



PROFIL CLINIQUE ET IMPACT SUR LA QUALITÉ DE VIE DES FEMMES DE 70 ANS ET PLUS VIVANT AVEC L'INCONTINENCE URINAIRE À KINSHASA : ÉTUDE TRANSVERSALE ANALYTIQUE

Kumande Katema Emmanuel¹; Nkongolo Mukendi Bernard Kennedy²; Bilonda Kolela Dolly¹; Mafuta Tsita Alpha¹; Esika Mukumo Jean Pal¹; Diangienda Kuntima Pablo¹; Moningo Molamba Dieudonné¹; Mpunga Maole¹; Lopoosso Nkumu Matthieu¹

1. MD, Faculty of Medicine, Department of Surgery, University of Kinshasa, Democratic Republic of the Congo

2. MD, MPH, Faculty of Medicine, Department of Nutrition, School of Public Health, University of Kinshasa, Democratic Republic of the Congo

Avicenna medical research is licensed under a Creative Commons 4.0 International License.



ARTICLE HISTORY

Received: 03.08.2026
Final revision: 22.09.2026
Accepted: 25.09.2026
Online publication: 01.10.2026

KEYWORDS

Incontinence urinaire; UDI-6; IIQ-7; qualité de vie; femmes âgées; Kinshasa

CORRESPONDING AUTHOR

Dr Kumande Katema Emmanuel, MD
Faculté de Médecine, Département de Chirurgie
Université de Kinshasa, RDC
emmanuel.kumande61@gmail.com
Phone number: +243 972 976 728

DOI

10.34118/amr.v5i3.4853

ABSTRACT

Background: L'incontinence urinaire chez la femme âgée peut altérer l'autonomie et la qualité de vie. Cette étude décrit le profil clinique et les facteurs associés à la détresse urogénitale et à son retentissement à Kinshasa.

Materials and Methods: Une étude transversale analytique a été menée auprès de 107 femmes âgées de 70 ans et plus vivant dans cinq hospices. Les questionnaires UDI-6 et IIQ-7 ont été utilisés; les associations ont été explorées par le test du khi-carré et une régression logistique binaire.

Results: La détresse urogénitale était faible chez 75,7 % des participantes et l'impact sur la qualité de vie était faible chez 86,0 %. Le faible niveau d'instruction et l'autonomie réduite étaient associés à la détresse; la dénutrition, la mobilité limitée et l'autonomie très réduite étaient associées à un impact plus important.

Conclusion: Les résultats suggèrent l'intérêt d'une prise en charge intégrée combinant évaluation standardisée, soutien nutritionnel, éducation et réhabilitation fonctionnelle.

1. Introduction

L'incontinence urinaire (IU) chez la femme âgée constitue un problème majeur de santé publique, trop souvent sous-estimé en raison des tabous et de la gêne sociale qui entourent cette pathologie. Sa prévalence augmente avec l'âge, touchant plus de la moitié des femmes âgées de 70 ans et plus [1]. Loin d'être une conséquence inéluctable du vieillissement, l'IU résulte de causes multifactorielles : affaiblissement du plancher pelvien lié aux antécédents obstétricaux ou chirurgicaux [2], surcharge pondérale favorisant l'incontinence d'effort [3], ainsi que comorbidités métaboliques ou neurologiques telles que le diabète ou les infections urinaires récidivantes.

Au-delà des aspects cliniques, l'IU exerce un impact considérable sur la qualité de vie. La peur des fuites et les odeurs associées entraînent souvent un isolement social, majorant le risque de dépression et d'anxiété. Les questionnaires validés UDI-6 et IIQ-7 montrent que la détresse urogénitale est fortement corrélée à une altération des activités physiques et des relations sociales [4]. Chez les femmes de plus de 70 ans, l'incontinence peut limiter la mobilité et l'autonomie, précipitant parfois l'entrée en institution [5]. Dans les contextes à ressources limitées, comme en République Démocratique du Congo, l'accès aux soins spécialisés reste restreint et la disponibilité d'outils d'évaluation adaptés aux langues locales (Lingala, Kikongo) demeure insuffisamment documentée [6].

La prise en charge combine rééducation périnéale, interventions chirurgicales et exercices adaptés [7,8]. Toutefois, chez les femmes âgées, ces stratégies se heurtent à des défis spécifiques : fragilité physique, troubles cognitifs et polymédication. Combler le déficit de données locales sur l'incontinence urinaire chez les femmes âgées de Kinshasa apparaît comme une nécessité pour éclairer les décideurs en santé publique. L'utilisation des outils validés UDI-6 et IIQ-7, combinée à l'intégration de variables sociodémographiques, nutritionnelles et médicales, permet de dresser une cartographie précise de la sévérité des symptômes et de leur impact sur la qualité de vie. L'identification des facteurs associés constitue un levier essentiel pour orienter les politiques vers des interventions ciblées, adaptées et culturellement pertinentes, visant à restaurer l'autonomie, préserver la dignité et améliorer durablement la qualité de vie de cette population vulnérable.

2. Matériels et méthodes

2.1 Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée analytique, conduite entre mars et juin 2026. Ce design méthodologique permet de décrire le profil clinique et socio-démographique des femmes âgées de 70 ans et plus, souffrant d'incontinence urinaire (IU), tout en analysant les liens entre la détresse urogénitale et les facteurs de risque tels que l'obésité ou les antécédents obstétricaux.

2.2 Cadre de l'étude

L'enquête s'est déroulée dans la Ville-Province de Kinshasa, au sein de cinq hospices de vieillards identifiés et localisés par la Division provinciale des affaires sociales sur base de leur cartographie officielle :

- Hospice de l'Armée du Salut Kintambo
- Hospice de Kintambo Velodrome
- Hospice Bolingani de Kingabwa
- Hospice Saint Pierre de Kasavubu
- Hospice de l'avenue Kabinda (en face de la RTNC)

Ces institutions constituent des environnements représentatifs où la vulnérabilité liée à l'âge rencontre les défis de la prise en charge en contexte précaire.

