* 2009;67:241–249.
- [6] Ojengbede OA, Morhason-Bello IO, Adedokun BO et al. Prevalence and the associated trigger factors of urinary incontinence among 5000 black women in sub-Saharan Africa: findings from a community survey. *BJU international* 2011;107:1793–1800.
- [7] Bekele A, Adefris M, Demeke S. Urinary incontinence among pregnant women, following antenatal care at University of Gondar Hospital, North West Ethiopia. *BMC pregnancy and childbirth* 2016;16:333.
- [8] Okunola TO, Olubiyi OA, Omoya S et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in pregnancy in Ikere-Ekiti, Nigeria. *Neurourology and urodynamics* 2018;37:2710–2716.
- [9] Firdolas F, Onur R, Deveci SE et al. Effect of urinary incontinence and its subtypes on quality of life of women in eastern Turkey. *Urology* 2012;80:1221–1226.
- [10] Xu D, Kane RL. Effect of urinary incontinence on older nursing home residents' self-reported quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society* 2013;61:1473–1481.
- [11] Brazell HD, O'Sullivan DM, LaSala CA. Does the impact of urinary incontinence on quality of life differ based on age? *International urogynecology journal* 2013;24:2077–2080.
- [12] Cheater FM, Castleden CM. Epidemiology and classification of urinary incontinence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2000;14:183–205.
- [13] Bardsley A. An overview of urinary incontinence. *British Journal of Nursing* 2016;25:S14–S21.
- [14] Goforth J, Langaker M. Urinary incontinence in women. *North Carolina medical journal* 2016;77:423–425.
- [15] Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Éducation (ROCARE). Extraits de Guides pour la Recherche Qualitative. Disponible au : <https://pdf4pro.com/view/extraits-de-guides-pour-la-recherche-qualitative-5385e6.html>
- [16] Division de la santé mentale, OMS. Recherche qualitative pour les programmes de santé. ROCARE : Extraits de guides pour la Recherche Qualitative. Disponible au : https://www.who.int/mental_health/media/en/250.pdf

[17] Krief N, Zardet V. Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion* 2013;211–237.

[18] Hayder D. The effects of urinary incontinence on sexuality: seeking an intimate partnership. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 2012;39:539–544.

[19] Padmanabhan P, Dmochowski R. Urinary incontinence in women: a comprehensive review of the pathophysiology, diagnosis and treatment. *Minerva ginecologica* 2014;66:469–478.

[20] Melville JL, Wagner LE, Fan M-Y, Katon WJ, Newton KM. Women's perceptions about the etiology of urinary incontinence. *Journal of Women's Health* 2008;17:1093–1098.

[21] Estime de soi. In : *Le petit Larousse de la psychologie*. Larousse Paris; 2016. p. 297-305.

[22] Barghouti FF, Yasein NA, Jaber RM, et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Jordanian women: impact on their life. *Health care for women international* 2013;34:1015–1023.

[23] Ratner ES, Erekson EA, Minkin MJ, Foran-Tuller KA. Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology. *Maturitas* 2011;70:210–215.

[24] Deutsch V, Reyat F, Vincens E, Kane A, Dalmont C, Madelenat P. Incontinence urinaire d'effort et bandelette sous-urétrale: implications sur la sexualité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2008;36:417–421.

Annexe : Outil de collecte des données

Section 1 : IDENTIFICATION

Date :

Code :

Quartier de résidence :

Âge :

Statut matrimonial :

Niveau d'étude :

Occupation principale :

Ethnie d'origine :

Religion :

Section 2 : VÉCU DE LA MALADIE (Incontinence Urinaire)

1)-Est-ce que présentement vous êtes guérie ?

2)-Pouvez-vous nous parler des manifestations de la maladie sur vous ?

3)-À quand remonte l'apparition des symptômes (manifestations) ?

4)-À quoi avez-vous pensé au début des symptômes (manifestations) ?

5)-Qu'avez-vous fait ensuite ?

6)-Comment viviez-vous cette situation ?

7)-Est-ce que moralement vous avez été affectée par cette situation ?

8)-Est-ce que des personnes de votre entourage sont au courant ou savaient que vous souffrez de cette maladie ?

9)-Est-ce que les relations que vous entreteniez avec ces personnes ont changé après la connaissance de votre état ?

10)-À quoi avez-vous pensé concernant la cause de cette incontinence urinaire ?