

Connaissances, Perception Psychosociale et Attitude Thérapeutique des Femmes vis-à-vis de l'Incontinence Urinaire, Fécale et de Gaz, d'Origine Gynéco-Obstétricale

Knowledge, Psychosocial Perception and Therapeutical Attitude about Urinary, Fecal and Flatus Incontinence of Gyneco- Obstetrical Incontinence Origin among Congolese Women

Albin Baraka Munyanderu^{1,2,3,4,5}, Bienvenu Kasereka Syavondere¹, Dieumerici Kaseso⁵, Lucien Wasingya Kasereka^{4,5,6}, Olivier Mumbere Mulisya⁷, Augustin Kanyali^{3,4,5}, Gabriel Muhini Mathe^{4,5}, Janvier Kasereka Kombi⁵, Théophile Kabesha Barhwamire⁸, Patrick Kahindo Muyayalo⁹

Baraka AM, Kasereka BS, Kaseso D, Wasingya LK, Mumbere OM, Kanyali A, Muhini GM, Kasereka JK, Kabesha AT, Kahindo PM. Connaissances, Perception Psychosociale et Attitude Thérapeutique des Femmes vis-à-vis de l'Incontinence Urinaire, Fécale et de Gaz, d'Origine Gynéco-Obstétricale à Butembo, Nord-Kivu, RD Congo. Kivu Medical Journal 2026 ; 4(1), 1-7
<https://doi.org/10.64263/kmj.v4i1.86>

Article reçu : 15-03-2026

Accepté : 25-07-2026

Publié : 29-07-2026

Publisher's Note: KMJ stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2025. Hangi SM et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Correspondance :

Albin Baraka Munyanderu, MD,
Gynécologie et Obstétrique
Email :
bmunyanderu@gmail.com

- 1 Département de Gynécologie et Obstétrique, Centre Hospitalier Mutiri, Butembo, RD Congo.
- 2 Faculté de la Santé, Université Officielle du Ruwenzori, Faculté de Médecine, Butembo, RD Congo.
- 3 Département de Gynécologie et Obstétrique, Faculté de Médecine, Université Catholique du Graben (UCG), Butembo, RD Congo.
- 4 Département de Gynécologie et Obstétrique, Butembo Fistula Hospital, Butembo, RD Congo.
- 5 Fistula Program-DRC, Butembo, RD Congo.
- 6 Institut Supérieur de Techniques Médicales de Kinshasa (ISTM-K), Kinshasa, RD Congo.
- 7 Département de Gynécologie et Obstétrique, Centre Hospitalier FEPSI, Butembo, RD Congo
- 8 Département de Chirurgie, Faculté de Médecine, Université Officielle de Bukavu, RD Congo
- 9 Département de gynécologie et obstétrique, faculté de médecine, université de Kinshasa, RD Congo.

Résumé

Introduction : L'incontinence se définit comme la perte involontaire d'urines, de gaz ou de selles. Cette pathologie est souvent la conséquence d'une fistule génitale et ses conséquences s'observent sur tous les plans : psycho-social, affectif, financier et voire même professionnel. Cette étude visait à décrire les connaissances, la perception psychosociale et l'attitude thérapeutique des femmes vis-à-vis de l'incontinence urinaire, fécale et/ou de gaz d'origine gynéco-obstétricale à Butembo, dans l'Est de la République Démocratique du Congo.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude multicentrique, transversale et descriptive menée auprès de 362 femmes dans cinq structures sanitaires de Butembo entre mars et mai 2024. Les données ont été recueillies par questionnaire structuré et analysées avec le logiciel SPSS version 18.0.

Résultats : Sur les 362 femmes interrogées, 73,4 % ont déclaré connaître la fistule obstétricale. L'accouchement prolongé a été identifié comme cause principale par 59,4 % des répondantes. Par ailleurs, 81,58 % privilégiaient le recours au personnel médical qualifié, tandis que 18,42 % optaient pour les tradipraticiens ou les chefs religieux. L'analyse montre que la croyance en une origine mystique réduit la probabilité de consulter à l'hôpital (OR = 0,18), alors que l'identification du traumatisme obstétrical multiplie cette probabilité par plus de cinq (OR = 5,86). Sur le plan psychosocial, malgré

l'existence d'un soutien familial (96,62 %), la stigmatisation sociale reste intense : 87,97 % des femmes estiment qu'une patiente atteinte de fistule doit se cacher de la société.