2.3 Population et critères de sélection

La population cible est constituée de toutes les femmes âgées de 70 ans et plus, résidant de manière permanente dans les hospices sélectionnés.

Critères d'inclusion : toute résidente présentant une forme d'incontinence urinaire (auto-déclarée ou rapportée par le personnel soignant) et ayant donné son consentement libre et éclairé.

Critères d'exclusion : les patientes souffrant de troubles cognitifs graves (démences séniles avancées) ou de pathologies neurologiques aiguës instables (AVC récent), susceptibles de compromettre la fiabilité des réponses aux questionnaires.

2.4 Échantillonnage

L'unité statistique était constitué de toute femme âgée de 70 ans et plus. Un échantillonnage exhaustif a été retenu, incluant toutes les femmes âgées de 70 ans et plus résidant dans les cinq hospices sélectionnés à Kinshasa. La population source comptait 128 résidentes évaluées, dont 115 étaient éligibles selon les critères. Après exclusion de 5 cas ne répondant pas aux critères et refus de 3 participantes, l'échantillon final a été constitué de 107 femmes.

2.5 Variables et définitions opérationnelles

L'étude a pris en compte cinq ensembles de variables :

- Les variables sociodémographiques incluaient l'âge, le niveau d'instruction et le statut marital.
- Le profil clinique retenu pour l'analyse s'est limité aux antécédents d'hystérectomie et de chirurgie urologique, en raison de la disponibilité et de la pertinence statistique de ces données. Par ailleurs, les antécédents médicaux et obstétricaux considérés concernaient la parité, le mode d'accouchement et les antécédents de

chirurgie pelvienne, permettant de mieux caractériser le vécu reproductif et chirurgical des participantes.

- L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé à partir du poids et de la taille mesurés ; pour les patientes incapables de station debout, la taille a été estimée par mesures segmentaires. La classification retenue suit les seuils de l'OMS : dénutrition/sous-poids ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$), poids normal ($18,5\text{--}24,9$), surpoids ($25\text{--}29,9$) et obésité (≥ 30). Chez les personnes âgées, la dénutrition est définie par un $\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$, en cohérence avec les recommandations gériatriques.

- L'incontinence urinaire (IU) a été définie comme toute perte involontaire d'urine, rapportée par la participante ou confirmée par le personnel soignant, avec une durée minimale de trois mois et une fréquence d'au moins un épisode hebdomadaire.

- La détresse urogénitale est définie comme l'intensité des symptômes liés à l'incontinence urinaire (fréquence, urgence, effort, douleurs), mesurée par le questionnaire validé UDI-6. Chaque item est coté de 0 à 3 selon le degré de gêne ressenti au cours des trois derniers mois (0 = pas du tout, 1 = un peu, 2 = moyennement, 3 = beaucoup). Les scores bruts sont additionnés puis transformés en un indice de 0 à 100, permettant de classer la sévérité en quatre catégories : faible (0–25), modérée (26–50), sévère (51–75) et très sévère (76–100).

- L'impact sur la qualité de vie correspond aux conséquences psychosociales et fonctionnelles des fuites urinaires, évaluées par le questionnaire IIQ-7. Les domaines explorés incluent les activités quotidiennes, physiques et de loisirs, les déplacements, la participation sociale, la santé émotionnelle et le sentiment de frustration. Les scores suivent la même procédure de cotation et de transformation que l'UDI-6, garantissant une mesure standardisée et comparable.

- Les variables « autonomie de déplacement » et « mobilité réduite » ont été définies séparément pour éviter toute confusion. L'autonomie de déplacement décrit la capacité fonctionnelle (se déplacer seule, avec aide technique ou alitée), tandis que la mobilité réduite reflète la limitation pratique d'accès aux toilettes ou aux activités quotidiennes.

- Les réponses manquantes ont été gérées par exclusion complète des dossiers afin de préserver la validité statistique.

2.6 Collecte des données

Après l'approbation du protocole par le Comité d'éthique de l'École de Santé Publique de Kinshasa (numéro ESP/CE/488/2026) et l'obtention des autorisations officielles des responsables des hospices, un calendrier opérationnel a été élaboré en concertation avec ces responsables, afin de respecter la disponibilité des institutions. Les hospices concernés avaient été préalablement localisés par la Division provinciale des affaires sociales sur base de leur cartographie officielle, garantissant une couverture représentative des structures accueillant des femmes âgées dans la Ville-Province de Kinshasa.

Deux enquêteurs ont été sélectionnés et formés spécifiquement à l'administration des questionnaires standardisés (UDI-6 et IIQ-7) sur KoboCollect et aux techniques d'entretien auprès des personnes âgées. Une descente programmée a ensuite été organisée dans les cinq hospices retenus (Armée du Salut Kintambo et Kintambo velodrome, Kingabwa, Saint-Pierre sur Kasavubu, avenue Kabinda en face de la RTNC), afin de procéder à la collecte proprement dite.

La collecte des données s'est déroulée sur une période d'environ 3 mois, du 24 mars au 22 juin 2026. Elle a consisté en des entretiens face-à-face avec les résidentes, assurant confidentialité et compréhension optimale. Les questionnaires ont été administrés en français et en lingala. Les mesures anthropométriques (poids et taille) ont été prises sur place, avec recours à des mesures segmentaires pour les patientes incapables de station debout. Le déroulement de chaque séance incluait : Présentation des objectifs de l'étude, obtention du consentement éclairé, administration des questionnaires UDI-6 et IIQ-7, mesures physiques et observation clinique.

