



HAL
open science

Prise en charge de l'incontinence urinaire féminine non neurologique, non post-partum en médecine générale en Béarn et Soule : enquête sur la mise en place des traitements de première intention

Nathalie Genebes

► **To cite this version:**

Nathalie Genebes. Prise en charge de l'incontinence urinaire féminine non neurologique, non post-partum en médecine générale en Béarn et Soule : enquête sur la mise en place des traitements de première intention. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01611367

HAL Id: dumas-01611367

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01611367>

Submitted on 5 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

N°85

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par GENEDES, Nathalie
Née le 12/02/1986 à Pau

le 21 juin 2017

Prise en charge de l'incontinence urinaire féminine non neurologique, non post-partum en médecine générale en Béarn et Soule: enquête sur la mise en place des traitements de première intention

Directeur de Thèse
Docteur Sophie ROULEAUD

Jury

Pr. Jean-Marie FERRIERE
Pr. Pierre-Alain JOSEPH
Pr. Patrick DEHAIL
Dr. Christophe ADAM
Dr. Caroline BOHEC
Dr. Sophie ROULEAUD

Président
Rapporteur
Juge
Juge
Juge
Directrice et Juge

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

N°85

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par GENEDES, Nathalie
Née le 12/02/1986 à Pau

le 21 juin 2017

Prise en charge de l'incontinence urinaire féminine non neurologique, non post-partum en médecine générale en Béarn et Soule: enquête sur la mise en place des traitements de première intention

Directeur de Thèse
Docteur Sophie ROULEAUD

Jury

Pr. Jean-Marie FERRIERE
Pr. Pierre-Alain JOSEPH
Pr. Patrick DEHAIL
Dr. Christophe ADAM
Dr. Caroline BOHEC
Dr. Sophie ROULEAUD

Président
Rapporteur
Juge
Juge
Juge
Directrice et Juge

Remerciements

A Sophie, à l'initiative de cette thèse. Merci pour ton efficacité (et ta persévérance!) dans la direction et la correction de ce travail. C'est un grand plaisir d'apprendre et de travailler à tes côtés.

Au Professeur Jean-Marie Ferrière, vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

Au Professeur Pierre-Alain Joseph, votre travail de rapporteur a honoré cette thèse. Soyez remercié des précieux conseils que vous avez bien voulu me donner.

Au Professeur Patrick Dehail, vous nous faites l'honneur de siéger dans le jury de cette thèse de médecine générale. Que votre disponibilité soit remerciée.

Au Docteur Christophe Adam, Maître de Conférence Universitaire, merci d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mon entière reconnaissance.

Au Docteur Caroline Bohec, merci pour toute l'attention que vous avez portée à ce travail et pour vos judicieux conseils. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

Aux médecins généralistes interrogés, soyez remerciés de votre disponibilité pour répondre à notre questionnaire, et de vos encouragements pour ce travail de thèse.

A Madame Christine Montout au Département de l'Information Médicale d'Evaluation et de Santé Publique de l'hôpital de Pau, pour sa disponibilité et son travail d'analyse statistique.

A Marie-Raphaël, pour ses conseils avisés et ses encouragements. Merci d'avoir pris la peine de relire et corriger ce travail.

A Anne-Sophie, qui a toujours su trouver les bons mots (et les bons restaurants...) dans les moments difficiles lors de la rédaction de ce travail. Merci de toujours stimuler mon intérêt dans ma formation médicale.

A mes amis Christophe, Marine, Luna, Krystel, Jason, Stéphanie, Blandine, Pauline et Pierre, Lily, Thibault et Damaris.

A mes parents et à mon frère, pour leur amour et leur soutien inconditionnel, et pour leur confiance absolue en mes choix.

A toute ma famille et à ma belle-famille.

A Mathieu, qui m'a portée et supportée tout au long de mon parcours. Ces quelques lignes ne suffisent pas pour t'exprimer toute ma reconnaissance et tout mon amour.

A notre petite princesse Lena, qui a su pimenter les derniers mois de ce travail... et notre vie en général!

Table des matières

Remerciements	2
Liste des abréviations.....	7
Introduction.....	9
1- Première partie: généralités	11
1.1. Anatomie descriptive de l'appareil urinaire féminin.....	11
1.1.1. Les reins	11
1.1.2. Les uretères.....	11
1.1.3. La vessie	12
1.1.4. L'urètre.....	12
1.1.5. Le pelvis.....	13
1.1.5.1. Le bassin osseux.....	13
1.1.5.2. Le diaphragme pelvien.....	14
1.1.5.3. Le périnée	15
1.1.5.4. Les fascias et arcs tendineux.....	17
1.2. Les voies de contrôle neurologique	19
1.2.1. Système nerveux central.....	19
1.2.1.1. Centres supra-médullaires.....	19
1.2.1.2. Centres médullaires	19
1.2.2. Système périphérique	20
1.2.2.1. Les efférences	20
1.2.2.2. Les afférences	21
1.2.3. Les neurotransmetteurs et récepteurs impliqués	22
1.3. Neurophysiologie du cycle continence/miction.....	24
1.3.1. Phase de remplissage ou de continence.....	24
1.3.1.2. Continence passive	24
1.3.1.2. Continence active	25
1.3.2 Phase mictionnelle.....	28
1.5. Physiopathologie et définitions	29
1.5.1. L'incontinence urinaire	29
1.5.2. Incontinence urinaire à l'effort.....	30
1.5.3. Incontinence urinaire par urgenturie	31
1.5.4. Incontinence urinaire mixte.....	32
1.5.5. Cas particulier: l'incontinence urinaire par regorgement	33
1.6. Epidémiologie.....	34
1.6.1. Prévalence globale	34
1.6.2. Prévalence en fonction du type d'incontinence	35
1.6.3. Prévalence en fonction de la sévérité (fréquence et importance des fuites) ..	36
1.6.4. Prévalence selon l'âge.....	36

1.6.5. Prévalence selon la catégorie socioprofessionnelle	37
1.6.6. Prévalence selon le secteur géographique	37
1.6.7. Facteurs de risques retrouvés.....	37
1.6.8. Pathologies associées	39
1.7. Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire féminine ...	40
1.7.1. Diagnostic de l'incontinence urinaire	40
1.7.1.1. L'interrogatoire	41
1.7.1.2. Les questionnaires de symptômes et de qualité de vie.....	41
1.7.1.3. L'examen clinique	42
1.7.2. Bilan de l'incontinence urinaire	43
1.7.2.1. Le catalogue mictionnel.....	43
1.7.2.2. Le Pad test.....	43
1.7.2.3. Explorations complémentaires	44
1.7.2.3.1. Bandelette urinaire et examen cyto-bactériologique des urines (ECBU)	44
1.7.2.3.2. Echographie de l'appareil urinaire.....	44
1.7.2.3.3. Cystoscopie	44
1.7.2.3.4. Bilan urodynamique.....	45
1.7.3. Traitement de l'incontinence urinaire	45
1.7.3.1. Règles hygiéno-diététiques.....	45
1.7.3.2. Traitement de l'incontinence urinaire d'effort	46
1.7.3.3. Traitement de l'incontinence urinaire par urgenturie.....	47
1.7.3.4. Traitement de l'incontinence urinaire mixte	50
1.8. Données sur la prise en charge de l'incontinence urinaire	51
1.8.1. Généralités sur la prise en charge de l'incontinence urinaire féminine.....	51
1.8.2. Données sur les acteurs de la prise en charge.....	52
1.8.3. Délai de consultation	52
1.8.4. Prise en charge thérapeutique	52
1.9. Formation des médecins généralistes	53
2. Deuxième partie: Enquête	54
2.1. Objectifs	54
2.2. Matériel et méthode	55
2.2.1. Population	55
2.2.2. Modalités de l'étude	55
2.2.3. Recueil des données	56
2.2.4. Analyse statistique	56
2.2.5. Elaboration de la fiche tryptique d'aide à la prise en charge	56
2.3. Résultats.....	57
2.3.1. Qualité des réponses	57
2.3.2. Caractéristiques de la population ayant répondu	58
2.3.3. Résultats principaux.....	61
2.3.3.1. Recherche de l'incontinence urinaire par les médecins généralistes.....	61
2.3.3.2. Prise en charge de l'incontinence urinaire	64
2.3.3.2.1. En fonction de l'âge	64
2.3.3.2.2. En fonction du sexe.....	64
2.3.3.2.3. En fonction de la zone.....	65

2.3.3.3. Réalisation de l'interrogatoire et de l'examen clinique	65
2.3.3.4. Prescription d'examens complémentaires en cas d'incontinence urinaire	66
2.3.3.5. Traitements prescrits en première intention devant une incontinence urinaire d'effort.....	67
2.3.3.6. Traitements prescrits en première intention devant une incontinence urinaire par urgenterie.....	67
2.3.4. Résultats secondaires	68
2.3.4.1. Connaissance des principaux effets secondaires des anticholinergiques	68
2.3.4.2. Orientation des patientes vers un spécialiste.....	68
2.3.4.3. Connaissance des recommandations ANAES 2003 sur la prise en charge de l'incontinence urinaire par les médecins généralistes	69
2.3.4.4. Demandes de support d'aide à la prise en charge sous forme de fiche de synthèse des recommandations.....	70
2.4. Discussion	72
2.4.1. Résultat principal et son implication majeure	72
2.4.2. Choix du sujet, critique de la méthode	74
2.4.3. Discussion des résultats et comparaison avec les données de la littérature ...	76
2.4.3.1. Dépistage et prise en charge de l'incontinence urinaire	77
2.4.3.2. Interrogatoire.....	78
2.4.3.3. Examen clinique	78
2.4.3.4. Catalogue mictionnel.....	80
2.4.3.5. Examens complémentaires.....	80
2.4.3.6. Traitements de l'incontinence urinaire.....	81
2.4.3.7. Connaissance des recommandations de l'ANAES.....	83
2.4.3.8. Demandes de support d'aide à la prise en charge.....	84
2.4.3.9. Orientation des patientes vers un spécialiste.....	84
2.4.4. Perspectives	85
Conclusion	87
Bibliographie	88
Liste des tableaux et figures	94
Annexes	96

Liste des abréviations

AFU: Association Française d'Urologie

AMM: Autorisation de mise sur le marché

ANAES: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, regroupée avec d'autres commissions depuis 2004 au sein de la HAS

ARS: Agence Régionale de Santé

ATLA: Arc tendineux de l'élévateur de l'anus

ATFP: Arc tendineux du fascia pelvien

BPCO: Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CCAM: Classification Commune des Actes Médicaux

CGRP: Calcitonine gene-related peptide

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DIMESP: Département de l'Information Médicale d'Evaluation et Santé Publique

EAU: European Association of Urology

ECBU: Examen Cyto Bacteriologique des Urines

HAS: Haute Autorité de Santé

ICS: International Continence Society

IMC: Indice de Masse Corporelle

INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IU: Incontinence Urinaire

HAV: Hyper activité vésicale

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

Introduction

L'incontinence urinaire féminine est une pathologie fréquente, touchant une femme sur trois en France, voire même une femme sur deux chez les plus de 65 ans (1). Le vieillissement de la population se poursuivant, la prévalence de l'incontinence urinaire devrait donc augmenter dans les années à venir. En effet au 1er janvier 2016 en France, les habitants âgés d'au moins 65 ans représentent près d'une personne sur cinq, et ce chiffre est amené à augmenter selon les estimations de l'Insee avec en 2060, 23,6 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, soit une personne sur trois (2).

Il s'agit donc d'un problème de santé publique avec une dimension sociale, médicale et économique.

Elle représente un coût non négligeable: environ 2 % du budget de la santé dans les pays européens et Nord-Américains (3). Le coût annuel direct de l'incontinence urinaire aux Etats-Unis est estimé à 12,4 milliards de dollars, soit plus que celui du cancer du sein (4). En Europe, l'étude de Papanicolaou et al. a chiffré les coûts de l'incontinence urinaire par an et par patient dans 3 pays: 655 euros en Espagne, 515 euros en Allemagne, et 359 euros au Royaume-Uni et en Irlande (5).

Son impact psychosocial est variable selon les études. Ainsi d'après Amarenco et al. l'impact est modéré sur la qualité de vie, avec une gêne plus importante chez les femmes présentant une incontinence urinaire mixte et chez les femmes en cours de traitement. Il semblerait que l'impact sur la qualité de vie croît avec l'ancienneté des fuites (1). En revanche l'étude de Lasserre et al. montre que 38,1 % des femmes présentant une incontinence urinaire sont gênées au quotidien dans leur travail ou leurs activités domestiques (6). Par ailleurs, les études de qualité de vie montrent des perturbations émotionnelles, des perturbations du sommeil et un isolement social statistiquement significatifs chez les femmes présentant une incontinence urinaire (particulièrement par urgenterie) par rapport à un groupe contrôle (3).

Cependant, il s'agit d'un sujet qui reste encore tabou à l'heure actuelle, et beaucoup de femmes considèrent que l'incontinence urinaire fait partie du vieillissement physiologique de la femme. Seule une minorité de femmes en parlent à leur médecin. Le médecin généraliste, médecin de premier recours et acteur central dans le parcours de soins

(loi du 13 août 2004 concernant le parcours de soins coordonnés), a un rôle privilégié dans le diagnostic et le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique.

Les traitements de première ligne peuvent être initiés par les médecins généralistes, et ceci fait l'objet de recommandations par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, actuellement intégrée au sein de la Haute Autorité de Santé) élaborées en 2003 spécifiquement à leur intention (7). Cependant, une étude sur la connaissance, la diffusion et l'application des recommandations concernant l'incontinence urinaire au sein d'un territoire de santé (départements 92 et 78) a déjà été réalisée en 2011 et a mis en évidence une connaissance de ces recommandations demeurant faible 8 ans après leur parution. Elle a également montré une absence de diffusion des recommandations du CNGOF (Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français) et de l'AFU (Association Française d'Urologie) auprès des médecins généralistes (8). Parallèlement, la thèse de Dubreuil réalisée en 2007 auprès de jeunes généralistes thésés depuis 1 an montre qu'un faible pourcentage d'entre eux se sent à l'aise dans la prise en charge de l'incontinence urinaire. Elle évoque également le rôle prépondérant joué par la connaissance des recommandations de l'ANAES dans l'implication des médecins généraliste prenant en charge cette pathologie (9).

Au vu de la demande croissante par les médecins généralistes de consultations spécialisées pour l'incontinence urinaire dans le service de Médecine Physique et Réadaptation de l'hôpital de Pau, nous avons voulu savoir quelles étaient les pratiques des médecins généralistes, correspondaient-elles aux recommandations et étaient-ils en demande d'un support d'aide à la prise en charge?

Ce travail a également pour but de réaliser un tryptique de synthèse actualisé selon les différentes recommandations des sociétés savantes. Ce document a été diffusé à tous les médecins généralistes demandeurs comme outil d'aide à la prise en charge.

1- Première partie: généralités

1.1. Anatomie descriptive de l'appareil urinaire féminin

L'arbre urinaire a une fonction de sécrétion et d'excrétion de l'urine. Il est constitué par deux reins, deux uretères, la vessie et enfin l'urètre.

1.1.1. Les reins

Ce sont des organes glandulaires pairs longs de 12cm environ, larges de 6cm et épais de 3cm, ayant pour fonction principale la sécrétion de l'urine. Ils sont situés dans l'espace rétro-péritonéal, au niveau des fosses lombaires à hauteur de T11 à L1-L2 pour le rein gauche, de T12 à L2-L3 pour le rein droit. Ils ont une forme de haricot à bord latéral convexe et bord médial concave dont le tiers moyen constitue le hile du rein. Celui-ci contient les vaisseaux rénaux, et les calices qui se réunissent ensuite pour former le pelvis rénal, lui-même prolongé par l'uretère (10).

1.1.2. Les uretères

Il s'agit de conduits musculo-membraneux et contractiles, extra-péritonéaux, qui prolongent le pelvis rénal et s'abouchent dans la vessie. Chaque uretère assure la fonction d'excrétion des urines depuis le rein. Ils mesurent environ 25 à 30 cm et présentent deux parties : abdominale et pelvienne, séparées par le détroit supérieur du bassin. Leur trajet est descendant verticalement et légèrement médialement dans sa partie abdominale. Ensuite, il décrit une courbe concave en avant et médialement dans sa partie pelvienne avant de traverser la paroi vésicale selon un trajet oblique (trajet anti-reflux) qui permet d'éviter la remontée d'urines de la vessie vers le rein (10). Cet abouchement est situé sur le plancher de la vessie, en arrière du col vésical, délimitant la zone appelée "trigone".

1.1.3. La vessie

Organe musculo-membraneux ayant une fonction de réservoir, elle est située dans l'espace sous-péritonéal. La vessie est piriforme avec un corps globuleux en réplétion, un apex antérieur, un fundus postérieur et un col se prolongeant ensuite par l'urètre. Le muscle vésical est appelé détrusor, il est composé de fibres musculaires lisses.

A l'état de vacuité le corps vésical est aplati, et mesure environ 6cm de longueur et 5cm de largeur. Il se trouve alors en situation pelvienne, en arrière de la symphyse pubienne, au-dessus du diaphragme pelvien, et en avant de l'utérus et du vagin.

Lorsque la vessie est pleine, ses dimensions doublent, sa paroi supérieure s'ascensionne et déborde le bord supérieur de la symphyse pubienne (10).