Conclusion : Les barrières cognitives et socioculturelles influencent fortement l'attitude thérapeutique des patientes souffrant de fistule obstétricale. La lutte contre le problème de fistule obstétricale nécessite des programmes de déstigmatisation et un accompagnement psychologique renforcé au sein de la communauté.

Mots-clés : Perception psychosociale, Attitude thérapeutique, Incontinence, Fistule obstétricale, Femmes, Butembo, Est de la RDC.

Abstract

Introduction: Incontinence is defined as the involuntary loss of urine, gas, or stool. This condition is often the consequence of a genital fistula, with repercussions observed across multiple dimensions: psychosocial, emotional, financial, and even professional. This study aimed to describe the knowledge, psychosocial perception, and therapeutic attitudes of women toward urinary, fecal, and/or gas incontinence of gynecological origin in Butembo, Eastern Democratic Republic of Congo.

Material and methods: This was a multicenter, cross-sectional, descriptive study conducted among 362 women in five health facilities in Butembo between March and May 2024. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed with SPSS software version 18.0.

Results: Among the 362 women surveyed, 73.4% reported being aware of obstetric fistula. Prolonged labor was identified as the main cause by 59.4% of respondents. Furthermore, 81.58% preferred seeking care from qualified medical personnel, while 18.42% opted for traditional healers or religious leaders. Analysis revealed that belief in a mystical origin reduced the likelihood of hospital consultation (OR = 0.18), whereas identifying obstetric trauma increased this likelihood more than fivefold (OR = 5.86). On the psychosocial level, despite the presence of family support (96.62%), social stigma remained intense: 87.97% of women believed that a patient with fistula should hide from society.

Conclusion: Cognitive and sociocultural barriers strongly influence the therapeutic attitudes of patients suffering from obstetric fistula. Addressing this issue requires destigmatization programs and strengthened psychological support within the community.

Keywords: Psychosocial perception, Therapeutic attitude, Incontinence, Obstetric fistula, Women, Butembo, Eastern DRC

Introduction

L'incontinence se définit comme la perte involontaire d'urines, de gaz ou de selles. Cette pathologie est souvent la conséquence d'une fistule génitale. Par ailleurs, le prolapsus (utérin, cystocèle, rectocèle ou urétérocèle) peut également entraîner une incontinence urinaire dans certains cas. Définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une communication anormale entre

les voies génitales et la vessie et/ou le rectum, la fistule génitale est principalement causée par des complications obstétricales, notamment le travail prolongé. On parle ainsi de fistule obstétricale [1]. Outre les causes obstétricales, d'autres origines (iatrogènes, traumatiques, congénitales ou néoplasiques) existent, bien qu'en proportions moindres [2]. La fistule obstétricale constitue

un problème de santé publique majeur, particulièrement en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est. Se manifestant par une incontinence urinaire, fécale et/ou gazeuse, la fistule a été éliminée dans les pays développés mais persiste en Afrique subsaharienne [3]. Malgré sa prévalence persistante, la sensibilisation au sein de la population dans les régions reculées demeure faible. La maladie reste souvent méconnue, et sa symptomatologie invalidante pousse fréquemment les patientes à l'isolement [4].

La République Démocratique du Congo (RDC) est particulièrement touchée, avec une proportion élevée de cas rapportés tant en milieu urbain que rural [5–7]. Au-delà de l'aspect médical, cette affection entraîne des conséquences psychosociales désastreuses dues à la perception stigmatisante de la population. En effet, l'incontinence permanente provoque souvent une odeur ammoniacale caractéristique, source d'une stigmatisation sévère. Dans de nombreuses communautés ignorant les causes réelles, la femme victime de fistule est perçue comme maudite ou fautive. Cela aggrave son isolement et peut conduire à l'abandon, voire à l'exclusion de la vie socio-économique. Ce phénomène affecte gravement la santé mentale (dépression, perte d'estime de soi, idéations suicidaires) et influence l'itinéraire thérapeutique des patientes [8,9].