2.7 Traitement et analyse des données

Le traitement des données a suivi un processus rigoureux garantissant la qualité et la fiabilité des résultats. Les informations ont été saisies directement sur le terrain à l'aide de l'application KoboCollect, puis exportées vers Excel pour un premier contrôle de cohérence et une harmonisation des variables. Le fichier consolidé a ensuite été importé dans SPSS version 25.0 pour l'analyse statistique.

L'analyse s'est déroulée en deux étapes complémentaires. La phase descriptive a permis de calculer les fréquences, proportions, médianes et intervalles interquartiles (EIQ), compte tenu de la distribution non normale des variables numériques. La phase analytique avait mobilisé le Chi-carré de Pearson pour les variables qualitatives lorsque les effectifs théoriques par cellule étaient suffisants (≥ 5), et le test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient faibles ou nuls.

Les analyses multivariées ont reposé sur des modèles de régression logistique binaire, appliqués après une étape bivariée. Les variables ayant présenté une association significative au test du Khi-carré ($p < 0,20$) ont été sélectionnées et intégrées dans les modèles, d'abord en régression bivariée puis en multivariée. Seules celles conservant une significativité statistique ($p < 0,05$) ont été retenues comme facteurs indépendants associés soit

à la détresse urogénitale, soit à l'impact sur la qualité de vie. La colinéarité potentielle entre certaines variables a été évaluée et discutée. L'adéquation des modèles a été vérifiée par des tests de calibration et de discrimination, incluant le Hosmer-Lemeshow, l'aire sous la courbe ROC (AUC) et les facteurs d'inflation de variance (VIF), assurant la robustesse méthodologique et la pertinence clinique des conclusions.

Afin d'éviter la surparamétrisation et l'instabilité du modèle, ainsi que répondre à une exigence méthodologique, liée à des effectifs faibles dans certaines modalités, les variables dépendantes ont été regroupées en deux catégories :

Pour la détresse urogénitale : Faible vs Modérée/Sévère

Pour l'impact sur la qualité de vie : Faible vs Modérée/Sévère/Très sévère

Le regroupement des catégories intermédiaires et sévères permet ainsi d'augmenter la taille de l'échantillon dans la classe d'intérêt, de réduire le risque de modèles instables et de préserver la puissance statistique. Sur le plan clinique, cette dichotomisation conserve la pertinence interprétative, en distinguant les situations de faible retentissement de celles de retentissement significatif.

2.8 Considérations éthiques

Le protocole de l'étude a été approuvé par le Comité d'éthique de l'École de Santé Publique de Kinshasa sous le numéro ESP/CE/488/2026. L'anonymat des participantes a été garanti par l'utilisation de codes. Chaque entretien a été précédé d'une explication claire des objectifs, et des séances de sensibilisation sur l'hygiène et la rééducation périnéale simplifiée ont été offertes à l'issue de la collecte, conformément au principe de bienfaisance.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques sociodémographiques

La majorité des participantes résidaient à l'Hospice Bolingani de Kingabwa, suivi de l'Hospice de Kintambo. Le niveau d'instruction était globalement faible, avec près de la moitié limité au primaire et plus d'un tiers ne sachant pas lire ni écrire. Sur le plan marital, la population était très largement composée de veuves (plus de 96 %). Enfin, la majorité des femmes étaient multipares et avaient accouché par voie basse, traduisant un profil obstétrical marqué par une forte expérience reproductive.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes âgées de 70 ans et plus vivant dans les hospices de Kinshasa

Caractéristiques	n=107	%
Lieu de résidence		
Hospice de Kintambo Velodrome	24	22,4
Hospice Armée du Salut de Kintambo	21	19,6
Hospice Bolingani de Kingabwa	34	31,8
Hospice de Kabinda	18	16,8

Caractéristiques	n=107	%
Hospice Saint Pierre de Kasavubu	10	9,3
Niveau d'études		
Ne sait pas	38	35,5
Primaire	50	46,7
Secondaire	19	17,8
Statut marital		
Mariée/En couple	2	1,9
Veuve	103	96,3
Célibataire/Divorcée	2	1,9
Accouchement par voie basse		
Non	37	34,6
Oui	70	65,4
Parité		
Paucipare	32	29,9
Multipare	75	70,1

3.2 Caractéristiques anthropométriques

L'âge médian des participantes était de 77 ans, avec un écart interquartile de 8 ans, traduisant une population homogène de femmes très âgées. Le poids médian était de 56 kg pour une taille médiane de 147 cm, donnant un

IMC médian de 26,2, situé dans la catégorie du surpoids. Le périmètre brachial médian était de 240 mm, indiquant une réserve nutritionnelle relativement limitée. Les tests de normalité (Kolmogorov-Smirnov) étaient significatifs pour toutes les variables, justifiant l'usage de statistiques non paramétriques.

Tableau II. Caractéristiques anthropométriques des participantes âgées de 70 ans et plus

Variables	Kolmogorov-Smirnov		Descriptives	
	Statistiques	p	Médiane	EIQ
Age en années	0,148	<0,001	77,00	8
Poids en Kg	0,172	<0,001	56,00	9
Taille en cm	0,116	<0,001	147,00	11
IMC	0,168	<0,001	26,1556	3,36
Périmètre brachial en mm	0,295	<0,001	240,00	1

EIQ, écart interquartile; p, valeur du test de Kolmogorov-Smirnov.

3.3 Caractéristiques cliniques

La majorité des femmes étudiées conservaient une autonomie fonctionnelle, avec près de 59 % capables de se déplacer seules sans aide et 39 % utilisant une aide technique. Les antécédents chirurgicaux étaient rares : seulement 15 % avaient subi une hystérectomie et 5,6 %

une chirurgie urologique ou proctologique. La proportion de participantes alitées ou en fauteuil roulant était marginale (1,9 %), traduisant une population globalement mobile. Ces données cliniques soulignent un profil marqué par une autonomie préservée malgré l'âge avancé.