1.1.4. L'urètre

Il s'agit d'un conduit permettant l'excrétion des urines, qui s'étend du col vésical à la vulve où il s'ouvre par l'ostium externe de l'urètre.

Chez la femme, il mesure environ 40 mm de longueur pour 7 mm de calibre, mais sa longueur fonctionnelle (c'est-à-dire le segment impliqué dans la fonction mictionnelle) est d'environ 30 mm. Situé entre la symphyse pubienne et le vagin, son trajet est oblique en bas et en avant traversant le diaphragme urogénital, et il forme avec la base vésicale l'angle uréthro-vésical postérieur de 100° environ. Il est soutenu par la paroi vaginale antérieure à laquelle il est intimement uni par le tissu conjonctif dense du septum uréthro-vaginal.

L'urètre est constitué d'une muqueuse interne, d'une sous muqueuse et d'une musculature composée de fibres musculaires lisses circulaires, longitudinales et obliques. Ces fibres musculaires lisses sont différentes de celles de la vessie (11).

La partie moyenne de l'urètre est entourée par le sphincter strié de l'urètre sur une hauteur de 20mm environ (10). Le sphincter strié est une structure complexe difficile à préciser, surtout chez la femme. Il sera détaillé plus loin.

Sur le plan anatomo-fonctionnel on décrit un sphincter para-urétral, intra mural fait de fibres striées dépourvues de fuseaux neuromusculaires (sphincter strié interne ou rhabdosphincter) et un sphincter péri-urétral formé par la partie pubo-viscérale du muscle élévateur de l'anus, qui possède des fuseaux neuromusculaires (12). Ce sphincter appartient au plancher pelvien et participe à la continence urinaire.

1.1.5. Le pelvis

Le pelvis peut être divisé en deux parties séparées par le détroit supérieur: le grand bassin, contenant les viscères digestifs, et le petit bassin, contenant les organes génitaux, le bas appareil urinaire, le rectum et le canal anal. Le grand bassin est constitué des fosses iliaques, et des ailes du sacrum recouvertes par les muscles ilio-psoas. Le petit bassin, segment de tore concave en avant, est limité latéralement par les branches ischio-pubiennes, les surfaces quadrilatères des os iliaques et le corps des ischions, en avant par la symphyse pubienne et les corps des pubis, en arrière par le sacrum et le coccyx, et en bas par le diaphragme pelvien et le périnée. La paroi interne du petit bassin est tapissée de quatre muscles pairs: le piriforme, l'obturateur interne, l'élévateur de l'anus et le muscle coccygien.

1.1.5.1. Le bassin osseux

Il est constitué des deux os coxaux, du sacrum et du coccyx, unis par des articulations quasi-immobiles: les deux sacro-iliaques, les sacro-coccygiennes, et la symphyse pubienne. Il a pour fonction de supporter le squelette axial et de répartir les contraintes au niveau des membres inférieurs.

1.1.5.2. Le diaphragme pelvien

Le diaphragme pelvien ou plancher pelvien est composé principalement de deux muscles, l'élévateur de l'anus (levator ani) et le muscle coccygien, sur lequel reposent les organes pelviens (figure 1). Il sépare la cavité pelvienne du périnée, et présente deux hiatus sagittalement: en avant le hiatus urogénital contenant l'urètre et le vagin, et en arrière le hiatus anal contenant la jonction anorectale.

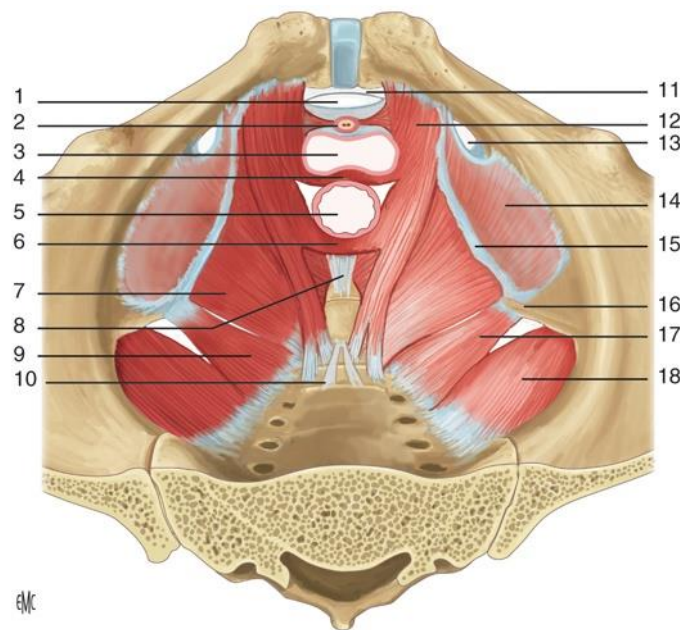


Figure 1 : Muscles du plancher pelvien, d'après Fatton B, Cayrac M, Letouzey V, Masia F, Mousty E, Marès P, et al. (13)

1. Hiatus infrapubien ; 2. urètre ; 3 : vagin ; 4. muscle pubovaginal ; 5. rectum ; 6. muscle puborectal ; 7. muscle iliococcygien ; 8. ligament anococcygien ; 9. faisceau coccygien ; 10. ligament sacrococcygien ventral ; 11. ligament arqué du pubis ; 12. muscle pubococcygien ; 13. canal obturateur ; 14. muscle obturateur interne recouvert par son fascia ; 15. arc tendineux du muscle élévateur de l'anus ; 16. épine ischiatique ; 17. muscle coccygien ; 18. muscle piriforme.

L'élévateur de l'anus est formé de deux parties: le faisceau pubococcygien (partie pubo-viscérale), antéromédial, et le faisceau iliococcygien, postérolatéral.

Le faisceau pubococcygien est constitué de deux éléments, le muscle pubo-vaginal se terminant sur le centre tendineux du périnée, et le muscle pubo-rectal lui-même divisé en trois faisceaux de fibres: le faisceau latéro-rectal, le faisceau retro-rectal et le faisceau coccygien (13,14).

Le faisceau iliococcygien quant à lui, s'insère latéralement sur l'épine ischiatique et l'arc tendineux de l'élévateur de l'anus pour se terminer en arrière sur le coccyx. Il s'insère également sur l'aponévrose du muscle obturateur interne. Cette ligne d'insertion sur un autre muscle constitue une zone de fragilité où l'élévateur de l'anus peut se désinsérer entraînant un déséquilibre de la statique pelvienne (13,14). Ses fibres se terminent sur un raphé médian (également appelé ligament anococcygien) et constituent le plateau lévatorien sur lequel s'appuient les organes pelviens lors des efforts de poussée (13,14).

L'élévateur de l'anus est donc un muscle qui exerce un tonus permanent en station debout permettant de supporter le poids des organes pelviens, et dont la partie pubo-viscérale peut être le siège de contractions volontaires qui luttent contre les augmentations soudaines de pression abdominale. Ce mode de fonctionnement est permis par la constitution des fibres musculaires de l'élévateur de l'anus qui sont en majorité de type I, à contraction lente et fonctionnant sur un mode oxydatif. Elles permettent de développer des contractions toniques prolongées par opposition aux fibres de type II qui développent des contractions rapides mais sont fatigables car elles fonctionnent en anaérobie (13,14).

1.1.5.3. Le périnée

Le périnée correspond à l'ensemble musculo-aponévrotique qui ferme l'excavation pelvienne en dessous du muscle élévateur de l'anus (figure 2). Il est divisé en deux parties triangulaires, urogénitale et anale, de part et d'autre de la ligne reliant les deux tubérosités ischiatiques et passant par le centre tendineux du périnée (chez la femme).

Le périnée urogénital superficiel se compose de la peau, du tissu adipeux, et des muscles transverses superficiels, ischiocaverneux et bulbocaverneux recouverts par le fascia périnéal superficiel. Ces deux derniers muscles ferment le hiatus urogénital caudalement (14).

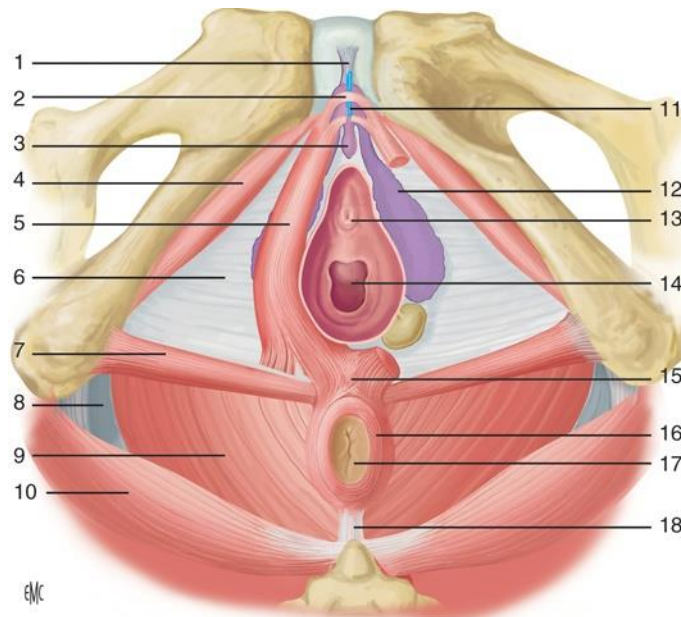


Figure 2 : Muscles du périnée féminin (vue périnéale) d'après Fatton B, Cayrac M, Letouzey V, Masia F, Mousty E, Marès P, et al. (13)

1. Ligament suspenseur du clitoris ; 2. faisceau compresseur de la veine dorsale du clitoris ; 3. clitoris ; 4. muscle ischiocaverneux ; 5. bulbe vestibulaire ; 6. membrane périnéale ; 7. muscle transverse superficiel ; 8. ligament sacrotubérositaire ; 9. muscle élévateur de l'anus ; 10. muscle grand fessier ; 11. veine dorsale du clitoris ; 12. muscle bulbospongieux ; 13. urètre ; 14. vagin ; 15. centre tendineux du périnée ; 16. sphincter externe de l'anus ; 17. anus ; 18. ligament anococcygien.

La partie profonde du périnée urogénital comporte le muscle sphincter strié de l'urètre et le muscle transverse profond du périnée recouverts par l'aponévrose moyenne du périnée (14).

Le sphincter strié entoure l'urètre dans sa partie antérieure chez la femme, et laisse libre en partie le côté postérieur (figure 3). Ses fibres musculaires striées doublent les fibres musculaires lisses et s'étendent sur toute la longueur de l'urètre formant un oméga avec une épaisseur maximale à hauteur du tiers moyen de l'urètre où elles deviennent circulaires (13,14). D'après DeLancey, le segment urétral entouré de fibres musculaires striées débute à 10-15 mm de la base vésicale et s'étend sur 20 à 35 mm (13,15). Au niveau de son tiers distal, les fibres du sphincter strié se confondent avec celles des muscles urétrovaginal et compresseur de l'urètre, formant la membrane périnéale des anglosaxons (14). Ces structures musculaires associées au muscle transverse profond du périnée permettent également la fixation de l'urètre dans le périnée profond.

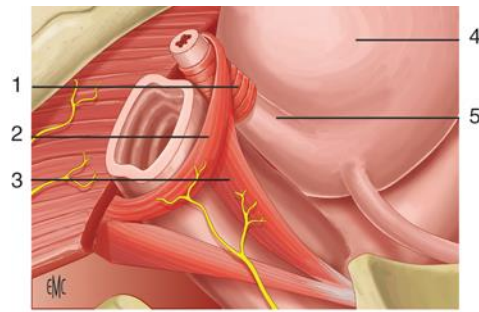


Figure 3: Muscle sphincter de l'urètre d'après Fatton B, Cayrac M, Letouzey V, Masia F, Mousty E, Marès P, et al. (13)

1. Sphincter strié de l'urètre ; 2. muscle urétrovaginal ; 3. muscle compresseur de l'urètre ; 4. vessie ; 5. sphincter urétral lisse.

Le centre tendineux du périnée est un noyau fibreux robuste (fibres d'élastine, tissu conjonctif dense et cellules musculaires lisses) sur lequel s'insèrent le rectum, l'élévateur de l'anus (faisceau pubococcygien) ainsi que les muscles du périnée. Il définit la limite entre le périnée urogénital et le périnée anal, au milieu de la ligne joignant les deux ischions. C'est le point de support du vagin et de l'utérus, sa détérioration prédispose au développement des prolapsus pelviens (13,14).

Le périnée anal est formé par les fosses ischio-anales, loges graisseuses entourant le canal anal. Il ne comporte qu'un seul muscle, le sphincter externe de l'anus (14).

1.1.5.4. Les fascias et arcs tendineux

Le fascia pelvien pariétal est une lame de tissu conjonctif qui recouvre les 4 muscles de la paroi interne du petit bassin et qui se poursuit médialement avec le fascia viscéral, gaine fibreuse entourant les viscères pelviens. Celui-ci est dénommé paramètre au niveau de son insertion utérine et paracolpos au niveau de son insertion vaginale.

Le fascia pelvien pariétal forme un soutien conjonctif pour la vessie, l'urètre et le vagin, et présente deux zones de renforcement appelées "arcs tendineux", ainsi que plusieurs autres condensations solides (bandelette ischiatique, ligaments pubo-vésical, cardinal, utérosacré) (13,14).

L'arc tendineux de l'élévateur de l'anus (ATLA) débute en avant sur la face postérieure du pubis et se termine en arrière sur l'épine ischiatique.

L'arc tendineux du fascia pelvien (ATFP) s'insère sur le pubis à sa partie postéro-inférieure, de part et d'autre de la symphyse pubienne et se dirige en arrière pour se terminer en dessous de l'épine ischiatique. Il est plus interne et inférieur que l'ATLA et se trouve à la réunion entre la portion pariétale du fascia pelvien et sa portion viscérale recouvrant les viscères pelviens. Il donne insertion à la paroi antérieure du vagin (donc indirectement à l'urètre qui repose dessus).

Les deux arcs tendineux du fascia pelvien sont situés de part et d'autre de la vessie, de l'urètre et du vagin et ont une fonction d'amarrage de ces organes au fascia pelvien (14).

Le fascia pelvien, l'arc tendineux du fascia pelvien et le muscle élévateur de l'anus sont les structures impliquées (par leurs insertions sur le vagin) dans le support de la paroi vaginale antérieure. Celle-ci forme un hamac sur lequel reposent la vessie, le col vésical et l'urètre. Ce hamac sous-vésical joue un rôle prépondérant dans la continence urinaire à l'effort en exerçant une force de contre-pression qui s'oppose aux brusques augmentations de pression abdominale, et qui permet alors de comprimer l'urètre pour empêcher les fuites (13–15) (figure 4).

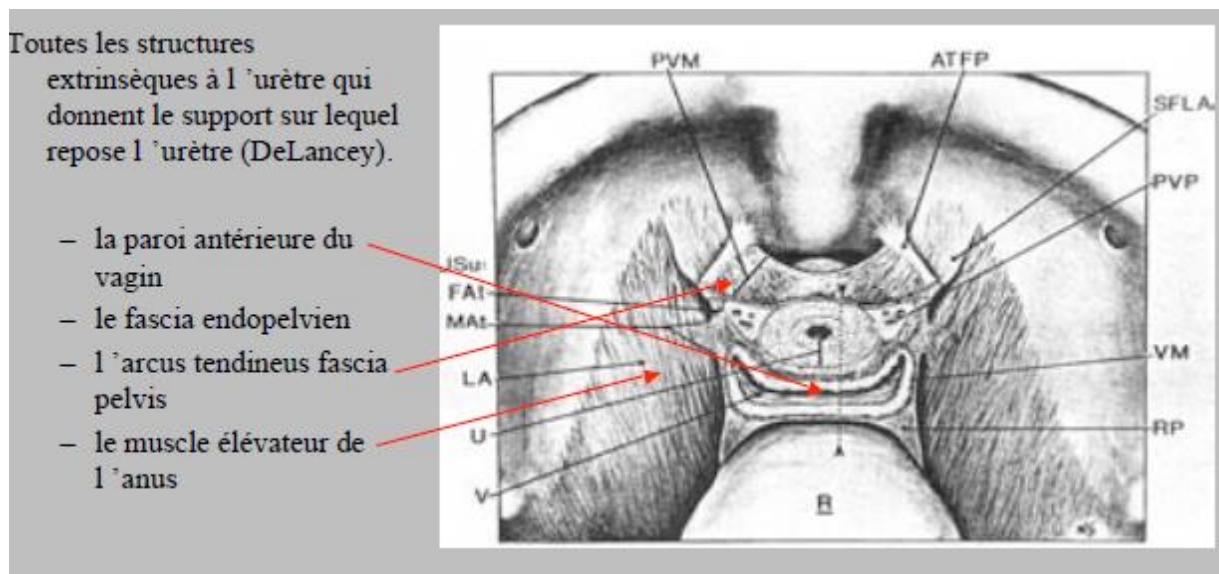


Figure 4: Le hamac sous urétral, d'après DeLancey (15)

1.2. Les voies de contrôle neurologique

1.2.1. Système nerveux central

1.2.1.1. Centres supra-médullaires

Les centres corticaux (cortex frontal, cortex insulaire, hypothalamus, système limbique) jouent un rôle dans le déclenchement volontaire de la miction mais aussi dans le comportement mictionnel. Ils sont renseignés sur le degré de réplétion vésicale par les voies afférentes vésico-urétrales. Le système limbique est également impliqué lors des mictions réflexes déclenchées par des paroxysmes émotionnels. Le cortex de la face médiale du lobe frontal est le siège du centre moteur du détrusor, à partir duquel part la décision volontaire d'autorisation ou de refus de déclenchement du reflexe mictionnel.