Les barrières à la prise en charge ne sont pas uniquement financières ou géographiques ; elles sont aussi cognitives et culturelles. La honte, la culpabilité et la méconnaissance de la curabilité de la maladie jouent un rôle déterminant dans la décision de consulter.

À l'Est de la RDC, et spécifiquement dans la ville de Butembo, la prévalence de la fistule génitale est documentée, mais les programmes de réparation et les campagnes de sensibilisation y sont encore récents. Peu d'études ont exploré les connaissances, les perceptions psychosociales et les attitudes thérapeutiques des femmes dans ce milieu.

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'objectif principal de notre recherche : décrire les connaissances, la perception psychosociale et l'attitude thérapeutique des femmes vis-à-vis de l'incontinence urinaire, fécale et/ou gazeuse d'origine gynéco-obstétricale en ville de Butembo. Plus spécifiquement, il s'agit d'identifier le niveau de connaissance de la maladie, d'analyser les représentations sociales associées et de déterminer les facteurs influençant la décision de recourir aux soins médicaux.

Matériel et Méthodes

Type, période et cadre d'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique, transversale et descriptive. La collecte des données s'est déroulée sur une période de trois mois, du 1er mars au 31 mai 2024. L'étude a été menée au sein de cinq formations sanitaires (FOSA) de la ville de Butembo, province du Nord-Kivu, en République Démocratique du Congo (RDC) : l'Hôpital Général de Katwa, l'Hôpital Général de Kitatumba, l'Hôpital Matanda, le Centre Hospitalier Mutiri et le Butembo Fistula Hospital.

Population d'étude

Critères d'inclusion : Ont été incluses toutes les femmes présentes dans l'une des cinq structures durant la période d'étude, qu'elles soient venues pour une consultation, un accouchement ou en qualité de garde-malades ou de visiteuses. Ces femmes pouvaient avoir une connaissance préalable ou non de l'incontinence urinaire, fécale et/ou de gaz d'origine gynéco-obstétricale.

Critères d'exclusion : Ont été exclues les femmes n'ayant pas donné leur consentement libre et éclairé pour participer à cette étude.

Collecte des données

L'équipe d'enquêteurs était composée de 11 membres : un superviseur principal et deux enquêteurs affectés à chaque structure sanitaire. Avant le début de la collecte, les enquêteurs ont bénéficié d'une formation standardisée portant sur la méthodologie de recueil et sur les notions cliniques générales relatives à l'incontinence d'origine gynéco-obstétricale. Lors de l'entretien, l'enquêteur présentait individuellement les objectifs de l'étude ainsi que les définitions cliniques des différents types d'incontinences (gaz, selles ou urines) en recourant, si nécessaire, à la langue locale. Après obtention du consentement verbal, les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré comprenant des questions ouvertes et fermées.

Analyses statistiques

Les données ont d'abord été enregistrées sur des fiches de collecte papier, puis encodées et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Considérations éthiques.

Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'Éthique sous le numéro UNIGOM/CM/007/2022. Avant

l'administration du questionnaire, chaque participante a été soumise à une demande de consentement préalable, libre et éclairé.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques de la population

Sur un total de 362 femmes interrogées, 73,4 % (n = 266) ont déclaré avoir une connaissance préalable de l'incontinence urinaire, fécale et/ou de gaz d'origine gynéco-obstétricale, tandis que 26,6 % (n = 96) n'en avaient jamais entendu parler. La population d'étude se caractérisait par une prédominance de femmes âgées de plus de 35 ans (62,71 %), l'âge de l'échantillon variant entre 16 et 75 ans. Sur le plan éducatif, plus de la moitié des répondantes (56,35 %) possédaient un niveau d'instruction secondaire, contre seulement 6,35 % ayant atteint le niveau supérieur. Concernant les activités professionnelles, la catégorie regroupant le commerce et d'autres emplois était la plus représentée (53,87 %), suivie par les ménagères (35,08 %). L'analyse statistique montre que seul l'âge présente une association significative avec la connaissance de la pathologie (p=0,044), contrairement au niveau d'étude ou à la profession. (Tableau I)