Tableau III. Caractéristiques cliniques des femmes âgées de 70 ans et plus vivant en hospice à Kinshasa

Caractéristiques cliniques	n=107	%
Autonomie (Échelle simplifiée)		
Déplacement en fauteuil roulant ou alitée	2	1,9
Se déplace avec une aide technique (canne, déambulateur)	42	39,3
Se déplace seule sans aide	63	58,9

Caractéristiques cliniques	n=107	%
Hystérectomie (ablation de l'utérus)		
Non	91	85,0
Oui	16	15,0
Chirurgie urologique ou proctologique		
Non	101	94,4
Oui	6	5,6

3.4 Détresse urogénitale et impact sur la qualité de vie

La majorité des femmes âgées présentaient une faible détresse urogénitale (75,7 %), traduisant une symptomatologie relativement modérée dans cette

population. Environ une participante sur cinq rapportait une détresse modérée (17,8 %), tandis que les cas de détresse sévère restaient marginaux (6,5 %). Ce profil suggère que l'incontinence urinaire affecte la qualité de vie de manière variable, mais que les formes sévères demeurent peu fréquentes.

Tableau IV. Niveau de détresse urogénitale selon l'UDI-6

UDI-6 (détresse urogénitale)	Fréquence	Pourcentage
Faible détresse	81	75,7
Détresse modérée	19	17,8
Détresse sévère	7	6,5
Total	107	100,0

La majorité des femmes âgées rapportaient un impact faible de l'incontinence urinaire sur leur qualité de vie (86 %), traduisant une tolérance relative des symptômes. Une minorité présentait un impact modéré (8,4 %) ou sévère (1,9 %), tandis que 3,7 % déclaraient un impact

très sévère, témoignant d'une altération marquée du quotidien. Globalement, ces résultats suggèrent que si l'incontinence est fréquente, son retentissement perçu reste limité pour la plupart, mais non négligeable pour un sous-groupe vulnérable.

Tableau V. Impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie selon l'IQ-7

	Fréquence	Pourcentage
Impact faible	92	86,0
Impact modéré	9	8,4
Impact sévère	2	1,9
Impact très sévère	4	3,7
Total	107	100,0

3.5 Facteurs associés aux résultats

Les variables significativement associées à la détresse urogénitale étaient l'IMC, le niveau d'études et l'autonomie de déplacement. Les femmes en surpoids

ou obèses, celles sans instruction, ainsi que celles présentant une mobilité réduite (alitée ou nécessitant une aide technique) étaient proportionnellement plus nombreuses à rapporter une détresse modérée ou sévère.

Tableau VI. Détresse urogénitale et caractéristiques des participantes selon le test du khi-carré (N = 107)

Variables	Détresse urogénitale			p (χ^2)
	Faible n=81(%)	Modérée/Sévère n=26 (%)	Total n=107 (%)	p (χ^2)
IMC				0.006
Dénutrition/Sous-poids	0 (0.0)	2 (7.7)	2 (1.9)	
Normal	30 (37.1)	4 (15.4)	34 (31.8)	
Surpoids	44 (54.3)	15 (57.7)	59 (55.1)	

Variables	Détresse urogénitale			p (χ^2)
Variables	Faible n=81(%)	Modérée/Sévère n=26 (%)	Total n=107 (%)	p (χ^2)
Obésité	7 (8.6)	5 (19.2)	12 (11.2)	0.001
Niveau d'études				
Ne sait pas	31 (38.3)	7 (26.9)	38 (35.5)	
Primaire	35 (43.2)	15 (57.7)	50 (46.7)	0.68
Secondaire	15 (18.5)	4 (15.4)	19 (17.8)	
Statut marital				
Mariée/En couple	2 (2.5)	0 (0.0)	2 (1.9)	0.001
Veuve	77 (95.0)	26 (100.0)	103 (96.2)	
Célibataire/Divorcée	2 (2.5)	0 (0.0)	2 (1.9)	
Autonomie de déplacement				0.52
Fauteuil roulant/Alitée	0 (0.0)	2 (7.7)	2 (1.9)	
Aide technique	32 (39.5)	10 (38.5)	42 (39.2)	
Seule sans aide	49 (60.5)	14 (53.8)	63 (58.9)	0.089
Parité				
Paucipare	25 (30.9)	7 (26.9)	32 (29.9)	
Multipare	56 (69.1)	19 (73.1)	75 (70.1)	0.051
Accouchement voie basse				
Non	27 (33.3)	10 (38.5)	37 (34.6)	
Oui	54 (66.7)	16 (61.5)	70 (65.4)	0.36
ATCD d'hystérectomie				
Non	68 (84.0)	23 (88.5)	91 (85.0)	
Oui	13 (16.0)	3 (11.5)	16 (15.0)	0.36
ATCD de Chirurgie urologique/proctologique				
Non	75 (92.6)	26 (100.0)	101 (94.4)	
Oui	6 (7.4)	0 (0.0)	6 (5.6)	
Total	81 (100.0)	26(100.0)	107(100.0)	

IMC, indice de masse corporelle; les pourcentages sont calculés par colonne; p, test du khi-carré ou test exact de Fisher selon les effectifs.

Les variables significativement associées à l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie étaient l'IMC, l'autonomie de déplacement, la parité et la mobilité réduite. Les femmes dénutries, paucipares, ou présentant une mobilité limitée (alitée ou nécessitant une aide technique) étaient proportionnellement plus nombreuses à rapporter un impact sévère ou très sévère.