Les centres supra-médullaires non corticaux (thalamus, noyaux gris centraux) participent également au contrôle neurologique de la miction (10,16).

Les centres situés au niveau pontique assurent une fonction de commutateur de l'alternance des phases de continence et de miction. Véritables chef d'orchestre de la miction, ils sont indispensables à la synergie vésico-sphinctérienne.

1.2.1.2. Centres médullaires

Le centre sympathique est situé au niveau de la colonne intermédio-latérale des myélocytes T11 à L2.

Le centre parasympathique est situé au niveau des myélocytes S2 à S4 (corne latérale) dans le noyau parasympathique sacral.

Le centre médullaire somatique correspond au noyau d'Onuf. Il se trouve au niveau des myélocytes S2 à S4, dans la base de la corne antérieure (10,16).

1.2.2. Système périphérique

1.2.2.1. Les efférences

Les voies sympathiques efférentes cheminent du centre médullaire vers le plexus hypogastrique supérieur par les nerfs splanchniques lombaires. De là partent les nerfs hypogastriques qui rejoignent le plexus hypogastrique inférieur.

Les efférences parasympathiques accompagnent les voies somatiques dans les nerfs rachidiens S2, S3 et S4 d'où partent enfin les nerfs splanchniques pelviens (érecteurs) vers le plexus hypogastrique inférieur au contact de la vessie.

Celui-ci constitue un véritable carrefour végétatif recevant à la fois des fibres sympathiques et parasympathiques. Il existe donc un contrôle mutuel des deux systèmes en aval des centres médullaires (16).

L'innervation de la vessie est réalisée par les nerfs vésicaux qui émanent du plexus hypogastrique inférieur et contiennent des fibres autonomes parasympathiques et sympathiques. La densité de l'innervation croît vers le col vésical et la jonction urétéro-vésicale (10).

Le contingent somatique emprunte les racines sacrées S2, S3 et S4 qui vont former ensuite le plexus honteux duquel partent le nerf de l'élévateur de l'anus (S3, S4), le nerf du muscle sacrococcygien (S4) et le nerf pudendal (S2, S3, S4).

L'innervation du sphincter strié urétral se fait par les branches sphinctériennes du nerf pudendal après son trajet infra-lévatorien. Cependant une voie nerveuse motrice accessoire constituée par un contingent de fibres nerveuses somatiques sus-lévatoriennes a été également décrite (14).

L'innervation du muscle élévateur de l'anus est assurée par le nerf de l'élévateur de l'anus, mais ceci est controversé pour le faisceau pubo-rectal qui recevrait également une innervation directe des racines sacrées S2 et S3 sur sa face supérieure selon des études électromyographiques réalisées in-vivo (14).

Les afférences qui proviennent du bas appareil urinaire donnent des informations permanentes au système nerveux central pour coordonner les réflexes en rapport avec le remplissage vésical et la miction.

La sensibilité proprioceptive (informations concernant le remplissage vésical et la contraction du détroisor) est recueillie par les mécanorécepteurs du détroisor puis est transmise par des fibres faiblement myélinisées A δ en majorité.

La sensibilité extéroceptive (thermoalgique pour la vessie, thermoalgique et tact protopathique pour l'urètre) est transmise par les fibres C amyéliniques. Ces fibres sont normalement insensibles à la distension vésicale physiologique (fibres silencieuses). Cependant, par un phénomène de plasticité, elles peuvent dans certains cas (irritation chimique, inflammation, distension vésicale exagérée) jouer un rôle dans la transmission de l'information douloureuse et dans la stimulation de la contraction vésicale (16).

Les voies sensibles empruntent ensuite les nerfs splanchniques pelviens (érecteurs) et les nerfs pudendaux vers la moelle sacrée en majorité, alors qu'un contingent d'afférences atteint la moelle lombaire par l'intermédiaire des nerfs hypogastriques. La sensation de remplissage normal et la sensation douloureuse sont transmises par les nerfs pelviens et les nerfs hypogastriques tandis que les nerfs pelviens et les nerfs pudendaux transmettent la sensation de besoin urgent et la sensibilité thermoalgique urétrale. Les voies sensibles du sphincter strié de l'urètre cheminent dans les nerfs pudendaux.

Ces afférences vont ensuite emprunter la voie spino-thalamique vers le centre pontique de la miction, activant le réflexe mictionnel (16).

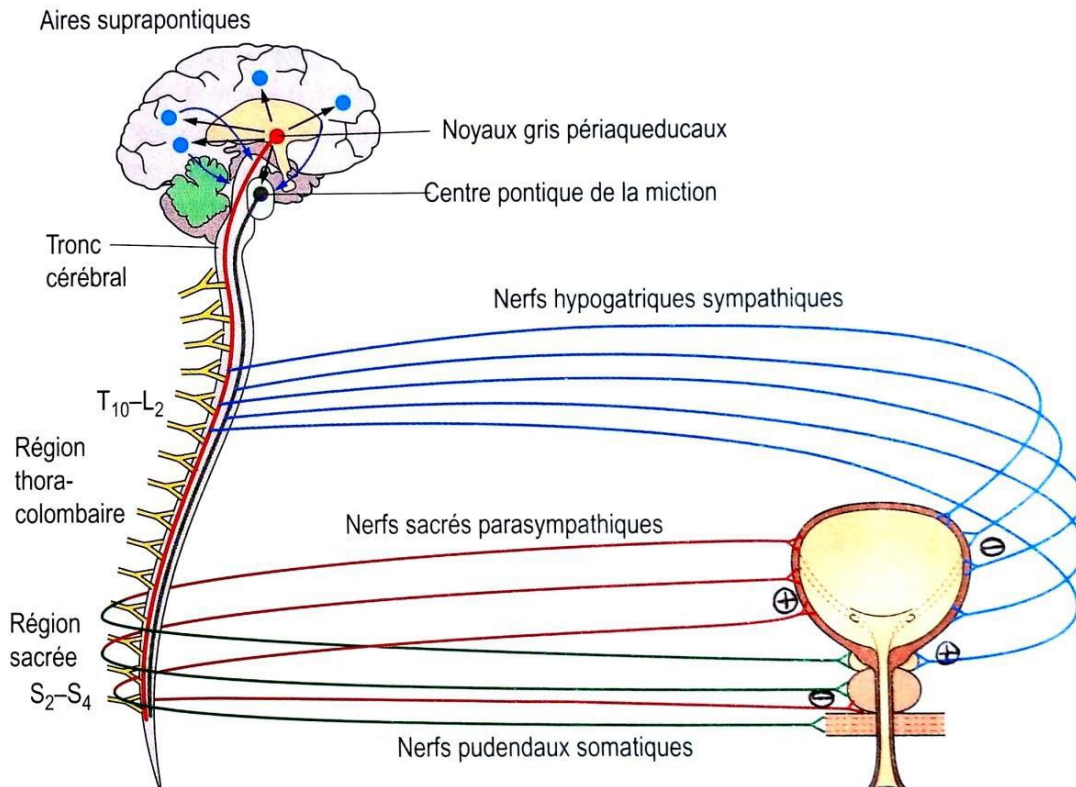


Figure 5: Voies de contrôle neurologique de l'appareil urinaire, d'après Chapple CR, MacDiarmid SA, Patel A (17)

1.2.3. Les neurotransmetteurs et récepteurs impliqués

La transmission des influx du neurone pré-ganglionnaire vers le neurone post ganglionnaire est à médiation cholinergique, avec des récepteurs nicotiques agissant dans la transmission ganglionnaire sympathique et parasympathique (16).

Les terminaisons adrénérgiques du système sympathique libèrent de la noradrénaline agissant sur les récepteurs alpha1 et bêta3. Les récepteurs alpha1 sont présents sur le trigone vésical et l'urètre. Ils sont responsables de la contraction et de la fermeture du col vésical et de l'urètre pendant la phase de remplissage. Les récepteurs bêta3 sont présents sur le corps vésical, provoquant la relaxation du détrusor.

Les terminaisons du système parasympathique libèrent de l'acétylcholine et correspondent aux récepteurs parasympathiques cholinergiques de type muscarinique. Ceux-ci sont plus nombreux et uniformément répartis dans la paroi vésico-urétrale. Dans la

vessie ces récepteurs peuvent également être modulés par les neurotransmetteurs muscariniques, purinergiques, peptidergiques, les prostaglandines etc(10,16).

La transmission de la sensibilité se fait par de nombreux médiateurs (substance P, CGRP, VIP et dérivés, enképhalines, ATP, NO) au niveau des terminaisons afférentes proximales et distales. La sérotonine semble être un modulateur important des voies afférentes au niveau spinal et supra-spinal.

La modulation des voies reflexes efférentes au niveau du noyau d'Onulf et des centres médullaires sympathiques et parasympathiques se fait également par des neurones sérotoninergiques (16).

1.3. Neurophysiologie du cycle continence/miction

Afin d'assurer le maintien d'une bonne fonction rénale tout en permettant un bon déroulement de la vie sociale, il est indispensable d'avoir en alternance une phase de continence vésicale (phase de remplissage) et une phase mictionnelle assurant une vidange complète de la vessie. Ce cycle mictionnel est géré par le système neurologique à l'aide de circuits réflexes, mais reste sous contrôle volontaire.

1.3.1. Phase de remplissage ou de continence

Elle correspond au remplissage de la vessie à basse pression. Celui-ci est permis grâce aux propriétés viscoélastiques de la vessie, mais aussi à la contraction du système sphinctérien urétral lisse et strié et à un support urétral de bonne qualité (10,13).

Sur le plan neurologique, la phase de remplissage est le résultat d'une activation orthosympathique et somatique assurant la contraction du système sphinctérien et d'une inhibition du système parasympathique induisant une relaxation du détrusor (10,16). Le réflexe mictionnel est donc inhibé de manière permanente par les centres encéphaliques, inconsciemment mais aussi volontairement lorsque le besoin est perçu.

1.3.1.2. Continence passive

Le remplissage vésical est un phénomène passif qui n'est possible que si plusieurs conditions sont réunies parmi lesquelles une compliance vésicale normale et une absence de contractions vésicales lors du remplissage. La compliance vésicale est définie par le rapport du volume de remplissage sur la pression intra vésicale. Elle reflète la capacité du détrusor à se laisser distendre sans que la pression intra-vésicale n'augmente. Elle est explorée lors du bilan urodynamique pendant la cystomanométrie (13).

Par ailleurs, lors de la phase de remplissage, la pression cervico-urétrale s'élève sous l'activité tonique des fibres musculaires lisses de l'anse cervicale et du sphincter lisse urétral.

Cette mise en jeu des fibres musculaires lisses assure la fermeture du col vésical et de l'urètre et joue donc un rôle dans la continence passive (10,13). Cependant, certaines observations ont montré qu'elle n'est pas indispensable (ouverture du col vésical retrouvée à l'effort chez 20% des nullipares sans incontinence associée) (18).

Parallèlement, le sphincter strié renforce également son activité musculaire de manière réflexe (via le système somatique par l'activation du noyau d'Onulf) au cours du remplissage. C'est le guarding reflex (19,20).

1.3.1.2. Continence active

Elle est assurée en partie par la contraction du sphincter strié urétral et de la partie pubo-viscérale du muscle élévateur de l'anus qui agissent comme un verrou de sécurité en cas d'insuffisance des autres systèmes, notamment à l'effort (13).

Par ailleurs, la contraction volontaire du sphincter strié urétral et des muscles périnéaux permet d'inhiber le réflexe mictionnel, notamment en cas de besoin urgent: c'est le réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur. Celui-ci est utilisé lors des séances de rééducation en cas d'incontinence urinaire par urgenturie (21).

Cependant, la continence urinaire active à l'effort est en réalité plus complexe et ne se résume pas à un simple verrouillage du sphincter strié urétral.

Plusieurs modèles théoriques ont tenté d'expliquer les mécanismes de retenue mis en jeu parmi lesquelles la théorie des enceintes manométriques d'Enhörning (22), la théorie intégrale de Petros et Ulmsten (23) et la théorie du hamac sous-urétral de DeLancey (15).

Selon Enhörning, la continence est assurée à l'effort par la transmission des pressions abdominales à la région péri-sphinctérienne. Pour cela, il faut que cette région reste dans l'enceinte abdominale, ce qui n'est plus le cas lors d'un prolapsus uréthro-vésical. C'est sur cette théorie que s'appuient les techniques de chirurgie classiques de l'incontinence urinaire d'effort comme la colposuspension vésicale selon Burch.

Le modèle de Petros et Ulmsten associe un système de soutien urétral formé par la paroi vaginale antérieure et les ligaments pubo-urétraux, et une action dynamique du muscle pubo-coccygien qui vient cravater l'urètre et l'écraser vers l'avant lors de la mobilité normale du complexe vésico-urétral. Ce modèle est à la base des techniques de chirurgie par bandelettes sous-urétrales.

Le hamac sous-urétral décrit par DeLancey (15) est formé par le muscle élévateur de l'anus, la paroi vaginale antérieure et les structures ligamentaires et fasciales décrites dans le chapitre 1.1. Il permet l'écrasement de l'urètre et son occlusion lors des augmentations brusques de pression intra-abdominale (figure 5). En station debout, l'urètre s'appuie contre le diaphragme uro-génital, opposant la force de pression abdomino-pelvienne avec la résistance diaphragmatique (forces dirigées en bas et en avant perpendiculairement au plancher périnéal, statique).

Pour cela, toutes les structures concernées doivent être intègres et associées à une contraction de l'élévateur de l'anus efficace afin de former un plancher suffisamment solide. Par ailleurs l'occlusion de l'urètre ne pourra s'effectuer que si sa compliance lui permet de se collaber complètement. Un urètre trop rigide (vieillesse, fibrose post-pératoire...) ne pourra se fermer de manière étanche (10,15).

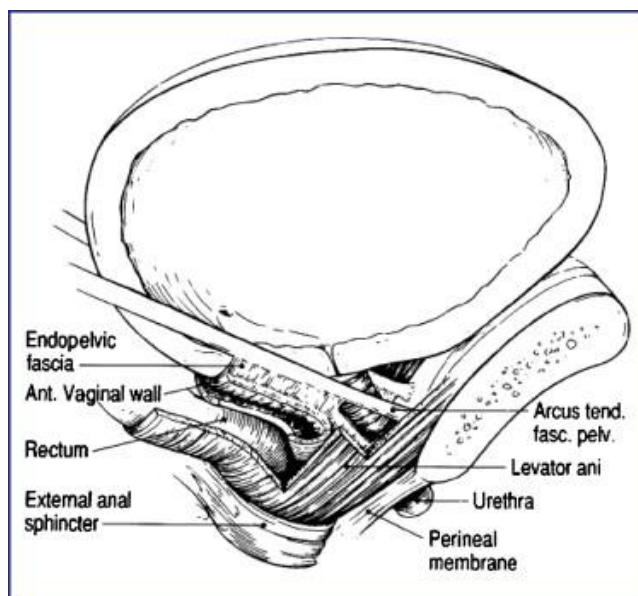


Figure 6: Le hamac périnéal, d'après DeLancey J et Yiou R, Costa P, Haab F, Delmas V (14,15)

Vue latérale droite d'un petit bassin montrant les structures qui composent le hamac périnéal: de la ligne médiane en latéral par la paroi vaginale antérieure, le fascia endopelvien avec l'arc tendineux du fascia pelvien (ATFP), le muscle élévateur de l'anus. Le muscle élévateur de l'anus, la paroi vaginale latérale et le fascia pelvien ont été partiellement enlevés pour mettre en évidence les structures médianes.

Au total la continence est donc un mécanisme complexe mettant en jeu des phénomènes:

- passifs de par les propriétés anatomiques de l'appareil vésico-sphinctérien et de son environnement pressurisé décrits précédemment
- active, sécurisée par activation volontaire du système sphinctérien strié urétral lors du besoin urgent
- neurologique par inhibition encéphalique tonique du réflexe mictionnel inconsciente mais aussi volontaire quand le besoin est perçu.

1.3.2 Phase mictionnelle

Le réflexe mictionnel associe une contraction vésicale et une relaxation sphinctérienne qui permettent d'inverser le gradient de pression vésico-urétral. La miction dépend donc essentiellement de la synergie fonctionnelle vésicale et urétrale.

Sur le plan neurologique, la phase mictionnelle est la conséquence, lorsqu'un certain niveau de remplissage est atteint, d'une activation parasympathique avec contraction du détrusor associée à une inhibition sympathique et somatique provoquant le relâchement sphinctérien. La miction délibérée dépend du centre moteur du détrusor situé dans le lobule frontal (19).

La miction normale est volontaire, complète, indolore, facile et rapide. Le volume mictionnel varie de 200 à 400mL. L'intervalle normal entre deux mictions est de 4 à 6H durant la journée.

1.5. Physiopathologie et définitions

On distingue habituellement les troubles de la phase de remplissage, les troubles mictionnels, et les troubles de la sensibilité qui ne seront pas abordés dans ce travail. Les troubles de la phase de remplissage vésical comprennent les différents types d'incontinence qui seront abordés plus loin, ainsi que le syndrome clinique d'hyperactivité vésicale et la pollakiurie diurne et nocturne (24,25).