Tableau I : Paramètres sociodémographiques de la population d'étude (N = 362)

Variable	Connaissance /Fistule		Total N (%)	p
	Oui n (%)	Non n (%)		
Âge (années)	Min : 16 ans Max : 75 ans			0,044
< 17 ans	0 (0,00)	2 (2,08)	2 (0,55)	
17 – 35 ans	95 (35,71)	38 (39,58)	133 (36,74)	
> 35 ans	171 (64,29)	56 (58,33)	227 (62,71)	
Niveau d'étude				0,893
Analphabète	30 (11,28)	9 (9,38)	39 (10,77)	
Primaire	70 (26,32)	26 (27,08)	96 (26,52)	
Secondaire	148 (55,64)	56 (58,33)	204 (56,35)	
Supérieur	18 (6,77)	5 (5,21)	23 (6,35)	
Profession				0,507
Salariée	29 (10,90)	38 (39,58)	40 (11,05)	
Ménagère	89 (33,46)	47 (48,96)	127 (35,08)	
Autres	148 (55,64)	11 (11,46)	195 (53,87)	

Connaissances étiologiques et manifestations cliniques

Parmi les 266 femmes connaissant la maladie, l'accouchement prolongé a été identifié comme la cause principale par 59,4 % des répondantes.

Les autres traumatismes obstétricaux ont été cités par 34,96 % d'entre elles, tandis qu'une minorité (5,64 %) attribuait encore la pathologie à une origine mystique ou divine. Sur le plan des signes cliniques, l'incontinence

urinaire isolée est la manifestation la plus largement reconnue (56,02 %). L'incontinence mixte, touchant à la fois les urines, les selles et les gaz, a été identifiée par 25,56 % des participantes. En revanche, la reconnaissance des formes isolées d'incontinence fécale (9,4 %) ou gazeuse (7,89 %) reste marginale. En cas de survenue de la pathologie, 81,58 % des femmes privilégiaient un recours thérapeutique vers un personnel médical qualifié ou un gynécologue. Toutefois, 18,42 % des répondantes optaient pour des circuits non conventionnels, incluant les tradipraticiens et les agents religieux. En termes de moyens curatifs, la chirurgie (seule ou associée à des médicaments) est le mode de traitement le plus connu (59,77 %), bien que 16,16 % des femmes croient encore en l'efficacité des produits traditionnels et des prières.

Tableau II : Étiologies, manifestations et perceptions thérapeutiques

Variables	Fréquence	Pourcentage(%)
Conception Etiologique		
Accouchement prolongé	158	59,40
Autre traumatisme obstétrical	93	34,96
Origine mystique ou autre	15	5,64
Type d'incontinence connue		
Urinaire	149	56,02
Fécale	25	9,40
Gazeuse	21	7,89
Mixte (urines, selles et gaz)	68	25,56
Inconnu	3	1,13
Recours thérapeutique préférentiel		
Personnel médical qualifié	217	81,58
Tradipraticiens / Religieux	49	18,42
Moyens de traitement connus		
Chirurgie seule	95	35,71
Chirurgie et médicaments	64	24,06
Produits traditionnels et prières	43	16,16
Médicaments seuls	38	14,29
Aucun moyen connu	26	9,77

Perceptions psychosociales et stigmatisation

L'étude met en lumière une dualité dans la perception sociale de la maladie. D'un côté, le cercle familial est perçu comme un espace de confiance, 96,62 % des femmes estimant indispensable d'informer leur famille de leur état de santé. De l'autre, la stigmatisation sociale est extrêmement forte : 87,97 % des répondantes considèrent que la femme atteinte d'incontinence doit se cacher de la société.

Enfin, bien que l'idée du divorce soit majoritairement rejetée (72,18 %), une proportion non négligeable de 27,82 % des femmes perçoit la séparation conjugale comme une conséquence inévitable de cette pathologie. Les idéations suicidaires liées à la maladie restent rares, rapportées par 1,88 % des participantes.