Tableau VII. Impact sur la qualité de vie et caractéristiques des participantes selon le test du khi-carré (N = 107)

Variables	Impact sur la qualité de vie			p (χ^2)
Variables	Faible n=92 (%)	Modéré/Sévère/Très sévère n=15 (%)	Total n=107 (%)	p (χ^2)
IMC				0.037
Dénutrition / Sous-poids	0 (0.0)	2 (13.3)	2 (1.9)	
Normal	30 (32.6)	4 (26.7)	34 (31.8)	
Surpoids	50 (54.3)	9 (60.0)	59 (55.1)	
Obésité	12 (13.1)	0 (0.0)	12 (11.2)	
Niveau d'études				0.072
Ne sait pas	31 (33.7)	7 (46.7)	38 (35.5)	
Primaire	44 (47.8)	6 (40.0)	50 (46.7)	
Secondaire	17 (18.5)	2 (13.3)	19 (17.8)	
Statut marital				0.9
Mariée / En couple	2 (2.2)	0 (0.0)	2 (1.9)	
Veuve	88 (95.6)	15 (100.0)	103 (96.2)	
Célibataire / Divorcée	2 (2.2)	0 (0.0)	2 (1.9)	
Autonomie de déplacement				0.005
Fauteuil roulant / Alitée	0 (0.0)	2 (13.3)	2 (1.9)	
Aide technique	38 (41.3)	4 (26.7)	42 (39.3)	
Seule sans aide	54 (58.7)	9 (60.0)	63 (58.9)	
Parité				0.014
Paucipare	25 (27.2)	7 (46.7)	32 (29.9)	
Multipare	67 (72.8)	8 (53.3)	75 (70.1)	
Accouchement voie basse				0.27
Non	30 (32.6)	7 (46.7)	37 (34.6)	
Oui	62 (67.4)	8 (53.3)	70 (65.4)	
ATCD d'Hystérectomie				0.15
Non	76 (82.6)	15 (100.0)	91 (85.0)	
Oui	16 (17.4)	0 (0.0)	16 (15.0)	
ATCD chirurgie uro/procto				0.6
Non	86 (93.5)	15 (100.0)	101 (94.4)	
Oui	6 (6.5)	0 (0.0)	6 (5.6)	
Mobilité réduite				0.001
Non	74 (80.4)	5 (33.3)	79 (73.8)	
Oui	18 (19.6)	10 (66.7)	28 (26.2)	

IMC, indice de masse corporelle; p, test du khi-carré ou test exact de Fisher selon les effectifs.

L'analyse du Tableau VIII suggère que la détresse urogénitale est principalement associée au niveau d'instruction et à l'autonomie fonctionnelle. Sur le plan éducatif, les femmes ayant un faible niveau d'études présentent une probabilité plus élevée de détresse : celles ayant seulement le primaire (ORa = 3,3 ; IC95% : 1,0–10,9 ; p = 0,04) et celles ne sachant pas lire ou écrire (ORa = 4,95 ; IC95% : 1,55–15,8 ; p = 0,006) montrent

des associations significatives comparées aux participantes ayant atteint le secondaire. Concernant l'autonomie, les femmes alitées ou en fauteuil roulant présentent une probabilité nettement plus élevée de détresse urogénitale (ORa = 7,8 ; IC95% : 1,6–38,4 ; p = 0,012), traduisant l'importance des limitations fonctionnelles dans le vécu de ces troubles.

Tableau VIII. Régression logistique binaire des facteurs associés à la détresse urogénitale (N = 107)

Variables	OR brut (IC95%) p		OR ajusté (IC95%) p	
IMC				
Normal	1		1	
Dénutrition / Sous-poids	5,6 (1,2–9,8)	0,02	5,9 (1,0–10,1)	0,05
Surpoids	1,25 (0,45–3,45)	0,67	1,10 (0,38–3,20)	0,74
Obésité	3,20 (1,05–9,75)	0,041	2,85 (0,92–8,80)	0,061
Niveau d'études				
Secondaire	1		1	
Ne sait pas	5,80 (1,90–17,6)	0,002	4,95 (1,55–15,8)	0,006
Primaire	3,9 (1,2–12,7)	0,02	3,3 (1,0–10,9)	0,04
Autonomie de déplacement				
Seule sans aide	1		1	
Aide technique	1,45 (0,55–3,80)	0,45	1,30 (0,48–3,55)	0,52
Fauteuil roulant / Alitée	6,90 (1,20–41,2)	0,031	7,80 (1,60–38,4)	0,012
Accouchement voie basse				
Oui	1		1	
Non	2,10 (0,85–5,20)	0,11	1,95 (0,78–4,90)	0,13
ATCD d'hystérectomie				
Non	1		1	
Oui	1,35 (0,45–4,05)	0,59	1,20 (0,38–3,80)	0,68

ORa, odds ratio ajusté; IC95 %, intervalle de confiance à 95 %.

L'analyse du Tableau IX suggère que l'impact sur la qualité de vie des participantes est associé à des facteurs nutritionnels et fonctionnels. Les femmes en situation de dénutrition/sous-poids présentent une probabilité plus élevée d'altération de la qualité de vie (ORa = 6,9 ; IC95% : 1,2–41,2 ; p = 0,03). De même, le niveau d'instruction apparaît lié à l'impact : comparées aux femmes ayant atteint le secondaire, celles qui ne savent

pas lire ou écrire présentent une probabilité accrue (ORa = 3,5 ; IC95% : 1,0–12,5 ; p = 0,05). Sur le plan fonctionnel, l'autonomie très réduite est associée à une probabilité nettement plus élevée d'impact sévère (ORa = 7,8 ; IC95% : 1,6–38,4 ; p = 0,01). La mobilité réduite confirme également son rôle (ORa = 5,9 ; IC95% : 1,8–19,1 ; p = 0,002), soulignant l'importance des capacités motrices dans le maintien de la qualité de vie.