1.5.1. L'incontinence urinaire

D'après le dernier rapport de l'International Continence Society (ICS) publié en 2010 (25,26), l'incontinence urinaire est définie par « la plainte de la part du patient d'une perte involontaire d'urine ». Cette définition ne tient pas compte de la sévérité, de la fréquence ou de la gêne occasionnée par ces fuites, qu'il faudra néanmoins préciser par l'interrogatoire. L'existence de facteurs favorisants doit également être recherchée.

Selon le mécanisme et les circonstances de survenue des fuites, on distingue essentiellement deux types d'incontinence chez la femme: l'incontinence urinaire à l'effort et l'incontinence urinaire par urgenturie. Lorsque les deux mécanismes sont associés, on parle d'incontinence urinaire mixte.

L'ICS distingue également l'incontinence urinaire posturale (perte involontaire d'urine associée à un changement de position du corps), insensible (lorsque la patiente n'a pas conscience du mode de survenue des fuites), permanente (perte involontaire d'urine permanente), per coïtale (perte involontaire d'urine lors du coït), extra-urétrale (lorsque la fuite d'urine se produit par des voies autres que le méat urétral, par exemple une fistule) (25). Ces symptômes d'incontinence urinaire sont plus rarement retrouvés en médecine générale et ne seront pas développés dans ce travail. Il en est de même des troubles fonctionnels comportementaux et psychiatriques qui relèvent d'un avis spécialisé.

Elle est définie par l'ICS comme la survenue d'une fuite involontaire d'urine lors d'un effort ou d'un exercice physique, ou pendant un épisode de toux ou d'éternuements (26).

On retiendra deux étiologies principales: l'hypermobilité cervico-urétrale et l'insuffisance sphinctérienne intrinsèque(27).

L'hypermobilité cervico-urétrale est la conséquence d'une perte de tonus des tissus de soutien de l'urètre proximal avec ptose du col vésical. C'est la théorie du hamac de DeLancey (15) selon laquelle la continence à l'effort est permise par l'écrasement de l'urètre sur le hamac formé par la paroi vaginale antérieure, le fascia pelvien viscéral avec ses zones de renforcement (ATFP, ATLA) mis en tension par le muscle élévateur de l'anus. Celui-ci joue donc un rôle actif en permettant l'occlusion de l'urètre sur un plan rigide. Une atteinte de l'élévateur de l'anus, par altération de ses fibres musculaires (liée au vieillissement par exemple), par dénervation altérant la contraction à l'effort, ou bien par désunion de l'élévateur de l'anus avec le fascia pelvien empêchant sa mise en tension pourra donc être à l'origine d'un défaut de soutènement urétral (27).

L'insuffisance sphinctérienne intrinsèque (28) peut être soit neurogène par lésions du nerf pudendal (29) avec diminution de tonus du sphincter strié externe, soit myogène par traumatisme urétral, carence ostrogénique post-ménopausique avec altération de la vascularisation urétrale (30) ou enfin diminution de densité des fibres musculaires striées urétrales liée au vieillissement (27,31).

L'incontinence urinaire par urgenturie correspond à la présence de fuites involontaires d'urine accompagnée ou immédiatement précédée par une urgenturie.

L'urgenturie correspond à un désir soudain, impérieux et fréquemment irrésistible d'uriner, alors que la sensation d'envie d'uriner lors d'un besoin physiologique normal peut être différée si le contexte social et environnemental ne permet pas la réalisation de la miction (26).

Il est intéressant de noter que l'incontinence urinaire par urgenturie peut parfois entrer dans le cadre d'un syndrome d'hyperactivité vésicale (HAV) clinique, qui correspond d'après l'ICS (25,26) à la présence d'urgences mictionnelles s'accompagnant habituellement de pollakiurie et de nycturie, avec ou sans incontinence urinaire par urgenturie, en l'absence d'infection urinaire ou d'une autre pathologie avérée.

On parle de pollakiurie diurne lorsque les mictions sont jugées plus fréquentes que la normale par rapport au vécu antérieur pendant la journée, et dont la patiente se plaint. La pollakiurie nocturne est maintenant appelée nycturie et correspond au besoin d'uriner réveillant la patiente une ou plusieurs fois. Chaque miction doit être précédée et immédiatement suivie d'une période de sommeil (25,26).

L'incontinence urinaire par urgenturie peut être provoquée par les mécanismes suivants: la perte de compliance vésicale, l'hyperactivité détrusorienne, un trouble sensitif du détrusor ou du besoin, voire un trouble psycho-fonctionnel.

Une hypo-compliance vésicale, traduisant une diminution de capacité vésicale, peut être responsable d'incontinence urinaire par urgenturies. Cette perte de compliance est consécutive à une augmentation de la teneur en collagène de la paroi vésicale entraînant une fibrose (32). Les causes peuvent être variées : vieillissement, radiothérapie pelvienne, tuberculose urinaire, infections chroniques etc.

L'hyperactivité détrusorienne est définie par la survenue de contractions non inhibées du détrusor. C'est une constatation urodynamique. Elle doit être distinguée de l'hyperactivité vésicale clinique, qui correspond à la présence d'urgenterie, associée ou non à une incontinence, une pollakiurie, une nycturie. Il n'y a pas forcément de corrélation entre les deux car d'une part, de nombreuses études ont montré que 60 à 80% des patientes présentant une hyperactivité vésicale clinique ne présentaient pas d'hyperactivité détrusorienne lors du bilan urodynamique, et d'autre part des contractions détrusoriennes non inhibées ont été retrouvées chez 10% (et même jusqu'à 40% lors d'enregistrements ambulatoires) de volontaires saines (33). En terme d'étiologie, l'hyperactivité détrusorienne peut être idiopathique, neurogène, réactionnelle à une obstruction sous-vésicale ou à une irritation vésicale (par un processus infectieux, radique, tumoral, par des substances chimiques ou même un calcul vésical) (32).

L'hypersensibilité vésicale correspond à un besoin d'uriner précoce et persistant au cours du remplissage. Elle peut être expliquée par une anomalie du traitement sensoriel régulant la continence ou par l'altération des fonctions de l'urothélium, organe sensoriel multimodal qui permet la détection et la transmission des stimuli physico-chimiques qu'il reçoit (34,35). Elle peut être idiopathique, ou bien secondaire à une cause inflammatoire, neurogène ou psychogène.

1.5.4. Incontinence urinaire mixte

Selon l'ICS (26), il s'agit d'une perte involontaire d'urine associée à une urgenterie, avec également perte involontaire d'urine lors d'un effort physique, d'éternuements ou de toux.

Dans sa définition la plus simple, elle réunit donc ces deux entités. Cependant, on ne retrouve pas toujours l'addition de deux mécanismes physiopathologiques différents pour expliquer une incontinence mixte, et bien souvent elle est causée par un facteur physiopathologique univoque déterminant des fuites à la fois à l'effort et par urgenterie (36). Par exemple une insuffisance musculaire périnéo-sphinctérienne pourra causer une incontinence à l'effort par défaut de soutènement actif urétral, volontaire et

réflexe, mais aussi une incontinence par urgenturie par diminution d'efficacité du réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur.

1.5.5. Cas particulier: l'incontinence urinaire par regorgement

Ce mécanisme d'incontinence suppose la présence d'une rétention urinaire chronique, beaucoup moins fréquente chez la femme que chez l'homme. Deux étiologies principales peuvent être à l'origine de cette rétention: l'hypocontractilité vésicale ou bien l'obstruction sous vésicale (lors d'un prolapsus sévère, en présence d'un fécalome important, suite à une chirurgie d'incontinence d'effort) (37). La prise en charge de l'incontinence par regorgement est différente de celle d'une incontinence urinaire d'effort ou d'une incontinence par urgenturie car elle repose sur la restauration d'une vidange vésicale correcte (que ce soit par la suppression de la cause de la rétention ou par la réalisation de sondages vésicaux intermittents) (38).

1.6. Epidémiologie

1.6.1. Prévalence globale

Plusieurs articles ont été publiés concernant la prévalence de l'incontinence urinaire féminine en France, et celle-ci varie considérablement selon les études, principalement en fonction de la définition utilisée (plus ou moins restrictive), et de la population étudiée.

L'étude réalisée par Vallée et al. en 2005 illustre bien cette variabilité: si l'incontinence urinaire est définie par toute fuite involontaire d'urine la prévalence est de 53,26 % ; si l'incontinence urinaire est définie par sa plainte ce chiffre diminue à 39,83 % ; et enfin si elle est définie par le port de garnitures, la prévalence diminue encore à 20,4 %. Cependant, dans cette étude, les chiffres de prévalence sont probablement surestimés car il existe une surreprésentation des femmes de 40 à 59 ans et des plus de 60 ans dans l'échantillon analysé par rapport à la population générale (39).

Plusieurs autres études ont été réalisées en France, et on retiendra une prévalence globale autour de 30 %: 26,8 % chez des femmes de plus de 18 ans vues en consultation de médecine générale selon l'étude transversale de Lasserre menée en 2007(6), 27,5 % selon l'étude de Peyrat menée sur des femmes âgées de 20 à 62 ans travaillant au CHU de Tours en 2002 (40); 34 % selon l'enquête d'Amarenco réalisée sur un échantillon de 1500 femmes âgées d'au moins 35 ans représentatif de la population générale en 2010 (1). Ces deux dernières études ont été réalisées à partir de questionnaires auto-administrés et la définition de l'incontinence urinaire retenue était la présence de fuites involontaires d'urine au moment de l'enquête.

Sur le plan international, selon une analyse de Ballanger concernant une dizaine d'études épidémiologiques réalisée en Europe et aux Etats Unis (3), les données sont convergentes et montrent chez la femme active vivant à domicile « 10 à 15 % d'incontinence sévère à modérée ayant une dimension médicale ».

L'incidence en France, selon l'étude de Legendre et al. publiée en 2014 est de 3,3 % (41).

1.6.2. Prévalence en fonction du type d'incontinence

La prévalence de chaque type d'incontinence urinaire est difficile à évaluer, et la proportion des trois types d'incontinence peut varier selon les études. Cependant, on peut retenir que l'incontinence urinaire mixte et l'incontinence urinaire d'effort sont les deux types majoritaires, et que l'incontinence par urgenturie représente une part moins importante.

Ainsi, selon l'étude de Peyrat qui concerne des femmes jeunes (20 à 62 ans) ayant signalé avoir des fuites d'urine, l'incontinence urinaire mixte est prédominante chez 49 % d'entre elles, suivie de l'incontinence urinaire d'effort pour 45 %, puis de l'incontinence urinaire par urgenturie pour 6 % (40).

Selon Lasserre et al., la majorité (45,2 %) des femmes souffrant d'incontinence urinaire se plaint à l'effort, puis on retrouve 42,1% d'incontinence urinaire mixte et 10,9 % d'incontinence par urgenturie (6).

Selon l'étude PURE menée dans 14 pays Européens (42), les chiffres varient également de manière assez importante selon la source des données avec une sous-estimation de la proportion d'incontinence urinaire mixte lorsqu'on se réfère aux diagnostics des praticiens, par rapport aux données issues de questionnaires standardisés remplis par les patientes.

Par exemple en France les chiffres issus de l'opinion clinique du praticien retrouvent majoritairement une incontinence urinaire d'effort chez 47 % des patientes, puis 40,4 % d'incontinence urinaire mixte et enfin 11,9 % d'incontinence par urgenturie.

Selon les questionnaires auto-administrés on recense une plus grande proportion d'incontinence urinaire mixte avec 57,3 % des patientes, 32,9 % d'incontinence urinaire d'effort, et 9,8 % d'incontinence par urgenturie.

Cette tendance est retrouvée dans 13 pays sur les 14 concernés par l'étude. Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que les professionnels de santé qui n'utilisent pas les questionnaires standardisés pour typer l'incontinence urinaire se concentrent souvent sur le symptôme rapporté sans en rechercher d'autres. Cela aboutit à une sous-estimation de l'incontinence mixte par rapport aux deux autres types (42).

1.6.3. Prévalence en fonction de la sévérité (fréquence et importance des fuites)

Selon l'étude PURE un tiers des femmes concernées rapportent plus de 14 épisodes de fuites par semaine. On retrouve une majorité d'incontinence urinaire modérée avec 46 % des femmes, puis 28 % d'incontinence sévère, 17,9 % d'incontinence urinaire légère et 8 % d'incontinence très sévère (42). Ce dernier chiffre est retrouvé dans l'étude de Peyrat avec 8,1% des femmes rapportant une incontinence urinaire permanente (40).

Selon l'étude de Lasserre et al. 42,1 % des femmes incontinentes rapportent des fuites quotidiennes et 57,9 % des fuites hebdomadaires. Aucune relation n'a été retrouvée entre l'âge et l'abondance ou la fréquence des fuites. En revanche, les femmes souffrant d'incontinence urinaire mixte ont des fuites plus fréquentes et plus abondantes que les 2 autres types, et elles ont significativement plus de fuites nocturnes (6). La même étude précise que la moitié des femmes incontinentes déclare porter des protections tous les jours, alors que seulement 27,3 % n'en portent jamais.

1.6.4. Prévalence selon l'âge

La prévalence augmente avec l'âge de la population, et selon plusieurs études le type d'incontinence évolue lui aussi en fonction de l'âge.

Ainsi, dans l'enquête épidémiologique d'Amarenco et al. chez les femmes de plus de 35 ans les chiffres vont de 42 % entre 35 et 44 ans, à 47 % entre 45 et 54 ans, puis à 51 % entre 55 et 64 ans et enfin 54 % chez les plus de 65 ans (1).

Ceci est confirmé par l'étude menée au CHU de Tours par Peyrat et al. (40) qui met en évidence une corrélation proportionnelle avec dans la catégorie des moins de 25 ans 6,2 % d'incontinence urinaire, puis 18,2 % chez les 25-39 ans, 38 % chez les 40-55 ans, et 47,1 % chez les plus de 55 ans.

Les études menées en France montrent une prédominance de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme jeune, alors qu'on retrouve une majorité d'incontinence urinaire par urgenterie ou mixte chez la femme plus âgée (plus de 70 ans) (3,6).

En Europe selon l'étude PURE l'incontinence urinaire d'effort est plus fréquente chez les 35-44 ans (pic) et l'incontinence urinaire mixte ou par urgenturie est plus fréquente chez les plus de 65 ans, tous pays confondus (42).

1.6.5. Prévalence selon la catégorie socioprofessionnelle

Selon l'étude d'Amarenco et al. la prévalence est plus forte chez les femmes de catégorie socioprofessionnelle élevée (53 %) et chez les femmes inactives (50 %) par rapport aux femmes de niveau socioprofessionnel bas (1).

1.6.6. Prévalence selon le secteur géographique

L'enquête épidémiologique réalisée par Amarenco et al. a retrouvé en France une plus forte prévalence en milieu rural (c'est-à-dire dans les agglomérations de moins de 2000 habitants) et dans l'agglomération parisienne avec respectivement 50 % et 55 % de femmes ayant déjà présenté des fuites au moins une fois dans leur vie (1).

1.6.7. Facteurs de risques retrouvés

Les facteurs de risques retrouvés systématiquement dans la plupart des études sont l'âge, l'obésité ou le surpoids (IMC supérieur à 25) et la parité (1,6,40,41,43).

Il est important de préciser que la grossesse et le mode d'accouchement par voie basse sont deux facteurs de risque bien distincts (1,40). Le mode d'accouchement par césarienne ne semble pas être un facteur de risque (40). Néanmoins le bénéfice que pourrait apporter une césarienne programmée sur la continence n'est pas démontré (44).

L'obésité est associée à une augmentation de la prévalence de tous les types d'incontinence urinaire, et selon l'étude de Hannestad et al. il existe une relation entre l'intensité des troubles et le surpoids (43).

Plusieurs autres facteurs de risques ont été identifiés parmi lesquels:

- la ménopause, particulièrement associée à l'incontinence urinaire par urgenturie selon l'étude d'Amarenco et al. (1,41). Néanmoins le rôle de la ménopause comme facteur indépendant de l'âge est controversé (45).

- des facteurs héréditaires avec une fréquence accrue d'incontinence urinaire chez les femmes ayant un antécédent familial au premier degré d'incontinence féminine (1,46)

- la consommation de tabac avec une augmentation du risque d'incontinence urinaire au-delà de 20 cigarettes par jour (43). La toux chronique liée à la consommation tabagique est également associée à une fréquence plus importante d'incontinence urinaire.

- la consommation de thé ou de café avec une prévalence d'incontinence urinaire plus élevée chez les consommatrices que dans la population générale (1,43).

Il existe également un lien entre l'incontinence urinaire et la pratique de certaines activités sportives (47). Le risque de fuite varie en fonction du sport pratiqué: faible pour la marche ou la natation, il augmente pour des sports tels que la gymnastique ou le trampoline. Cette association concerne des femmes de tout âge, qui ont souvent des réticences à en parler spontanément à leur médecin. La consultation annuelle donnant lieu à la délivrance d'un certificat de non contre-indication au sport est donc un moment privilégié au cours duquel le médecin généraliste peut aborder le problème.

Selon plusieurs études, le taux de femmes souffrant d'incontinence urinaire et ayant une pathologie associée varie de 45 % à 56,5 %. Ces études retrouvaient le plus souvent une constipation chronique, une incontinence anale, des infections urinaires, un prolapsus pelvien, un diabète, une BPCO ou une toux chronique, un syndrome dépressif ou encore une pathologie neurologique (1,41,42). Cette relation doit donc inciter le médecin à rechercher une incontinence urinaire chez les patients suivis pour un de ces troubles.