Tableau III : Attitudes psychosociales face à l'incontinence

Variables	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Informar la famille de son état		
Oui	257	96,62
Non	9	3,38
Nécessité de divorcer		
Oui	74	27,82
Non	192	72,18
Idéations suicidaires		
Oui	5	1,88
Non	261	98,12
Sentiment de stigmatisation		
Oui	234	87,97
Non	32	12,03

Attitude thérapeutique et facteurs d'influence

Il révèle que l'identification de l'accouchement prolongé comme cause de la maladie multiplie par plus de cinq la probabilité de consulter à l'hôpital (OR = 5,86 ; IC95% [1,59-21,53]). À l'inverse, la perception d'une origine mystique réduit significativement cette probabilité de recours médical (OR = 0,18 ; IC95% [0,04-0,74]).

Tableau IV : Facteurs influençant l'attitude thérapeutique positive (Recours à l'hôpital)

Variable	Total (N)	Recours hôpital (n)%	OR	IC à 95%
Niveau d'étude				
Supérieur	18	18 100,0	1	--
Primaire	148	141 95,27	1,27	[0,43 - 3,72]
Secondaire	70	65 92,86	0,63	[0,20 - 2,13]
Aucun	30	28 93,33	0,75	[0,17 - 5,16]
Conception Étiologique				
Accouchement prolongé	158	155 98,10	5,86	[1,59 - 21,53]
Autre traumatisme	93	85 91,40	0,38	[0,12 - 1,13]
Cause mystique	15	12 80,00	0,18	[0,04 - 0,74]
Type d'incontinence				
Urinaire	149	140 93,96	0,69	[0,22 - 2,13]
Fécale	25	23 92,00	0,60	[0,14 - 4,19]
Gazeuse	21	20 95,24	1,12	[0,13 - 9,01]
Mixte	68	66 97,06	2,13	[0,46 - 9,76]

Discussion

Nous avons interrogé au total 362 femmes, parmi lesquelles 73,4% (n=266) ont rapporté avoir une

connaissance sur la fistule obstétricale et 26,6 % (n=96) ont rapporté n'avoir jamais entendu parler de fistule obstétricale. Ceci est une proportion plus ou moins élevée, montrant un taux de sensibilisation satisfaisant dans la région de Butembo. Près de la moitié des femmes interrogées avaient 36 ans et plus 227 (n= 62,71). L'âge minimum était de 17 ans et l'âge maximum de 75 ans. Le niveau d'instruction secondaire était aussi dominant à 56,35 %, (n=204) (Tableau I). La littérature rapporte que le manque de scolarisation contribue de manière significative à la méconnaissance de la pathologie, comme cela a été observé par Tebeu et al. dans la région de Maroua au Cameroun, où les femmes sans connaissance préalable de la fistule étaient majoritairement analphabètes [10]. Cependant, notre étude n'a pas été révélée une dépendance statistique entre le niveau d'étude et la connaissance de la fistule (P=0,8934) (Tableau I).

Quant à la conception étiologique de la fistule et le recours aux soins, il y'avait une identification prédominante (59,40 %, n=158) de l'accouchement prolongé comme cause principale de la fistule obstétricale (Tableau II). Ceci témoigne d'une intégration progressive de la sensibilisation sur la fistule et de messages de santé maternelle. Cette reconnaissance est fondamentale, car le travail obstructif reste la cause de 76 % à 97 % des fistules dans les pays en développement [11]. Toutefois, la persistance de causes « mystiques » rapportées par (5,64 %, n=15) des femmes (Tableau II), bien que minoritaire, reste un aspect à prendre en considération. L'analyse statistique révèle une corrélation importante : la croyance en une origine mystique réduit drastiquement la probabilité de consulter un médecin (OR= 0,18 avec IC= 0,05-0,74) (Tableau IV). Ce constat suggère que la barrière au traitement n'est pas seulement financière ou géographique, mais aussi cognitive. Tant que la pathologie est perçue comme un sortilège ou une punition divine, la chirurgie est perçue comme inefficace ou inappropriée, au profit des tradipraticiens et des pasteurs, consultés par 18,42 % des femmes (Tableau II).