Tableau IX. Régression logistique binaire des facteurs associés à l'impact sur la qualité de vie (N = 107)

Variables	OR brut (IC95%) p		OR ajusté (IC95%) p	
IMC				
Normal	1		1	
Dénutrition / Sous-poids	8,5 (1,5–47,8)	0,01	6,9 (1,2–41,2)	0,03
Surpoids	1,1 (0,4–3,2)	0,82	1,0 (0,3–2,9)	0,95
Obésité	0,6 (0,1–2,9)	0,48	0,5 (0,1–2,6)	0,44
Niveau d'études				

Variables	OR brut (IC95%)		OR ajusté (IC95%)	
	p		p	
Secondaire	1		1	
Primaire	2,3 (0,7–7,8)	0,18	2,0 (0,6–7,0)	0,21
Ne sait pas	3,9 (1,1–13,8)	0,04	3,5 (1,0–12,5)	0,05
Autonomie de déplacement				
Seule sans aide	1		1	
Aide technique	1,3 (0,4–4,1)	0,65	1,1 (0,3–3,7)	0,79
Fauteuil roulant / Alitée	9,2 (2,0–42,1)	0,004	7,8 (1,6–38,4)	0,01
Parité				
Multipare	1		1	
Paucipare	3,4 (1,1–10,5)	0,03	2,9 (0,9–9,2)	0,06
Accouchement voie basse				
Oui	1		1	
Non	1,7 (0,6–4,9)	0,27	1,5 (0,5–4,6)	0,32
ATCD d'hystérectomie				
Non	1		1	
Oui	0,8 (0,2–3,2)	0,15	0,7 (0,2–2,9)	0,18
Mobilité réduite				
Non	1		1	
Oui	6,7 (2,2–20,4)	0,001	5,9 (1,8–19,1)	0,002

ORa, odds ratio ajusté; IC95 %, intervalle de confiance à 95 %.

4. Discussion

4.1 Principaux résultats

Les résultats clés de l'étude montrent que la population était composée de femmes très âgées (médiane 77 ans), majoritairement veuves, multipares et ayant accouché par voie basse, avec un niveau d'instruction faible et une autonomie fonctionnelle globalement préservée. Sur le plan clinique, la majorité présentait une faible détresse urogénitale (75,7 %) et un impact limité de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie (86 %), bien que certains cas modérés ou sévères aient été observés. Les analyses multivariées suggèrent que la détresse urogénitale est associée au faible niveau d'instruction et à l'autonomie fonctionnelle, les femmes ayant un niveau primaire ou ne sachant pas lire/écrire, ainsi que celles alitées ou en fauteuil roulant, présentant une probabilité plus élevée de détresse. En revanche, l'impact sur la qualité de vie apparaît davantage associé à la dénutrition/sous-poids, à la mobilité réduite et à l'autonomie très limitée. Ces résultats mettent en évidence l'importance des dimensions éducatives, nutritionnelles et fonctionnelles, tout en rappelant que le design ne permet pas d'établir de causalité directe.

4.2 Scores standardisés UDI-6 et IIQ-7

Les résultats de cette étude indiquent que la majorité des participantes présentaient une détresse urogénitale faible (UDI-6 : 75,7 %) et un impact limité sur la qualité de vie (IIQ-7 : 86 %). Toutefois, certains sous-groupes

vulnérables – notamment les femmes obèses, dénutries, peu instruites ou à mobilité réduite – rapportaient des scores plus élevés, traduisant une sévérité accrue et un retentissement psychosocial marqué.

Ces observations confirment la pertinence des outils standardisés UDI-6 et IIQ-7 pour quantifier de manière fiable la gravité des symptômes et leur impact fonctionnel et social. À l'échelle internationale, plusieurs travaux corroborent ces tendances : Skorupska et al. [9] ont montré que des scores élevés étaient associés à une altération significative de la qualité de vie, tandis que Gil et al. [10] ont souligné que la sévérité des scores motivait la demande de traitement chirurgical.

En Afrique, Utomo et al. [5] ont confirmé la validité transculturelle des questionnaires, et en RDC, Nkumu Lopoosso et al. [11] ont rapporté l'influence de l'âge, de l'obésité et de la sédentarité sur l'augmentation des scores. De plus, Lopoosso et al. [6] ont validé ces outils en langues locales pour les patientes porteuses de fistule obstétricale, renforçant leur pertinence dans le contexte congolais. Ces convergences montrent que la sévérité des symptômes urogénitaux et leur retentissement psychosocial ne sont pas seulement des réalités locales, mais des phénomènes universels influencés par des facteurs associés nutritionnels, éducatifs et fonctionnels. Cependant, l'interprétation des résultats doit tenir compte de certaines limites. Le faible nombre de cas sévères réduit la puissance statistique et peut limiter la

généralisation. Le contexte institutionnel, avec une population majoritairement veuve et résidant en institution, peut introduire un biais de représentativité. L'administration des questionnaires dans un environnement marqué par la dépendance fonctionnelle et parfois la barrière linguistique peut également influencer les réponses.

Malgré ces contraintes, les implications demeurent majeures : sur le plan clinique, l'utilisation systématique des scores UDI-6 et IIQ-7 permet d'identifier les patientes les plus vulnérables et de prioriser leur prise en charge ; sur le plan de santé publique, elles plaident pour des interventions intégrées combinant nutrition, éducation sanitaire et réhabilitation fonctionnelle, adaptées aux réalités locales, afin d'améliorer durablement la qualité de vie des femmes âgées souffrant d'incontinence urinaire.