Selon l'enquête de Vallée et al. (39) une incontinence anale est présente chez 4% des femmes incontinentes urinaires (tout type confondu) contre 2,8 % dans la population féminine générale. Cette association est d'autant plus marquée que l'incontinence urinaire est sévère avec un taux d'incontinence anale de 8,3 % chez les femmes qui portent des garnitures. On retrouve également un lien plus fort en cas d'incontinence urinaire par urgenturie ou mixte avec un taux d'incontinence anale proche de 20 % dans cette population (1). Il faut donc la rechercher systématiquement à l'interrogatoire.

1.7. Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire féminine

Le diagnostic et la prise en charge de l'incontinence féminine non neurologique font l'objet de recommandations de la part de l'ANAES en 2003 (37) pour les médecins généralistes, mais aussi du CNGOF en 2009 (48) et de l'AFU en 2007 (49) et 2010 (50). L'EAU (European Association of Urology) a également publié des recommandations sur ce sujet en 2015 (51).

Les mictions par regorgement et les fuites extra-urétrales (25,26) par fistules vésico-vaginales ou abouchements ectopiques urétéraux n'entrent pas dans le cadre de l'incontinence urinaire féminine stricto sensu et ne seront pas abordées ici. Leur prise en charge reste du domaine du spécialiste (37).

1.7.1. Diagnostic de l'incontinence urinaire

Comme nous l'avons vu précédemment, l'incontinence urinaire féminine est fréquemment associée à certaines pathologies. Celles-ci peuvent favoriser, aggraver une incontinence ou en être directement la cause.

En médecine générale, il est recommandé par l'ANAES (37) de rechercher une incontinence urinaire dans certaines situations bien précises, notamment lors d'une consultation en rapport avec la sphère uro-génitale (contraception, troubles sexuels, suivi gynécologique), lors d'une toux chronique, d'un diabète (52), d'une constipation ou d'un trouble de la fonction ano-rectale, lors de la rédaction d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive, ou bien lorsque la patiente est atteinte d'une pathologie neurologique.

1.7.1.1. L'interrogatoire

Le diagnostic positif d'incontinence urinaire est avant tout un diagnostic d'interrogatoire. C'est la femme qui rapporte son incontinence, définie par la notion de fuites, quelles qu'en soient la quantité, le retentissement ou la cause. Il n'est pas nécessaire d'authentifier les fuites à l'examen clinique pour poser le diagnostic (36).

L'interrogatoire est ici fondamental, car en plus de poser le diagnostic, il permettra de déterminer le type d'incontinence urinaire (à l'effort, par urgenturie ou mixte), mais aussi de rechercher les facteurs de risque et surtout les facteurs favorisant ou aggravant l'incontinence (37). Ces facteurs étant parfois réversibles ou curables, ils sont à rechercher de manière systématique.

Il est ensuite recommandé de rechercher la date et les circonstances d'apparition de l'incontinence urinaire, de quantifier approximativement les pertes quotidiennes d'urine et d'évaluer le retentissement de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie.

Le recueil des traitements en cours et antécédents, notamment gynéco-obstétricaux ou chirurgicaux, se fera également au cours de cette étape et permettra de rechercher une cause iatrogène. On recherchera enfin des signes ou symptômes évocateurs d'une pathologie organique associée pouvant bénéficier d'un traitement spécifique, et des éventuelles erreurs hygiéno-diététiques pouvant être corrigées (37).

1.7.1.2. Les questionnaires de symptômes et de qualité de vie

Afin de standardiser l'interrogatoire et de déterminer le type d'incontinence urinaire, l'EAU et l'AFU recommandent l'utilisation de questionnaires validés en français, qui comportent un nombre de question limité facilitant leur remplissage et leur interprétation. En pratique, l'AFU recommande l'utilisation de l'USP® (Urinary Symptom Profile) (annexe 1), auto administré (49,51).

Les mêmes sociétés savantes recommandent également l'utilisation de questionnaires de qualité de vie validés pour évaluer le retentissement de l'incontinence urinaire (37,49,51).

On peut citer parmi eux le questionnaire Contilife®, peu utilisé en pratique courante car trop long (53), ou Ditrovie® qui existe en version courte (annexes 2 et 3). Ils peuvent également être utilisés dans le cadre de la recherche.

Néanmoins, l'EAU souligne qu'il n'y a pas de preuve que l'utilisation de questionnaires dans le bilan d'une incontinence améliore la prise en charge (51).

1.7.1.3. L'examen clinique

Il est recommandé de réaliser un examen clinique uro-gynécologique chez toutes les patientes présentant une incontinence urinaire (37,48,49,51).

Il doit avoir lieu chez une patiente allongée, vessie pleine et permettra de rechercher une fuite d'urine provoquée aux efforts de poussée ou de toux, d'évaluer la mobilité urétrale, d'éliminer un prolapsus, un globe vésical ou une fistule vésico-vaginale. Selon le CNGOF, en cas de test à la toux négatif, il est recommandé de répéter l'examen, vessie pleine, en position debout (48). En cas de fuite avec mobilité urétrale constatée cliniquement, il est recommandé de réaliser les manœuvres de soutènement du col vésical (Bonney) ou de l'urètre (Ulmsten) pour corriger ces fuites (48,49).

On réalisera également une évaluation de la qualité du plancher pelvien et de la force des muscles périnéaux, ainsi qu'un testing sensitif du périnée en cas de suspicion d'atteinte neurologique.

L'examen clinique gynécologique sera complété par un examen général recherchant une pathologie associée.

1.7.2. Bilan de l'incontinence urinaire

1.7.2.1. Le catalogue mictionnel

Il s'agit d'un recueil des horaires des mictions jour et nuit sur une période d'au moins 24 heures, il mentionnera également le volume mictionnel, les épisodes d'incontinence (importance et fréquence), d'urgenterie et le nombre de protections utilisées (24,26).

La réalisation d'un catalogue ou calendrier mictionnel (annexe 4) est recommandée par toutes les sociétés savantes dans le bilan initial d'une incontinence urinaire (avec une nuance pour le CNGOF qui le recommande seulement en cas de symptômes d'urgenterie, de pollakiurie ou de nycturie) afin de repérer des troubles de la phase de stockage et de vidange, d'estimer la fréquence des épisodes d'incontinence et leurs circonstances d'apparition (37,48,49,51). Il peut également servir d'outil thérapeutique en cas de rééducation comportementale et d'outil de suivi. Selon Le Normand (53), c'est un outil essentiel de l'évaluation des symptômes et les médecins généralistes doivent être sensibilisés à son utilisation.

1.7.2.2. Le Pad test

Le pad test correspond à la quantification des pertes d'urine à partir de l'augmentation de poids des protections urinaires (pesée des protections avant et après le test) pendant une durée déterminée (25,26). Il fournit une orientation quant à la sévérité de l'incontinence.

Selon l'AFU, la réalisation d'un pad test n'est pas recommandée dans l'évaluation d'une incontinence urinaire à l'effort prouvée, mais il peut être utilisé pour confirmer une incontinence urinaire non retrouvée cliniquement ou pour évaluer objectivement les résultats d'un traitement (48,49,51). L'EAU précise qu'une durée et un protocole d'activités physiques standardisé doivent être utilisés (51).

1.7.2.3. Explorations complémentaires

1.7.2.3.1. Bandelette urinaire et examen cyto-bactériologique des urines (ECBU)

L'EAU recommande dans son rapport de 2015 de réaliser une bandelette urinaire dans le bilan initial de toute incontinence urinaire (51).

Dans les recommandations françaises, le dépistage des infections urinaires par bandelette ou ECBU n'est pas systématique. Il est recommandé par l'ANAES et l'AFU en première intention chez toute femme présentant une incontinence urinaire par urgenturie ou mixte, et chez la femme âgée portant régulièrement des protections, quel que soit le type de son incontinence (37,49). L'ECBU sera par contre obligatoirement réalisé avant toute cystoscopie ou bilan urodynamique (49).

1.7.2.3.2. Echographie de l'appareil urinaire

D'après les recommandations de l'ANAES et de l'AFU, une échographie vésicale à la recherche d'un résidu post-mictionnel doit être réalisée si une chirurgie est envisagée lors d'une d'incontinence urinaire d'effort ou mixte, avant l'introduction d'un traitement anticholinergique chez la patiente âgée ou en cas de suspicion de rétention urinaire chronique.

L'échographie rénale n'est pas recommandée dans le bilan initial d'une incontinence urinaire (37,51).

1.7.2.3.3. Cystoscopie

Elle n'est pas recommandée par en première intention dans le bilan d'une incontinence urinaire, sauf en cas de suspicion de pathologie tumorale vésicale (37,49).

1.7.2.3.4. Bilan urodynamique

Toutes les sociétés savantes s'accordent à dire que le bilan urodynamique n'est pas recommandé avant d'introduire un traitement de première intention, lorsque le diagnostic du type d'incontinence est bien établi (37,48,49,51).

Il est proposé dans certaines situations:

- si la détermination du type d'incontinence est difficile ou si l'évaluation initiale ne permet pas la mise en route d'un traitement de première intention

- en cas d'échec d'un traitement de première ligne dans les deux types d'incontinence urinaire

- en cas de suspicion de pathologie associée, notamment neurologique, de prolapsus important, de troubles mictionnels, d'antécédents chirurgicaux pelviens urinaires ou gynécologiques...

- en cas d'incontinence urinaire d'effort avant un traitement chirurgical. Dans cette indication un bilan urodynamique complet est recommandé par le CNGOF (48), tandis que l'AFU se limite à la réalisation d'une débitmétrie associée à la mesure du résidu post-mictionnel si il s'agit d'une incontinence d'effort pure (54).

1.7.3. Traitement de l'incontinence urinaire

1.7.3.1. Règles hygiéno-diététiques

Chez toute patiente en surpoids se plaignant d'incontinence urinaire, quel qu'en soit le type, le CNGOF et l'EAU recommandent une prise en charge associant mesures diététiques et exercice physique visant à perdre du poids car il est démontré qu'une réduction pondérale supérieure ou égale à 5% améliore l'incontinence urinaire (48,51).

Toutes les sociétés savantes préconisent également d'effectuer un sevrage tabagique si la patiente fume, de réduire la consommation de caféine (améliore l'urgenterie et la pollakiurie), et d'adapter les apports liquidiens sur la journée.

La prise en charge des pathologies associées favorisantes doit également être réalisée, notamment la toux chronique ou la constipation.

1.7.3.2. Traitement de l'incontinence urinaire d'effort

Le traitement recommandé en première intention par toutes les sociétés savantes (37,48,50,51,55) pour l'incontinence à l'effort est la rééducation périnéosphinctérienne par méthode manuelle, seule ou associée au biofeedback ou à l'électrostimulation. Il est noté par l'ANAES que l'association de plusieurs techniques rééducatives semble plus efficace que la pratique d'une seule. La rééducation peut être effectuée par un kinésithérapeute ou une sage-femme. L'AFU recommande la poursuite des exercices d'auto-rééducation à domicile afin de garder le bénéfice acquis sur du long terme, et des séances d'entretien pourront être proposées afin de corriger les exercices si nécessaire et de remotiver la patiente (55).

En cas d'incontinence d'effort très invalidante, un avis spécialisé pourra être demandé afin de bénéficier d'un traitement chirurgical d'emblée.

De la même manière, un traitement chirurgical pourra être envisagé en l'absence de disparition ou d'amélioration des symptômes après 10 à 20 séances de rééducation bien conduite.

Le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort par hypermobilité urétrale recommandé en premier lieu est la pose de bandelette sous-urétrale, qu'elle soit par voie rétro-pubienne ou trans-obturatrice. Cette technique est recommandée préférentiellement à la colposuspension selon Burch (malgré des résultats fonctionnels semblables) car les suites opératoires sont plus simples et plus courtes (48,51,56,57). En cas d'insuffisance sphinctérienne sans hypermobilité urétrale, les alternatives chirurgicales recommandées sont représentées par le sphincter urinaire artificiel (58), ou les ballons péri-urétraux (59). Les injections péri-urétrales peuvent être utilisées au cas par cas chez les patientes fragiles ou qui ne veulent pas de chirurgie, mais leur efficacité est nettement inférieure aux ballons ou au sphincter artificiel (39).

Un traitement hormonal par œstrogènes administrés par voie intra vaginale est recommandé dans le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort par l'AFU (50,61), en association à la rééducation périnéo-sphinctérienne ou avant chirurgie, lorsque la patiente présente une atrophie vulvo-vaginale.

Inversement, la duloxétine utilisée en Europe (YENTREVE®, 40 mg deux fois par jour) dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort (51), n'est pas recommandée en France et ne dispose d'aucune AMM dans cette indication. Il s'agit d'un antidépresseur inhibiteur de la Sérotonine et de la Noradrénaline dont l'efficacité a été démontrée sur l'amélioration de la qualité de vie, en association avec la rééducation périnéale (48,61). La duloxétine est commercialisée en France sous le nom de CYMBALTA® (30 ou 60mg) dans le traitement des troubles dépressifs majeurs, des troubles anxieux généralisés et des douleurs neuropathiques d'origine diabétique.

1.7.3.3. Traitement de l'incontinence urinaire par urgenturie

D'après l'ANAES et le CNGOF (37,48), les traitements comportementaux associés à la rééducation périnéo-sphinctérienne par méthode manuelle et électrostimulation fonctionnelle (avec des fréquences de courant inhibant le détrusor) sont recommandés en première intention. Les traitements comportementaux comprennent l'adaptation des apports liquidiens, la correction des erreurs hygiéno-diététiques, la reprogrammation mictionnelle avec tenue d'un calendrier mictionnel.

Un traitement pharmacologique par un anticholinergique peut également être proposé en première intention, ou après échec du traitement comportemental et rééducatif (37,51,61).

Les anticholinergiques sont des antagonistes des récepteurs muscariniques post-ganglionnaires, qui diminuent les contractions détrusoriennes lors de la phase de

remplissage sans compromettre la contractilité nécessaire à la phase mictionnelle. Ils ont ainsi un effet sur les symptômes liés à l'incontinence par urgenterie.

Cependant, leur action n'étant pas sélective sur la vessie, ils sont fréquemment responsables d'effets secondaires tels que xérostomie, constipation, xérophtalmie, dysurie et rétention urinaire, palpitations, troubles cognitifs, asthénie, sécheresse cutanée et allergies. Pour cette raison, il est recommandé de s'assurer avant l'initiation du traitement de l'absence de rétention urinaire chronique et d'infection urinaire (37,48). Les difficultés de tolérance liées à ces molécules sont souvent responsables d'un abandon du traitement (62).

Les anticholinergiques recommandés en première intention par l'ANAES en 2003 (37) sont le chlorhydrate d'oxybutinine DITROPAN® (5 mg, 1 à 3 fois par jour), le chlorure de trospium CERIS® (20 mg par jour) et le tolterodine DETRUSITOL® (2 mg, 2 fois par jour), ce dernier n'étant pas remboursé par l'Assurance Maladie.

Cependant, depuis la publication de ces recommandations, d'autres molécules ont été mises sur le marché en France. Il s'agit du solifénacine VESICARE® (5 mg à 10 mg, 1 fois par jour) et du fésotérodine TOVIAZ® (4 mg à 8 mg, 1 fois par jour). Elles présentent un meilleur profil efficacité/tolérance que le tolterodine ou le chlorhydrate d'oxybutinine d'après deux méta-analyses publiées en 2012 (63,64).

Ces deux molécules sont remboursées par l'Assurance maladie. Elles présentent par ailleurs l'avantage d'être administrés en une prise quotidienne, ce qui facilite l'observance. L'efficacité maximale de ces traitements étant atteinte en 5 à 8 semaines, il est recommandé de ne pas les interrompre plus tôt si la tolérance le permet.

Les contre-indications de la classe des anticholinergiques sont essentiellement représentées par le glaucome aigu à angle fermé, la rétention aiguë ou chronique d'urines, la prise concomitante de traitements anticholinesthésiques, la myasthénie, l'atonie intestinale et le syndrome sec (61).

Dans le cas de la patiente âgée fragilisée, il est recommandé d'évaluer les fonctions cognitives (bilan spécialisé gériatrique) avant la mise sous traitement anticholinergique, et de faire une surveillance au cours du traitement (37,48,51). Les anticholinergiques à

privilégier chez le sujet âgé sont le chlorure de trospium et la fesotérodine car ils sont mieux tolérés sur le plan cognitif (65). De plus, il est recommandé d'éliminer une rétention urinaire chronique par la réalisation d'une échographie vésicale avec mesure du résidu post-mictionnel, et de surveiller l'apparition d'une constipation, d'un globe vésical sous traitement anticholinergique. La posologie initiale pourra également être adaptée à la patiente âgée en la diminuant de moitié et en espaçant les prises si nécessaire (37).

En l'absence d'efficacité du traitement anticholinergique, il est recommandé de réaliser un bilan urodynamique et de prendre un avis spécialisé pour décider de la suite du traitement. Si le bilan urodynamique avait déjà été réalisé, il est possible d'essayer un nouvel anticholinergique puis de prendre un avis spécialisé en cas d'échec de celui-ci (37).

Parmi les alternatives thérapeutiques, le mirabegron BETMIGA® (25 mg à 50 mg, 1 fois par jour) est un agoniste des récepteurs beta3 adrénergiques. Il provoque une relaxation du détrusor tout en étant dépourvu d'effets anticholinergiques.