À l'inverse, l'identification du traumatisme obstétrical (travail prolongé) comme cause principale multiplie par 5 la probabilité de consultation hospitalière pour un problème de fistule (OR = 5,86 avec I=1.59 – 25.53) (Tableau IV). Ce constat rejoint la littérature scientifique sur le sujet, notamment Wall et al. soulignant que la fistule n'est pas

qu'un problème médical, mais un problème de santé publique global où l'isolement social et les perceptions communautaires jouent un rôle majeur dans la chronicité de la maladie [12].

D'autre part, en ce qui concerne la clinique de la maladie, il existe un contraste frappant à propos de types d'incontinences connues par les femmes dans notre étude. Tandis que (56,02 %, n=149) des femmes rapportent connaître l'incontinence urinaire, les incontinences fécales (9,40 %, n=25) et gazeuses (7,89 %, n=21) sont largement ignorées. Cette méconnaissance peut contribuer à ce que les fistules recto-vaginales soient diagnostiquées avec un retard important. Il semble, par ailleurs, que les formes digestives (fistules recto-vaginales) entraînent une stigmatisation et un isolement plus profonds que les formes purement urinaires. Cette honte renforcée pousse la patiente à se cacher davantage, retardant ainsi le recours à la chirurgie. Cette analyse corrobore les résultats de l'étude de Paluku et al. (2024), qui montre une connaissance des fistules génito-digestive basse (4.7%, n=22) au sein de la population des femmes au Nord-Kivu en général [13]. D'un autre part, le Tableau III révèle une contradiction frappante dans l'attitude de nos répondantes. Un taux de 87,97 % des répondantes estiment que la patiente avec fistule doit se cacher de la société.

Cependant, quant au besoin de communication, 96,62 % considèrent en même temps qu'il est indispensable d'informer la famille. Celle-ci est vue comme un dernier rempart de soutien, alors que la société est perçue comme un espace de jugement où la dignité de la femme est compromise par la maladie. La fistule n'est pas vécue comme une simple maladie, mais comme une déchéance de la dignité sociale de la femme. Comparativement, l'étude Tebeu et al. au Cameroun montrait qu'une femme sur trois pensait qu'il fallait se cacher, un chiffre nettement inférieur aux 87 % de Butembo [10]. Cette différence suggère que la pression sociale et le poids des traditions pourraient être plus intenses dans l'Est de la RDC, ou que la perception de l'odeur et de la souillure y est plus fortement associée à une perte de statut moral.

Dans le Tableau IV, l'analyse des déterminants de l'attitude thérapeutique révèle que la décision de consulter en milieu hospitalier est moins influencée par le niveau d'instruction que par les représentations étiologiques de la

maladie. Le facteur le plus déterminant reste la perception de la cause de la fistule. Nos résultats montrent que l'identification de l'accouchement prolongé comme étiologie principale multiplie par plus de cinq la probabilité de consulter à l'hôpital (OR = 5,86 ; IC95% [1,59-21,53]). Ce constat corrobore les travaux de Wall et al., qui soulignent que la perception de la maladie par la communauté est un levier ou un frein majeur à la prise en charge [9]. À l'inverse, la croyance en une origine mystique (sortilège ou punition divine) agit comme un frein majeur, réduisant drastiquement cette probabilité (OR = 0,18 ; IC95% [0,04-0,74]). Cette corrélation démontre que la barrière aux soins est aussi cognitive, plutôt que seulement géographique ou financière. En effet, tant que la pathologie est perçue comme un phénomène surnaturel, la chirurgie est jugée inappropriée, orientant les patientes vers des circuits non conventionnels tels que les tradipraticiens.

Concernant les manifestations cliniques, bien que l'incontinence mixte (urines, selles et gaz) présente un Odds Ratio élevé (OR = 2,13) pour le recours hospitalier, les intervalles de confiance larges suggèrent que la gravité perçue des symptômes ne garantit pas systématiquement une démarche thérapeutique plus rapide.

À propos des sources d'information, l'influence des églises (OR = 1,50) sur l'attitude thérapeutique est notable, bien que non statistiquement significative dans cet échantillon. Cela souligne l'importance d'intégrer les leaders communautaires et religieux dans les programmes de déstigmatisation pour transformer la perception sociale de l'incontinence. Cependant, le personnel médical reste une référence.