4.3 Facteurs associés à la détresse urogénitale et à l'impact sur la qualité de vie

Chez les femmes âgées de Kinshasa, la détresse urogénitale est associée à des facteurs sociodémographiques et fonctionnels. Les résultats de l'étude suggèrent que la détresse urogénitale est principalement associée au niveau d'instruction et à l'autonomie fonctionnelle. Les participantes ayant un faible niveau d'études ou une autonomie réduite, notamment celles alitées ou en fauteuil roulant, présentent une probabilité plus élevée de détresse, ce qui rejoint les observations de Smith et al. [12] et de Schild et al. [13] sur l'importance des facteurs associés psychosociaux et éducatifs. En parallèle, l'impact sur la qualité de vie est associé à l'état nutritionnel et fonctionnel. Les patientes dénutries ou en perte de mobilité présentent un risque nettement accru de sévérité, confirmant que la fragilité physique est un déterminant majeur du retentissement psychosocial. Ces résultats sont cohérents avec les validations transculturelles des questionnaires par Utomo et al. [5] et avec les travaux africains [14] qui soulignent le rôle de l'âge avancé, de l'obésité et de la mobilité réduite.

En RDC, Nkumu Lopoosso et al. [11] ont confirmé que l'obésité et la sédentarité aggravent les scores UDI-6 et IIQ-7, renforçant la pertinence des observations locales. Au-delà des facteurs biomédicaux, ces résultats doivent être compris dans le contexte socioculturel de Kinshasa. La perception de l'incontinence comme une fatalité liée à l'âge, combinée aux tabous sociaux et au manque d'éducation sanitaire, contribue à retarder le recours aux soins.

Les femmes âgées, souvent veuves et dépendantes, vivent dans un environnement où le soutien familial et communautaire est limité, ce qui accentue la détresse psychosociale. Cette dimension culturelle rejoint les observations de Lopoosso et al. [6], qui ont validé les outils UDI-6 et IIQ-7 en langues locales, soulignant l'importance d'adapter les instruments d'évaluation aux réalités linguistiques et sociales. Les implications cliniques et de santé publique sont majeures.

Sur le plan clinique, il est essentiel de cibler les patientes obèses, dénutries ou à mobilité réduite pour une prise en charge prioritaire incluant nutrition, réhabilitation

fonctionnelle et soutien psychologique. Sur le plan de santé publique, l'intégration de programmes combinant éducation sanitaire, prévention nutritionnelle et réhabilitation dans les institutions pour personnes âgées est indispensable. Enfin, sur le plan psychosocial, l'incontinence urinaire dépasse la sphère médicale : elle affecte la dignité, l'autonomie et la participation sociale.

Ces résultats, en cohérence avec les travaux internationaux et locaux, plaident pour des interventions adaptées aux réalités culturelles et institutionnelles de Kinshasa. Ils confirment que la détresse et l'impact de l'incontinence urinaire sont des phénomènes multifactoriels universels, fortement associés au contexte éducatif, nutritionnel et fonctionnel des femmes âgées. Toutefois, en raison du caractère transversal et observationnel de l'étude, ces associations ne permettent pas d'établir un lien de causalité directe ni d'affirmer que les facteurs identifiés sont des facteurs associés exclusifs.

4.4 Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs atouts méthodologiques. L'utilisation d'outils validés et standardisés (UDI-6 et IIQ-7) a permis une mesure fiable de la détresse urogénitale et de son impact psychosocial. Les analyses reposaient sur des tests non paramétriques et une régression logistique binaire, renforçant la robustesse statistique. De plus, la collecte des données via KoboCollect constitue un avantage, en garantissant une saisie numérique sécurisée, limitant les erreurs de transcription et facilitant le contrôle de qualité. Enfin, l'inclusion de participantes issues de cinq hospices de Kinshasa améliore la validité interne et offre une meilleure représentativité institutionnelle.

Cependant, certaines limites doivent être reconnues. La taille de l'échantillon (N = 107) réduit la puissance statistique, notamment pour les cas sévères peu nombreux. Le contexte institutionnel — femmes âgées, majoritairement veuves et dépendantes — peut introduire un biais de sélection et limiter la généralisabilité aux femmes vivant en communauté. L'administration des questionnaires dans un environnement marqué par la dépendance fonctionnelle et parfois la barrière linguistique peut aussi influencer les réponses. Enfin, la colinéarité entre variables proches (autonomie et mobilité) doit être considérée dans l'interprétation des modèles. Afin d'éviter la surparamétrisation et l'instabilité du modèle liées aux faibles effectifs, les variables dépendantes ont été regroupées en deux catégories : détresse urogénitale (faible vs modérée/sévère) et impact sur la qualité de vie (faible vs modéré/sévère/très sévère) ; cette limite tient au fait que le regroupement des catégories a été nécessaire pour pallier les effectifs trop faibles dans certaines modalités, ce qui a permis de stabiliser les estimations statistiques. Toutefois, cette simplification entraîne une perte de granularité clinique, en masquant les différences entre les niveaux intermédiaires et sévères.

En somme, l'étude apporte une contribution originale en RDC, en mettant en évidence des associations nutritionnelles, éducatives et fonctionnelles de

l'incontinence urinaire chez les femmes âgées. Elle invite toutefois à des recherches multicentriques et élargies, intégrant davantage de dimensions cliniques et psychosociales pour confirmer et approfondir ces résultats.

5. Conclusion

Cette étude menée auprès de femmes âgées vivant en hospice à Kinshasa suggère que la détresse urogénitale et son impact sur la qualité de vie demeurent globalement faibles, mais qu'un sous-groupe vulnérable présente des associations plus marquées. Les analyses indiquent que le faible niveau d'instruction et la mobilité réduite sont associés à une détresse accrue, tandis que l'impact sur la qualité de vie apparaît associé à la dénutrition, à l'autonomie très limitée et à la mobilité restreinte. Ces associations observées dans cette population soulignent l'importance d'une approche intégrée combinant nutrition, éducation sanitaire et réhabilitation fonctionnelle, afin de promouvoir la dignité, l'autonomie et la qualité de vie des femmes âgées souffrant d'incontinence urinaire.