Ce traitement peut être prescrit en deuxième intention pour les patients ayant une intolérance ou une contre-indication aux anticholinergiques (66). L'association avec un anticholinergique représente également une option thérapeutique avec une meilleure efficacité sans diminution de tolérance (67). Les effets indésirables cardio-vasculaires à long terme n'ont cependant pas été entièrement évalués. Le mirabegron possède une autorisation de mise sur le marché en France depuis 2012 mais n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. L'amélioration du service médical rendu (ASMR) a été jugée inexistante par la Commission de la Transparence de la HAS en 2014 (68).

D'après l'AFU (50) les traitements de deuxième ligne pouvant être mis en place après avis spécialisé en cas d'incontinence urinaire par urgenturie sont la neurostimulation transcutanée du nerf tibial postérieur (55) qui présente l'avantage de ne pas être invasive, la neuromodulation des racines sacrées (69), et depuis 2014 les injections de toxine botulique intra-détrusoriennes (70).

Un traitement œstrogénique local par voie intra-vaginale peut être proposé chez la femme ménopausée pour améliorer l'urgenturie et la pollakiurie (48,50,51,61).

1.7.3.4. Traitement de l'incontinence urinaire mixte

Le traitement recommandé en première intention varie ici en fonction des symptômes les plus gênants pour la patiente: on traitera la composante d'effort par rééducation périnéo-sphinctérienne, et/ou la composante par urgenturie par rééducation comportementale, rééducation périnéo-sphinctérienne associées ou non à un traitement anticholinergique selon les modalités définies précédemment (37,51).

En cas d'échec après 10 à 20 séances de rééducation, et/ou 5 à 8 semaines de traitement anticholinergique, il est recommandé de réaliser un bilan urodynamique (37) et de prendre un avis spécialisé afin de mettre en place les traitements de seconde intention.

Selon l'ANAES, même si ses traitements ne sont pas initiés par le médecin traitant, celui-ci doit les connaître afin de pouvoir donner une information loyale et complète à la patiente de manière à prendre une décision thérapeutique partagée (7,37).

1.8. Données sur la prise en charge de l'incontinence urinaire

1.8.1. Généralités sur la prise en charge de l'incontinence urinaire féminine

Il existe une discordance entre la prévalence élevée de l'incontinence urinaire féminine et le nombre de patientes cherchant une solution médicale à ce problème: selon Ballanger seulement 1/4 consultent aux Etats Unis pour ce problème, et 1/3 en France(3).

D'après une étude plus récente réalisée par Lasserre et al. (6) en médecine générale en France, on retrouve un chiffre presque deux fois plus élevé avec 60,3 % de femmes souffrant d'incontinence urinaire qui déclarent n'avoir jamais consulté pour ce motif. Les patientes demandeuses de traitement pour leur incontinence urinaire sont celles qui présentent une altération significative de leur qualité de vie et/ou une fréquence et une importance des fuites élevées (6).

Selon Vallée et al. (39) la question de l'incontinence urinaire n'est pas suffisamment abordée par les médecins traitants en consultation. En effet les femmes incontinentes portant des garnitures n'avaient été interrogées par leur médecin à ce sujet que dans un cas sur deux. Parmi les femmes peu gênées par leur incontinence le problème n'avait été soulevé par le médecin que dans un tiers des cas.

Au total, l'incontinence urinaire est une pathologie probablement sous-évaluée car la question n'est pas posée par le médecin et les patientes n'en parlent pas spontanément. Plusieurs hypothèses ont été avancées expliquant l'absence de démarche pour consulter leur médecin: tabou social, considération de l'incontinence urinaire comme un processus physiologique faisant partie du vieillissement, gêne modérée souvent acceptée par les patientes, manque d'informations des patientes sur les différentes possibilités thérapeutiques (71).

1.8.2. Données sur les acteurs de la prise en charge

D'après l'étude de Lasserre et al. , parmi les femmes souffrant d'incontinence urinaire ayant déjà consulté, plus de la moitié se sont adressées à leur généraliste (53,3 %), puis à un gynécologue (37 %) et un urologue (23,9 %) (6).

1.8.3. Délai de consultation

Selon Sykes et al. (42) parmi la population de femmes présentant des symptômes d'incontinence urinaire étudiées dans les quatorze pays européens participant à l'étude, 48 % ont attendu moins de deux ans avant de consulter, 28 % entre 3 et 5 ans, 13 % entre 6 et 10 ans, et 11 % plus de 11 ans. Le délai de consultation en Europe est donc de 2 ans au minimum pour la moitié des femmes présentant une incontinence urinaire.

1.8.4. Prise en charge thérapeutique

En France, selon l'étude d'Amarenco et al. 57 % des femmes ayant un antécédent d'incontinence au cours de leur vie n'ont jamais été traitées.

Sur les 34% souffrant d'incontinence urinaire au moment de l'étude, 7 % ont été traitées au moins une fois par un médicament, et 26 % ont eu au moins une fois des séances de rééducation périnéale. Ces séances de rééducation périnéale remontaient à 7,4 ans en moyenne au moment de l'enquête, ce qui démontre une absence de séances d'entretien (1).

Dans l'étude de Lasserre et al. (6), la rééducation périnéale a été le traitement le plus prescrit, particulièrement pour les femmes atteintes d'incontinence urinaire à l'effort (24,9 %) et mixte (22,8 %). Néanmoins, les femmes souffrant d'incontinence urinaire par urgenturie n'ont bénéficié de rééducation périnéale que dans 3,6 % des cas.

1.9. Formation des médecins généralistes

Jusqu'en 2013, l'enseignement théorique dispensé lors du deuxième cycle des études médicales comprenait 345 items dont un qui traitait de l'incontinence urinaire: "N°321. Incontinence urinaire de l'adulte: devant une incontinence urinaire de l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents." Connaître les traitements ne faisait pas partie des objectifs pédagogiques (72).

Depuis l'application du Bulletin Officiel n°20 du 16 mai 2013 (73), l'enseignement théorique comprend un tronc commun composé de 13 unités d'enseignements (UE) dont 11 unités d'enseignement transdisciplinaires regroupant 362 items.

L'incontinence urinaire est traitée dans un de ces items, qui s'intitule "N°121. Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé".

Les objectifs pédagogiques définis pour cet item sont les suivants: devant un trouble de la miction ou une incontinence urinaire de l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents; décrire les principes de la prise en charge au long cours.

Selon la thèse de Dubreuil publiée en 2007 (9), 13% des médecins généralistes interrogés sur leur formation ont déclaré que le thème de l'incontinence urinaire n'était pas abordé au cours du deuxième cycle des études médicales, 70% déclarent n'avoir pas abordé cette question lors du troisième cycle, et 83% n'en parlent pas lors de leur formation continue. Bien que le nombre de médecins interrogés soit faible, il apparaît que la formation des médecins à la prise en charge de l'incontinence urinaire est probablement insuffisante. Il est donc important d'utiliser d'autres supports pour faire passer les messages de prise en charge de l'incontinence urinaire aux médecins généralistes.

2. Deuxième partie: Enquête

2.1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de déterminer si les médecins généralistes en Béarn et Soule prennent en charge les patientes souffrant d'incontinence urinaire non neurologique non post-partum, et si oui quelles sont leurs pratiques?

Les objectifs secondaires sont:

- de mettre en évidence les raisons pour lesquelles les patientes sont directement orientées vers un spécialiste
- de déterminer si les médecins généralistes sont demandeurs d'un support d'aide à la prise en charge.

2.2. Matériel et méthode

2.2.1. Population

La population concernée par l'enquête est représentée par les médecins généralistes installés exerçant en libéral, répertoriés dans l'annuaire téléphonique (pages jaunes) dans le secteur Béarn et Soule (64B). Ce secteur a été défini géographiquement selon le découpage réalisé par l'ARS en territoires de santé pour la permanence des soins ambulatoires en aquitaine (74).

2.2.2. Modalités de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive réalisée au moyen d'un questionnaire (annexe 5) adressé aux médecins généralistes concernant leurs pratiques à partir des recommandations ANAES, avec des mises à jour provenant des recommandations de l'AFU et du CNGOF. Le questionnaire a été élaboré avec l'aide du Département de l'Information Médicale d'Evaluation et Santé Publique (DIMESP) de l'hôpital de Pau.

Dans l'optique de favoriser la participation des médecins généralistes et d'obtenir un maximum de réponses, nous avons pris en compte le peu de temps dont ils disposent en dehors de leur exercice. C'est la raison pour laquelle nous avons élaboré un questionnaire simple, à choix multiple nécessitant un temps de passation court, avec quelques réponses ouvertes ou possibilités de commentaires. Afin de respecter l'anonymat des médecins généralistes demandeurs de la fiche d'aide à la prise en charge, un coupon réponse pouvant être renvoyé séparément était joint au questionnaire. Pour ceux qui le souhaitaient il était possible de faire la demande de fiche directement par mail.

Le questionnaire a été adressé par voie postale accompagné d'un courrier explicatif (annexe 6) et de l'enveloppe retour pré-affranchie, pendant la période du 26 décembre 2014 au 23 janvier 2015. Il a été demandé aux participants d'envoyer leur réponse dans un délai d'un mois.

2.2.3. Recueil des données

Les réponses ont été récupérées jusqu'au 23 février 2015 et ont été répertoriées dans un tableau Excel®. Les coupons de demande de support d'aide à la prise en charge ont été séparés des questionnaires avant la récupération des données afin de respecter l'anonymat des médecins généralistes.

2.2.4. Analyse statistique

Les analyses statistiques descriptive et bivariées ont été réalisées au sein du DIMESP de l'hôpital de Pau, à l'aide du logiciel EpiData Analysis® V2.2.2.182.

Les analyses bivariées ont été réalisées en fonction du sexe des médecins généralistes, de leur zone d'exercice et de leur âge. Les deux tranches d'âge utilisées ont été déterminées en fonction de l'âge médian de la population de médecins généralistes.

Les tests utilisés pour les analyses bivariées sont le test du Chi² avec un seuil de significativité p de 0,05 et le test exact de Fischer pour les analyses concernant des effectifs inférieurs à 5, avec un seuil de significativité p de 0,05 également.

2.2.5. Elaboration de la fiche tryptique d'aide à la prise en charge

La fiche tryptique (annexe 7) a été élaborée à partir des recommandations ANAES destinées aux médecins généralistes, en prenant en compte les réactualisations provenant des recommandations du CNGOF publiées en 2009, de l'AFU en 2010 et de l'EAU en 2015.

Elle a été envoyée aux médecins généralistes qui en ont fait la demande.

2.3. Résultats

2.3.1. Qualité des réponses

Sur les 385 questionnaires envoyés, nous avons obtenu 160 réponses soit un taux de 42 %.

Parmi les 160 courriers reçus, nous avons comptabilisé:

- 158 questionnaires retournés remplis
- 2 questionnaires retournés non remplis (1 médecin ayant pris sa retraite et 1 médecin exerçant exclusivement une activité d'allergologue)

En plus des 160 réponses, nous avons également recensé 5 retours de courrier pour destinataire inconnu à l'adresse indiquée.

Au total, 158 questionnaires ont été analysés, cependant 53 d'entre eux n'étaient pas complets (soit 34 %).

L'item le plus souvent laissé sans réponse dans 17 % des cas (26 questionnaires) est celui correspondant à la question numéro 6: circonstances de recherche d'une incontinence urinaire.

Viennent ensuite:

- la place du bilan urodynamique dans le bilan de l'incontinence (question numéro 17) pour 10 questionnaires, soit 6,3 %
- la commune d'exercice (question numéro 3) pour 9 questionnaires, soit 5,7 %
- les questions numéro 2, 5, 11, 14, 16 et 20 n'ont pas été renseignées une fois chacune
- les trois dernières questions ont été oubliées pour 6 questionnaires (3,8 %)
- un questionnaire n'a pas été complété à partir de la question numéro 7 (prise en charge de l'incontinence urinaire)
- un médecin n'a pas complété la page deux de son questionnaire.

Nous pouvons avancer plusieurs hypothèses pour expliquer ces items non renseignés:

- problème de compréhension des questions, par manque de clarté dans la formulation de l'énoncé, ou par l'absence d'explication de ce qu'est un bilan urodynamique

- pour la question se rapportant à la commune d'exercice nous pouvons penser qu'elle n'a pas été renseignée par crainte de donner un indice sur l'identité du participant

- pour les questionnaires dont toute une partie est laissée vide, nous pouvons suspecter des oublis pouvant s'expliquer par un manque de temps à disposition des généralistes en dehors des activités du cabinet pour répondre à ce type d'enquête.

Par ailleurs, le questionnaire comportait une arborescence en fonction de la réponse à la question numéro 7 concernant la prise en charge de l'incontinence urinaire. Celle-ci n'a pas été respectée pour 21 questionnaires (soit 13 %):

- 8 médecins (5 %) ont coché qu'ils prenaient les patientes souffrant d'incontinence urinaire en charge, mais ont rempli les questions concernant l'adressage d'emblée à un spécialiste

- 13 médecins (8,2 %) ont signalé ne pas prendre en charge leurs patientes souffrant d'incontinence urinaire mais ont quand même complété les questions concernant leurs pratiques de prise en charge.

Pour toutes ces raisons, le total (n) des réponses analysées varie en fonction des items concernés.

2.3.2. Caractéristiques de la population ayant répondu

Il s'agit en majorité de médecins généralistes de sexe masculin, exerçant en zone urbaine (figure 7 et 8). Les définitions des zones urbaine et rurale utilisées sont celles élaborées par l'INSEE en 2010: une unité urbaine est un ensemble de communes sur lequel on trouve une zone de bâti continu (il n'y a pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) et dans lequel résident au moins 2000 habitants. Les communes n'entrant pas dans une unité urbaine correspondent au territoire rural (75).

Figure 7: Répartition des médecins généralistes selon le sexe (total n=158)

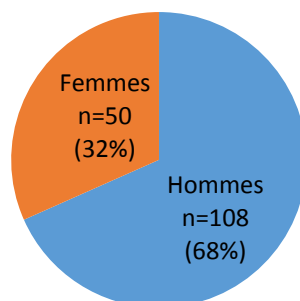
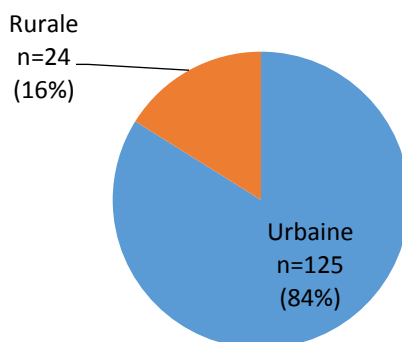


Figure 8: Répartition des médecins généralistes selon la zone d'exercice (total n=149)



La répartition hommes/femmes paraît plus équilibrée en zone rurale qu'en zone urbaine où il existe une nette prédominance masculine, bien que la différence ne soit pas statistiquement significative (tableau 1).

Tableau 1: Répartition des médecins généralistes en fonction de la zone d'exercice et du sexe

	Femme: n (%)	Homme: n (%)	Total: n (%)
Rural	10 (42)	14 (58)	24 (100)
Urbain	39 (31)	86 (69)	125 (100)
Total	49	100	149 (100)

p=0.3175 non significatif

L'âge moyen des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête était de 51,7 ans. En fonction du sexe il était de 48 ans pour les femmes et 53 ans pour les hommes (tableau 2). Un médecin n'a pas renseigné la question de l'âge.

Tableau 2: Age des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête (total n=157).

	Age minimum	Age maximum	Age Médian	Age Moyen (IC 95%)	p
Femmes	28	71	47,5	48,1 (45,4-50,8)	0,0029
Hommes	28	77	54,0	53,4 (51,4-55,4)	0,0029

2.3.3. Résultats principaux

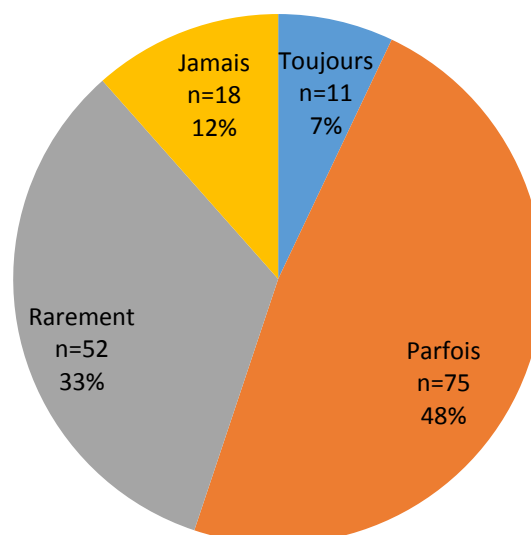
2.3.3.1. Recherche de l'incontinence urinaire par les médecins généralistes

Pour 76 % (n= 120) des 158 médecins généralistes interrogés, l'incontinence urinaire féminine non neurologique, non post-partum est une pathologie fréquente.

Cependant, dans leur pratique courante, la recherche d'une incontinence urinaire chez la femme de plus de 15 ans fait partie de l'interrogatoire de base pour seulement 7 % des médecins généralistes interrogés, et 12 % d'entre eux déclarent ne jamais poser la question (figure 9).

Au total le dépistage de l'incontinence urinaire en consultation est réalisé de manière régulière par 55% des médecins généralistes (7% posent toujours la question et 48% parfois).