Conclusion

Notre recherche a étudié la connaissance, la perception et l'attitude thérapeutique des femmes de la ville de Butembo vis-à-vis de l'incontinence d'origine gynéco-obstétricale. Bien que le niveau de connaissance global soit encourageant (73,4 %), une dualité persiste entre la compréhension biomédicale et les représentations socioculturelles de la maladie.

L'identification de l'accouchement prolongé comme étiologie principale favorise le recours aux soins spécialisés. Par ailleurs, la persistance de croyances liées à une origine mystique ou divine constitue une barrière cognitive majeure, pouvant détourner une partie des

femmes vers des circuits de soins non conventionnels, tels que les tradipraticiens et les leaders religieux. Sur le plan psychosocial, le cercle familial reste l'espace privilégié de communication (96,62 %). Toutefois, le poids de la stigmatisation demeure extrêmement lourd, poussant près de 88 % des femmes à considérer l'isolement social comme une nécessité. Cette perception souligne l'urgence de renforcer non seulement l'accès technique à la chirurgie, mais aussi l'accompagnement psychologique et la déstigmatisation au sein de la communauté.

Sources de financement : Aucun

Conflits d'intérêt : Aucun

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Fistule Obstétricale. OMS 2018.
2. Paluku JL, Sikakulya FK, Furaha CM, Kamabu EM, Aksanti BK, Tsongo ZK, et al. Epidemiological, anatomoclinical, and therapeutic profile of obstetric fistula in the Democratic Republic of the Congo: About 1267 patients. *Trop Med Int Health* 2024;29:266–72. <https://doi.org/10.1111/tmi.13969>.
3. Adler AJ, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. Estimating the prevalence of obstetric fistula: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013;13:246. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-246>.
4. Paluku JL, Furaha CM, Kataliko BK, Kamabu EM, Aksanti BK, Lwanzo CM, et al. Connaissance de la fistule obstétricale chez les femmes en âge de procréer dans la province du Nord-Kivu, République Démocratique du Congo. *Kivu Medical Journal* 2024;2:1–9.
5. Paluku JL, Furaha CM, Bartels SA, Aksanti BK, Kataliko BK, Kasereka JM, et al. Obstetric vesico-uterine fistula in nine reference hospitals in the Democratic Republic of the Congo: epidemiological, clinical, and therapeutic aspects. *BMC Womens Health* 2024;24:309. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03124-w>.
6. Nsambi JB, Mukuku O, Yunga J-DF, Kinenkinda X, Kakudji P, Kizonde J, et al. Fistules obstétricales dans la province du Haut-Katanga, République Démocratique du Congo: à propos de 242 cas. *The Pan African Medical Journal* 2018;29. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.29.34.14576>.
7. Paluku JL, Carter TE. Obstetric vesico-vaginal fistulae seen in the Northern Democratic Republic of Congo: a descriptive study. *Afr Health Sci* 2015;15:1104–11. <https://doi.org/10.4314/ahs.v15i4.8>.
8. Kafri R, Kodesh A, Shames J, Golomb J, Melzer I. Depressive symptoms and treatment of women with urgency urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2013;24:1953–9. <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2116-9>.
9. Wall LL. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *Lancet* 2006;368:1201–9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69476-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69476-2).
10. P-M Tebeu, Bernis L de, Boisrond L, Le Duc A, Abera A, Rochat CH. Connaissance, attitude et perception vis-à-vis des fistules obstétricales par les femmes camerounaises. Une enquête clinique conduite à Maroua, capitale de la province de l'extrême Nord du Cameroun. *Progrès En Urologie* 2008;18:379–89.
11. Semere L, Nour NM. Obstetric Fistula: Living With Incontinence and Shame. *Rev Obstet Gynecol* 2008;1:193–7.
12. Wall LL. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *Lancet* 2006;368:1201–9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69476-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69476-2).
13. Paluku JL, Aksanti BK, Furaha CM, Kalole BK, Kataliko BK, Kamabu EM, et al. Knowledge of obstetric fistula and its associated factors among reproductive age women in North Kivu Province (Democratic Republic of the Congo): A community-based cross-sectional study. *Womens Health (Lond)* 2025;21:17455057251396257. <https://doi.org/10.1177/17455057251396257>.