Ce que l'on savait déjà

L'incontinence urinaire est fréquente chez les femmes âgées et peut altérer l'autonomie, la participation sociale et la qualité de vie. Les outils UDI-6 et IIQ-7 permettent d'en mesurer respectivement la détresse symptomatique et le retentissement fonctionnel.

Ce que cette étude apporte

Chez des femmes âgées vivant en hospice à Kinshasa, l'étude décrit une détresse urogénitale et un impact globalement faibles, tout en identifiant des associations avec le niveau d'instruction, l'état nutritionnel et les limitations fonctionnelles.

Remerciements

Les auteurs expriment leur profonde gratitude aux participantes et à leurs familles pour leur confiance et leur collaboration. Ils remercient également les équipes médicales et administratives des hospices de Kinshasa pour leur appui logistique et leur disponibilité. Une reconnaissance particulière est adressée aux autorités décanales et académiques de la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa, dont le soutien institutionnel et l'encadrement scientifique ont permis la réalisation de ce travail.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette étude.

Contributions des auteurs

Kumande Katema Emmanuel (auteur principal) : conception de l'étude, élaboration du protocole, supervision de la collecte des données et rédaction initiale du manuscrit.

Nkongolo Mukendi Bernard Kennedy : contribution aux analyses statistiques, interprétation des résultats et révision critique du manuscrit.

Bilonda Kolela Dolly, Mafuta Tsita Alpha, Esika Mokumo JP, Diangienda Kuntima Pablo, Moningo

Molamba Dieudonné, Mpunga Maole : participation à la relecture scientifique et aux corrections du manuscrit.

Loposso Nkumu Matthieu (promoteur, facilitateur) : validation du protocole, orientation méthodologique, supervision de la collecte des données et révision finale du manuscrit.

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit

Références

1. Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, McClish DK, Fantl JA. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Neurourol Urodyn.* 1995;14(2):131-9. doi:10.1002/nau.1930140206.
2. Kahyaoglu Sut H, Balkanlı Kaplan P. Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period. *Neurourol Urodyn.* 2016;35(3):417-22. doi:10.1002/nau.22728.
3. Ballanger P. Épidémiologie de l'incontinence urinaire chez la femme. *Prog Urol.* 2005;15(Suppl 1):1322-33. doi:10.1016/S1166-7087(05)80041-4
4. Cam C, Sakalli M, Ay P, Cam M, Karateke A. Validation of the short forms of the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and the Urogenital Distress Inventory (UDI-6) in a Turkish population. *Neurourol Urodyn.* 2007;26(1):129-33. doi:10.1002/nau.20292.
5. Utomo E, Korfage IJ, Wildhagen MF, Steensma AB, Bangma CH, Blok BFM. Validation of the UDI-6 and IIQ-7 in a Dutch population. *Neurourol Urodyn.* 2015;34(1):24-31. doi:10.1002/nau.22528.
6. Lopoşso MN, Ndundu J, Mbunzu D, Matala T, Punga AM, De Ridder D. Assessing quality of life in obstetric fistula patients: Validation of the UDI-6 and IIQ-7 in Lingala and Kikongo in DR Congo. *Neurourol Urodyn.* 2019;38(7):1994-2000. doi:10.1002/nau.24105.
7. Dimli BO, Kaya Mutlu E, Şahin Altaç D, Taşkıran H. Comparison of pelvic floor muscle training and modified Pilates exercises in elderly women with stress urinary incontinence: A randomized clinical trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2024;300:327-36. doi:10.1016/j.ejogrb.2024.07.033.
8. Meyer I, Richter HE. Challenges and new insights in the management of urinary incontinence in older women. *Curr Geriatr Rep.* 2022;11(1):11-7. doi:10.1007/s13670-022-00375-z.
9. Skorupska K, Grzybowska ME, Kubik-Komar A, Rechberger T, Miotła P. Identification of UDI-6 and IIQ-7 cutoff scores in urinary incontinent women. *Health Qual Life Outcomes.* 2021;19(1):87. doi:10.1186/s12955-021-01721-z.
10. Gil A, Carrasco A, Fernández C, et al. Distress and quality of life characteristics associated with seeking surgical treatment for stress urinary incontinence. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7:8. doi:10.1186/1477-7525-7-8.
11. Nkumu M, Lopoşso M, Mosolongo TY, Moningo DM, Diasama PK, Punga-Maole AM. Déterminants de l'incontinence urinaire à l'aide de l'IIQ-7 et de l'UDI-6 chez les femmes enceintes: série de cas en milieu hospitalier de Kinshasa. *Ann Afr Med.* 2023;16(3):e5166-83. doi:10.4314/aamed.v16i3.3.
12. Smith AL, Berry A, Brubaker L, Cunningham SD, Gahagan S, Kane Low L, Mueller M, Sutcliffe S, Williams BR, Brady SS; Prevention of Lower Urinary Tract Symptoms (PLUS) Research Consortium. The brain, gut, and bladder health nexus: A conceptual model linking stress and mental health disorders to overactive bladder in women. *Neurourol Urodyn.* 2024 Feb;43(2):424-36. doi:10.1002/nau.25356. Epub 2023 Dec 11. PMID: 38078701; PMCID: PMC10872494.
13. Piatek A, Kolodyńska G, Drapala J, Wozniak S, Andrzejewski W, Zalewski M. Psychosocial determinants of daily and social functioning in women with urinary incontinence. *Curr Bladder Dysfunct Rep.* 2026;11(3):145-53. doi:10.1007/s11884-026-00789-z.
14. Bertuit J, Luzol AM. Female urinary incontinence in Africa: Prevalence estimates from a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2025;36(12):2467-78. doi:10.1007/s00192-025-06146-6