Figure 9: Recherche de l'incontinence urinaire chez la femme de plus de 15 ans par les médecins généralistes (total n=156)

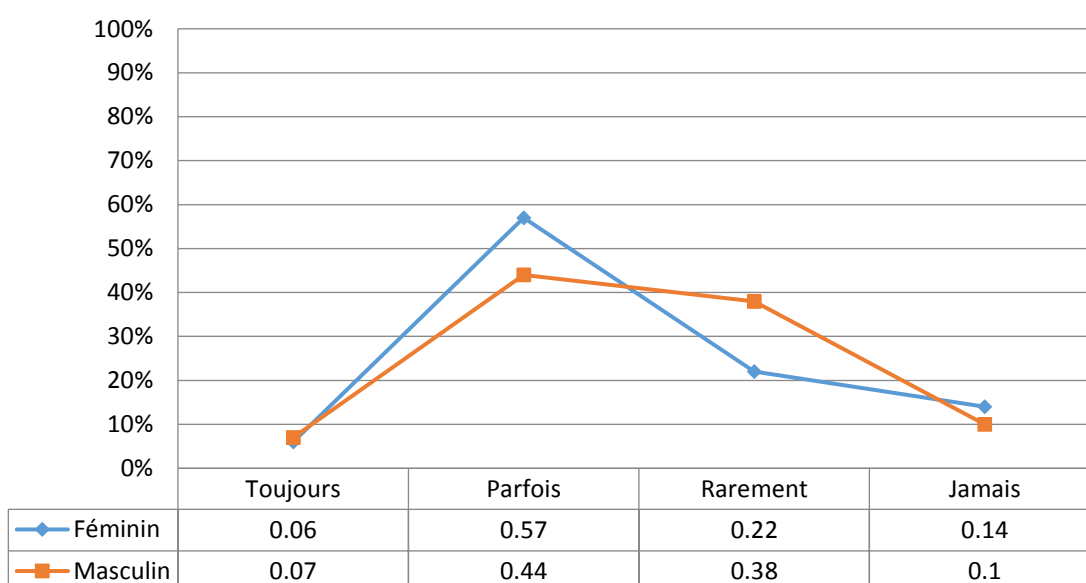


Ces chiffres ne sont pas ou peu influencés par l'âge et le sexe des médecins interrogés comme indiqué par les figures 10 et 11.

Figure 10: Recherche de l'incontinence urinaire en fonction de l'âge du médecin généraliste



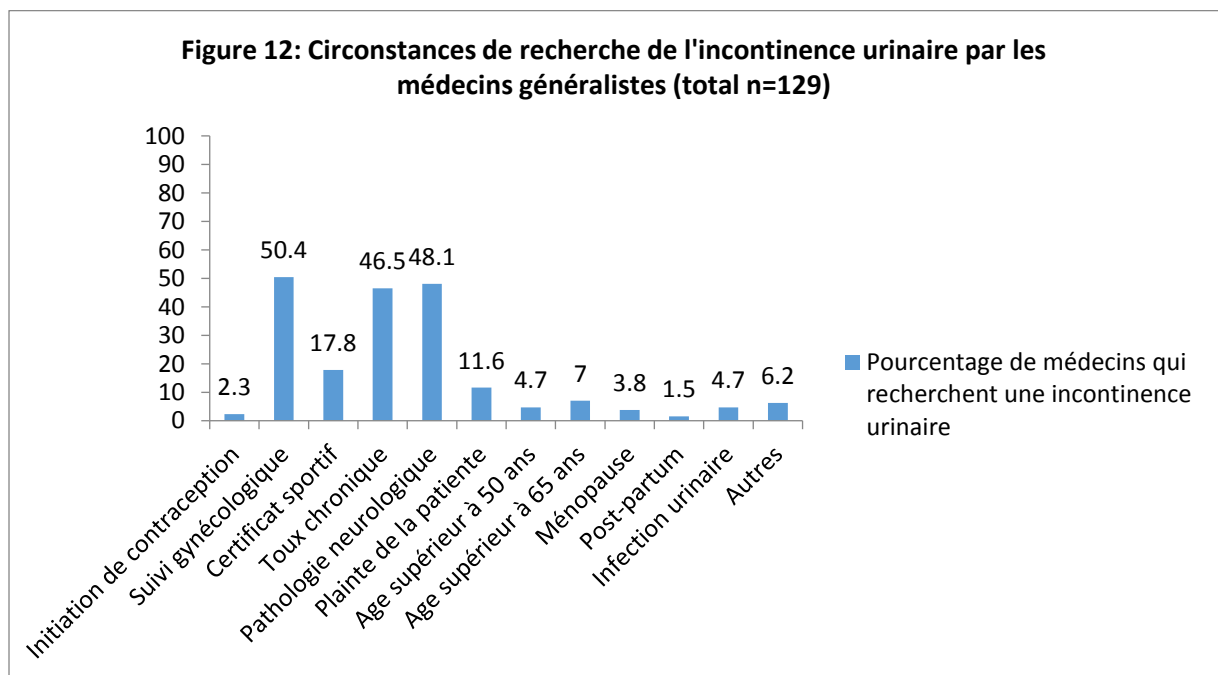
Figure 11: Recherche de l'incontinence urinaire en fonction du sexe du médecin généraliste



D'après les 129 réponses recueillies pour cette question, l'incontinence urinaire est principalement recherchée par les médecins généralistes lors des consultations de suivi gynécologique (n= 65), lorsque la patiente est atteinte d'une pathologie neurologique (n= 62), et lorsque la patiente présente une toux chronique (n= 60).

Les circonstances au cours desquelles les médecins recherchent une incontinence urinaire sont répertoriées dans la figure 12.

Les motifs "autres" évoqués par les médecins généralistes sont représentés par l'odeur nauséabonde des urines, la constipation chronique, lors de la consultation longue annuelle, d'un bilan général, ou en cas de renouvellement de traitement.



2.3.3.2. Prise en charge de l'incontinence urinaire

Parmi les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, 60 % (n= 94) déclarent prendre en charge les patientes souffrant d'incontinence urinaire, et 40 % (n= 63) disent les adresser d'emblée à un spécialiste. Un seul médecin n'a pas renseigné l'item correspondant (total n= 157).

2.3.3.2.1. En fonction de l'âge

Il n'y a pas de différence de prise en charge en fonction de l'âge des médecins interrogés (tableau 3). Parmi ceux qui prennent en charge leurs patientes souffrant d'incontinence urinaire, un médecin n'a pas renseigné son âge.

Tableau 3: Prise en charge de l'incontinence urinaire en fonction de l'âge

Age \ Prise en charge	Oui: n (%)	Non: n (%)	Total: n (%)
Entre 28 et 53 ans	47 (59)	32 (41)	79 (100)
Entre 53 et 77 ans	46 (60)	31 (40)	77 (100)
Total	93 (60)	63 (40)	156 (100)

p= 0,9750

2.3.3.2.2. En fonction du sexe

70 % des femmes médecins généralistes interrogées déclarent prendre en charge les patientes souffrant d'incontinence urinaire, contre 55 % des hommes (tableau 4). Cependant cette différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau 4: Prise en charge de l'incontinence urinaire en fonction du sexe.

Sexe \ Prise en charge	Oui: n (%)	Non: n (%)	Total: n (%)
Féminin	35 (70)	15 (30)	50 (100)
Masculin	59 (55)	48 (45)	107 (100)
Total	94 (60)	63 (40)	157 (100)

p= 0,0768

2.3.3.2.3. En fonction de la zone

Il n'y a pas de différence statistiquement significative de prise en charge des patientes souffrant d'incontinence urinaire en fonction de la zone d'exercice des médecins généralistes interrogés (tableau 5). Parmi eux, 9 médecins n'ont pas renseigné leur commune d'exercice (total n= 148).

Tableau 5: Prise en charge de l'incontinence urinaire en fonction de la zone d'exercice

Zone \ Prise en charge	Oui: n (%)	Non: n (%)	Total: n (%)
Rurale	14 (58)	10 (42)	24 (100)
Urbaine	79 (64)	45 (36)	124 (100)
Total	93 (63)	55 (37)	148 (100)

p=0,6179

2.3.3.3. Réalisation de l'interrogatoire et de l'examen clinique

Les items concernant l'interrogatoire et l'examen clinique des patientes ont été complétés par les 94 médecins qui ont répondu "oui" à la question numéro 7 ("Prenez-vous en charge les patientes souffrant d'incontinence urinaire?"), et par 8 à 9 médecins qui ont coché "non". Le total des réponses (n) varie donc entre 102 et 103.

- 94 % (n= 97) des 103 médecins généralistes ayant renseigné la question correspondante différencient les principaux types d'incontinence urinaire lors de leur interrogatoire.

- 96 % (n= 98) des médecins généralistes déclarent rechercher des facteurs favorisant l'incontinence urinaire lorsqu'ils prennent en charge leurs patientes (sur 102 réponses).

- L'évaluation du retentissement de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie des patientes est réalisée par 98 % (n= 101) d'entre eux (sur 103 réponses).

- Concernant l'examen gynécologique, ils ne sont que 37 % (n= 38) à le réaliser systématiquement en cas d'incontinence urinaire (sur 102 réponses).

- Enfin, la réalisation du calendrier mictionnel par la patiente complète l'interrogatoire de seulement 15 % (n= 16) des 103 médecins généralistes interrogés.

Au total, dans notre enquête, il semblerait que l'interrogatoire soit bien mené par les médecins généralistes, mais l'examen clinique n'est que peu réalisé. Le calendrier mictionnel n'est pas un outil employé dans leur pratique quotidienne.

2.3.3.4. Prescription d'examens complémentaires en cas d'incontinence urinaire

Les examens complémentaires prescrits en première intention par les 102 médecins généralistes interrogés sont l'ECBU pour 87 % (n= 89) d'entre eux et l'échographie vésicale avec recherche de résidu post mictionnel pour 71 % (n= 72) d'entre eux alors que 6 % (n= 6) n'en prescrivent aucun.

1 % des médecins (n= 1) prescrit une échographie abdomino-pelvienne dans ce contexte.

Il est intéressant de noter que 2 % (n= 2) des médecins généralistes considèrent que l'examen gynécologique est un examen complémentaire de première intention.

Concernant le bilan urodynamique, 16 % (n= 15) des 96 médecins interrogés envisagent de le réaliser d'emblée avec des indications variables: en cas d'urgenterie, en première intention devant une incontinence urinaire d'effort, en cas de chirurgie envisagée pour incontinence d'effort, ou en présence d'une incontinence urinaire sévère avec un retentissement important sur la qualité de vie.

2.3.3.5. Traitements prescrits en première intention devant une incontinence urinaire d'effort

Sur les 107 médecins ayant renseigné cet item, 93 % (n= 100) prescrivent des séances de rééducation périnéo-sphinctérienne en première intention.

Par ailleurs 16 % (n= 17) prescrivent des anticholinergiques dans cette indication.

On note que 14 % (n= 15) prescrivent également un traitement hormonal local, et un médecin nous dit revoir les règles hygiéno-diététiques à suivre avec les patientes.

La prescription d'homéopathie est réalisée par 3 % (n= 3) des médecins dans ce contexte.

2.3.3.6. Traitements prescrits en première intention devant une incontinence urinaire par urgenturie

106 médecins ont répondu à cette question, parmi lesquels 70 % (n= 74) prescrit en première intention des médicaments appartenant à la classe des anticholinergiques, associés ou non à de la rééducation périnéo-sphinctérienne pour 52 % (n= 55) d'entre eux.

Dans ce contexte, ils sont 13 % (n= 14) à prescrire une hormonothérapie locale; et 3% (n=3) à corriger d'éventuelles erreurs hygiéno-diététiques.

L'homéopathie est là aussi prescrite par 3 % (n= 3) des médecins.

Enfin, 3 % des médecins interrogés déclarent prendre un avis spécialisé d'emblée en cas d'incontinence urinaire par urgenturie.

2.3.4. Résultats secondaires

2.3.4.1. Connaissance des principaux effets secondaires des anticholinergiques

La grande majorité soit 93% (n=141) des 151 médecins interrogés déclare connaître les principaux effets secondaires de cette classe de médicaments.

2.3.4.2. Orientation des patientes vers un spécialiste

71 médecins ont renseigné la question portant sur le choix du spécialiste à qui ils adressent leurs patientes:

- 86 % (n= 61) adressent leurs patientes à un urologue
- 30 % (n= 21) à un spécialiste en médecine physique et réadaptation
- 23 % (n= 16) choisissent un gynécologue médical
- 17 % (n= 12) choisissent un chirurgien gynécologique.

Le motif principal pour lequel les patientes sont directement adressées à un confrère est le manque de formation continue sur l'incontinence urinaire pour 57 % (n= 40) des 70 médecins qui ont renseigné cette question.

Viennent ensuite le manque de temps pour 29 % (n= 20) d'entre eux, puis le choix de la patiente pour 21 % (n= 15). Enfin, 7 % (n= 5) des médecins orientent directement les patientes vers un confrère car ils considèrent que la prise en charge de l'incontinence urinaire requiert la compétence d'un spécialiste, et 6 % (n= 4) pensent qu'un bilan urodynamique doit être réalisé en première intention.

Par ailleurs, lorsqu'ils adressent leurs patientes à un spécialiste, 20 % (n= 14) des 70 médecins interrogés déclarent rencontrer des difficultés.

La principale est la longueur du délai avant l'obtention d'un rendez-vous, selon 13 médecins. Trois médecins ont également déclaré être gênés pour orienter les patientes vers

le spécialiste adéquat, et un médecin dit se trouver en difficulté à cause du refus des patientes de voir un confrère.

2.3.4.3. Connaissance des recommandations ANAES 2003 sur la prise en charge de l'incontinence urinaire par les médecins généralistes

Parmi les 151 médecins généralistes ayant répondu à la question portant sur la connaissance des recommandations ANAES 2003, seulement 19 % (n= 29) déclarent les connaître.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative de connaissance des recommandations ANAES en fonction de l'âge des médecins généralistes interrogés (tableau 6).

Tableau 6: Connaissance des recommandations ANAES en fonction de l'âge

Age\ Connaissance recommandations	Oui: n (%)	Non: n (%)	Total: n (%)
Entre 28 et 53 ans	13 (17)	63 (83)	76 (100)
Entre 53 et 77 ans	16 (22)	58 (78)	74 (100)
Total	29 (19)	121 (81)	150 (100)

p=0,4838

Il semblerait que les femmes soient moins nombreuses (1 sur 10) que les hommes (1 sur 5) à connaître les recommandations ANAES, mais cette différence n'est pas significative statistiquement (tableau 7).

Tableau 7: Connaissance des recommandations ANAES en fonction du sexe

Sexe \ Connaissance recommandations	Oui: n (%)	Non: n (%)	Total: n (%)
Féminin	6 (13)	42 (87)	48 (100)
Masculin	23 (22)	80 (78)	103 (100)
Total	29 (19)	122 (81)	151 (100)

p=0,1533

Il n'y a pas de différence statistiquement significative de connaissance des recommandations en fonction de la zone d'exercice des médecins interrogés (tableau 8).

Tableau 8: Connaissance des recommandations ANAES en fonction de la zone d'exercice

Zone \ Connaissance recommandations	Oui: n (%)	Non: n (%)	Total: n (%)
Rurale	6 (25)	18 (75)	24 (100)
Urbaine	21 (18)	99 (82)	120 (100)
Total	27 (19)	117 (81)	144 (100)

p= 0,3902

2.3.4.4. Demandes de support d'aide à la prise en charge sous forme de fiche de synthèse des recommandations

82 % (n= 123) des 151 médecins généralistes ayant renseigné la question correspondante souhaitent recevoir une fiche de synthèse des recommandations concernant la prise en charge de l'incontinence urinaire en médecine générale.

Parmi eux, on constate que les médecins les plus jeunes sont d'avantage demandeurs de ce support d'aide à la prise en charge par rapport aux plus de 53 ans (tableau 9).

Tableau 9: Demandes de fiche de synthèse en fonction de l'âge

Age \ Demande de fiche	Oui: n (%)	Non: n (%)	Total: n (%)
Entre 28 et 53 ans	67 (87)	10 (13)	77 (100)
Entre 53 et 77 ans	55 (74)	19 (26)	74 (100)
Total	122 (81)	29 (19)	151 (100)

p=0,0478 significatif

Bien que les chiffres ne soient pas statistiquement significatifs, il semblerait que les médecins de sexe féminin soient plus demandeuses de fiche de synthèse des recommandations (tableau 10).

Tableau 10: Demandes de fiche de synthèse en fonction du sexe

Sexe \ Demande de fiche	Oui: n (%)	Non: n (%)	Total: n (%)
Féminin	43 (90)	5 (10)	48 (100)
Masculin	80 (77)	24 (23)	104 (100)
Total	123 (81)	29 (19)	152 (100)

p=0,0648

Les demandes de fiche de synthèse semblent plus nombreuses (92 %) chez les médecins exerçant en milieu rural que chez ceux exerçant en milieu urbain (83 %). Cependant cette différence n'est pas significative statistiquement (tableau 11).

Tableau 11: Demandes de fiche de synthèse en fonction de la zone d'exercice

Zone \ Demande de fiche	Oui: n (%)	Non: n (%)	Total: n (%)
Rurale	22 (92)	2 (8)	24 (100)
Urbaine	100 (83)	21 (17)	121 (100)
Total	122 (81)	23 (19)	145 (100)

p=0,3680 (Fisher)

Au total, il semblerait que les femmes jeunes exerçant en milieu rural soient d'avantage demandeuses d'un support d'aide à la prise en charge.

2.4. Discussion

Le taux de participation des médecins généralistes à notre enquête est de 42 %, ce qui est conforme aux données de la littérature avec, pour des études similaires, des taux de réponse variant de 22 % à 54 % (8,76–78).

2.4.1. Résultat principal et son implication majeure

Bien que les trois quart des médecins généralistes interrogés dans notre enquête pensent que l'incontinence urinaire féminine non neurologique, non post-partum est une pathologie fréquente, ils ne sont que 55 % à la dépister régulièrement en consultation (48 % la recherchent parfois en consultation et 7 % toujours). Rechercher une incontinence urinaire n'est donc pas un réflexe dans la pratique quotidienne des médecins à l'inverse du dépistage d'une hypertension artérielle par exemple, peut-être parce qu'il s'agit d'une pathologie qui reste fonctionnelle, même si elle est handicapante.

Néanmoins, pour la majorité d'entre eux (60 %) les médecins généralistes prennent en charge les patientes souffrant d'incontinence urinaire, avec une prédominance plutôt féminine (70 % de femmes contre 55 % d'hommes, $p=0,076$ non significatif).

Etonnamment, il n'y a pas de différence de prise en charge en fonction de l'âge ou de la zone d'exercice. Nous nous serions attendus à ce que les médecins généralistes exerçant en zone rurale prennent d'avantage en charge leurs patientes du fait de la moindre accessibilité aux spécialistes.

En effet dans notre secteur d'enquête tous les spécialistes susceptibles de prendre en charge les patientes souffrant d'incontinence urinaire exercent en zone urbaine. L'annuaire téléphonique, rubrique pages jaunes, recense dans le secteur Béarn et Soule:

- 8 urologues exerçant à Pau
- 27 gynécologues dont 12 avec une activité de chirurgie ou d'obstétrique: 24 exerçant à Pau, 1 à Nay, 1 à Oloron Sainte-Marie et 1 à Orthez
- 12 médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation (8 localisés à Pau et 4 à Salies-de-Béarn).

L'interrogatoire est dans la plupart des cas bien mené: 94 % des médecins généralistes savent reconnaître les différents types d'incontinence urinaire, 96 % recherchent à l'interrogatoire les facteurs favorisants, et 98 % recherchent l'impact sur la qualité de vie.

Cependant l'examen clinique gynécologique n'est réalisé que par 37 % d'entre eux alors qu'il s'agit d'une étape fondamentale permettant d'éliminer un prolapsus, une fistule, et d'autres pathologies pouvant nécessiter une consultation spécialisée ou une prise en charge particulière.

Quant au calendrier mictionnel, pourtant recommandé car très informatif sur le fonctionnement vésical des patientes, il n'est demandé que par 15 % des médecins généralistes en pratique.

Le traitement le plus souvent mis en place en première intention par les médecins généralistes en cas d'incontinence d'effort est, pour 93 % d'entre eux, la rééducation périnéo-sphinctérienne, en accord avec les recommandations des différentes sociétés savantes. On note que 16 % d'entre eux utilisent un anticholinergique dans cette indication, et 14 % prescrivent un traitement hormonal local en cas de besoin.

Pour l'incontinence urinaire par urgenturie, les anticholinergiques sont les traitements de première intention les plus utilisés par les médecins généralistes (70 %), suivis par la rééducation périnéo-sphinctérienne pour 52 % des praticiens. 13 % d'entre eux prescrivent un traitement hormonal local si besoin. Enfin on note qu'en cas de notion d'urgenturie, 3 % des médecins généralistes prennent un avis spécialisé d'emblée, alors qu'aucun médecin ne déclare le faire en cas d'incontinence d'effort.

Au total, les médecins généralistes prenant en charge leurs patientes souffrant d'incontinence urinaire mènent un interrogatoire correct mais ne font pas d'examen clinique ni de calendrier mictionnel.

Néanmoins, leurs schémas de traitements de première intention sont conformes aux recommandations des sociétés savantes. Il existe cependant plusieurs points pouvant être améliorés, notamment la prescription excessive d'examens complémentaires pouvant être coûteux comme le bilan urodynamique, la prescription inappropriée d'anticholinergiques par

16% des praticiens en cas d'incontinence urinaire d'effort, le défaut de prescription de rééducation périnéale en cas d'incontinence urinaire par urgenturie.

Tous ces points peuvent être améliorés par une information adéquate des médecins généralistes afin qu'ils modifient leurs pratiques.

La connaissance des recommandations ANAES, 14 ans après leur parution, reste très limitée, par seulement 20 % des médecins généralistes. Ceux qui semblent les connaître le mieux sont les hommes de plus de 53 ans, exerçant plutôt en milieu rural, mais la différence n'est pas prouvée statistiquement.

Il est intéressant de noter que, malgré la mauvaise connaissance des recommandations concernant l'incontinence urinaire, les médecins généralistes sont tout de même conscients qu'il s'agit d'un problème fréquent. Ils sont demandeurs d'un outil simple d'aide à la prise en charge pour 81 % d'entre eux. Les praticiens âgés de moins de 53 ans sont les plus demandeurs (87 %, $p=0,47$ significatif), avec une prédominance plutôt féminine (90 %, $p=0,064$ non significatif) exerçant en milieu rural (92 %, $p= 0,368$ non significatif).

2.4.2. Choix du sujet, critique de la méthode

Le choix du sujet a été guidé par une volonté de mieux comprendre l'orientation par les médecins généralistes des patientes souffrant d'incontinence urinaire à la consultation spécialisée du service de médecine physique et réadaptation du centre hospitalier de Pau. La demande croissante de consultations rendant les délais d'attente de plus en plus importants, nous nous sommes questionnés sur les moyens d'agir sur la prise en charge en amont. Ce travail a pour objectif de sensibiliser les médecins généralistes à cette pathologie, et d'améliorer les pratiques professionnelles en proposant un outil d'aide à la prise en charge facile et actualisé.

Cette étude restant une thèse de médecine générale, nous avons volontairement fait le choix de ne pas évaluer les pratiques urologiques ou gynécologiques de ville.

Nous pouvons avancer plusieurs critiques concernant notre enquête:

- en vue d'étudier les pratiques du plus grand nombre, nous avons utilisé l'annuaire téléphonique afin de contacter le maximum de médecins généralistes exerçant en Béarn et Soule. Cependant, ce moyen de recrutement n'est pas exhaustif car il n'inclut pas les médecins remplaçants, exerçant en collaboration libérale, ou encore installés depuis très peu de temps. Enfin, moins d'un médecin sur deux a répondu à notre enquête (42%), ce qui représente un taux de participation moyen même s'il reste satisfaisant pour ce type d'étude. Nous pouvons par ailleurs penser que les médecins ayant répondu sont probablement plus sensibilisés à la prise en charge de l'incontinence urinaire, et ils ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes exerçant en Béarn et Soule.

- la deuxième critique vient du fait qu'il s'agit d'une étude de pratiques par questionnaire auto-administré, ce qui induit forcément un biais de désirabilité sociale. En effet la volonté des participants de se montrer sous un jour favorable influence les réponses aux questions par rapport à leur pratique réelle.

- la méthode d'enquête par courrier favorise également un biais de compréhension, car certaines questions n'ont probablement pas été bien appréhendées, sans possibilité pour le participant d'avoir des explications supplémentaires directement. Nous avons essayé de pallier cette difficulté en indiquant une adresse mail si les participants avaient des soucis pour répondre au questionnaire, mais aucune demande n'a été faite en ce sens.

- par ailleurs, l'utilisation d'un questionnaire à choix multiple permet d'obtenir un temps de passation plus court augmentant peut être le taux de réponse, mais il influence également le participant dans ses choix. Par exemple, pour les questions 18 et 19 le nombre de praticiens corrigeant les erreurs hygiéno-diététiques des patientes est probablement sous estimé car cet item n'est pas proposé dans les possibilités de traitement à cocher. Les 1 à 3% de médecins qui l'ont mentionné ont écrit dans la partie commentaires libres.

- on retrouve également un biais résidant dans le recueil de données, même si la marge d'interprétation est restreinte par l'utilisation du questionnaire à choix multiples. En effet certaines zones de commentaires libres avaient été proposées dans le questionnaire, dont

les données ont été intégrées à l'analyse statistique. Plusieurs questionnaires ont également été retournés avec, pour les questions 18 et 19 relatives au traitement de l'incontinence, des commentaires tels que " oui, parfois, selon l'âge, si problème de tonicité" notés à côté de la case "traitement hormonal local". Dans ce cas la réponse était considérée comme positive pour l'instauration de ce traitement même si la case n'était pas cochée.

- enfin, on peut retenir un biais d'information pour les questionnaires ou l'arborescence n'a pas été respectée. Ce biais aurait pu être évité si l'enquête avait été réalisée par téléphone par exemple, mais il est intéressant de voir que dans 13 questionnaires les médecins généralistes ont notifié qu'ils ne prenaient pas en charge les patientes souffrant d'incontinence urinaire, alors qu'ils ont rempli toutes les questions concernant les pratiques de prise en charge. On peut se demander si la réponse "non" à la question de la prise en charge des patientes n'a pas été un peu trop rapide... Cela pourrait traduire une sous estimation du nombre de médecins prenant en charge l'incontinence urinaire.

2.4.3. Discussion des résultats et comparaison avec les données de la littérature

Les bases de données utilisées pour la revue de la littérature étaient PubMed, EM-Premium, ScienceDirect. Les mots clé utilisés pour la recherche étaient "urinary incontinence" associés aux termes "women", "general practice", et/ou "France".

La littérature est plutôt pauvre concernant la prise en charge de l'incontinence urinaire par les médecins généralistes en France: nous n'avons retrouvé que deux études contenant ce type de données. La première est une étude menée en 2011 par Cado-Leclerc et al. portant sur la diffusion des recommandations pour la pratique clinique concernant l'incontinence urinaire, par questionnaire auto-administré envoyé par mail aux médecins généralistes d'un territoire de santé (8). La seconde a été réalisée en 2001 par O'Donnell et al. dans quatre pays européens dont la France, et évaluait les pratiques des médecins généralistes par un questionnaire adressé à des femmes de 18 ans et plus souffrant d'incontinence urinaire (77). Une thèse de médecine générale a également été publiée par Dubreuil en 2007, mais elle se concentre davantage sur la formation des médecins généralistes que sur les pratiques de prise en charge (9).

Néanmoins, différentes études traitant de ce sujet ont été menées dans d'autres pays européens tels que le Danemark, les Pays-Bas et l'Allemagne ainsi que le Royaume-Uni (76–82).

2.4.3.1. Dépistage et prise en charge de l'incontinence urinaire

55 % des médecins généralistes ont déclaré rechercher une incontinence urinaire systématiquement ou parfois en consultation, 33 % la recherchent rarement et 12 % ne posent jamais la question. Ces chiffres sont inférieurs à ceux retrouvés dans une étude danoise sur les pratiques des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'incontinence urinaire (76): 83 % posent la question parfois ou souvent. En France l'étude de Cado-Leclerc et al. retrouve un dépistage de l'incontinence urinaire réalisé dans 72 % des cas, mais uniquement lors des consultations réservées au suivi gynécologique (8). Dans notre enquête 50 % des médecins posent la question lors des consultations dédiées au suivi gynécologique.

En revanche, dans notre enquête, le taux de prise en charge de l'incontinence urinaire féminine est de 60 %, soit un peu plus de la moitié des médecins interrogés. Ce chiffre est plus élevé que celui retrouvé dans une étude réalisée auprès des médecins généralistes au Danemark en 2001, selon laquelle l'intérêt des médecins généralistes pour le problème de l'incontinence urinaire est modéré, et leur prise en charge est caractérisée par un taux élevé de référence à un spécialiste (50 à 66 % selon le type d'incontinence) (82).

La prise en charge de l'incontinence urinaire est plutôt féminine dans notre étude, ce qui pourrait s'expliquer par la gêne éventuelle des patientes pour évoquer ce problème devant un homme.

2.4.3.2. Interrogatoire

94 % des médecins ayant répondu à notre enquête savent différencier les principaux types d'incontinence urinaire à l'interrogatoire. Il y a une discordance avec l'étude de Cado-Leclerc et al. qui indique que 34 % des médecins généralistes ne connaissent pas la différence entre une incontinence urinaire à l'effort et une incontinence par urgenturie. Ceci pourrait être expliqué par le fait qu'il ne s'agit pas de la même population (territoires de santé différents), ou bien également par l'évolution des connaissances des médecins généralistes, notre enquête ayant été réalisée 4 ans plus tard.

Dans notre étude, 98 % des médecins généralistes déclarent rechercher un retentissement de l'incontinence sur la qualité de vie des patientes. Nous n'avons pas cherché à préciser s'ils s'appuyaient sur des questionnaires de qualité de vie ou non. L'étude de Cado-Leclerc et al. en France ne dénombre aucun médecin généraliste utilisant des questionnaires de qualité de vie, mais cela ne signifie pas qu'ils ne l'évaluent pas à l'interrogatoire (8).

L'inconvénient majeur des questionnaires est qu'il faut prendre du temps pour expliquer aux patientes comment les remplir correctement, ce qui peut expliquer leur défaut d'utilisation en pratique quotidienne. Ils permettent néanmoins de faire préciser la gêne des patientes, et d'apprécier l'efficacité d'un traitement.

2.4.3.3. Examen clinique

L'examen clinique gynécologique est réalisé par 37 % des médecins dans notre enquête. En revanche, 2 % d'entre eux considèrent qu'il s'agit d'un examen complémentaire constituant un motif d'orientation vers un spécialiste. Une étude rétrospective à partir des dossiers de patients pris en charge en médecine générale au Royaume-Uni retrouve la réalisation d'un examen gynécologique dans la moitié des cas (80). Les praticiens britanniques évoquent un manque de temps et de compétence pour réaliser l'examen gynécologique, notamment le testing périnéal, raison pour laquelle ils adressent les patientes à un gynécologue.

Nous pouvons avancer plusieurs hypothèses expliquant ce manque d'assiduité de la part des médecins généralistes interrogés dans la réalisation de l'examen gynécologique:

- le regroupement du stage de gynécologie avec le stage de pédiatrie dans la maquette des internes de médecine générale français. Au vu du nombre restreint de terrains de stages proposant de pratiquer les deux spécialités, les internes sont obligés la plupart du temps de choisir entre gynécologie et pédiatrie et ne sont donc pas forcément formés à pratiquer un examen clinique gynécologique. Ceci pourrait expliquer en partie le peu de médecins réalisant cet examen.

- le manque de temps en consultation de médecine générale ne facilite pas la réalisation d'un examen gynécologique. Les consultations sont souvent réalisées en un temps court, où les patientes évoquent plusieurs problèmes, et il n'est pas rare que les fuites urinaires ne soient abordées qu'en fin de consultation, au moment du départ... Cet élément est également mis en évidence dans l'étude de Gerrits et al. réalisée au Royaume-Uni (80).

- enfin, tous les cabinets des médecins généralistes ne possèdent pas forcément l'équipement nécessaire pour réaliser un examen gynécologique complet: table d'examen avec étrières, spéculums etc. Les médecins sont libres de s'équiper comme ils le souhaitent, en accord avec leurs pratiques.

Cependant, l'étude de Cado-Leclerc et al. nous permet de nuancer un peu ce faible taux de médecins pratiquant l'examen clinique gynécologique car elle retrouve 35% de médecins généralistes réalisant un testing périnéal, mais 75% réalisant un test à la toux (8). Ainsi, le test à la toux ne fait peut-être pas partie de l'examen gynécologique dans l'esprit des généralistes interrogés dans notre enquête. Même s'il n'est pas certain que ce test effectué seul modifie la prise en charge, nous pouvons nous demander s'il n'est pas réalisé plus souvent que ne le laisse penser notre étude.

2.4.3.4. Catalogue mictionnel

L'utilisation du catalogue mictionnel par les médecins généralistes est très variable selon les données de la littérature. On note qu'une étude retrouvant un taux de 92 % d'utilisation a été réalisée au Danemark en 2001. Cet excellent résultat pourrait s'expliquer par la mise en place dans ce pays d'une politique de subvention des médecins généralistes utilisant le catalogue mictionnel dans la prise en charge de l'incontinence urinaire. Cette population avait donc été largement sensibilisée et encouragée à cette pratique (76).

Les autres données sont plus proches des 15 % de notre enquête, allant de 0 % au Royaume-Uni (80) à 28 % en France (8). L'étude réalisée par Cado-Leclerc en France recense même 32 % de médecins généralistes ignorant ce qu'est un catalogue mictionnel. La distribution de catalogues mictionnels par les délégués médicaux des laboratoires pharmaceutiques présentant les molécules anticholinergiques constituait un moyen de diffusion facile, mais qui se réduit actuellement avec la diminution des visites.

Au total, cet outil pourtant recommandé par toutes les sociétés savantes dans le bilan initial d'une incontinence urinaire n'est que peu ou pas utilisé en pratique, peut-être par manque d'information des médecins généralistes.

2.4.3.5. Examens complémentaires

Les examens complémentaires prescrits dans le bilan initial d'une incontinence urinaire sont largement dominés par la prescription d'un ECBU pour 87 % des médecins interrogés. Ceci est en accord avec les recommandations de l'EAU qui préconisent de dépister une éventuelle infection urinaire devant toute incontinence urinaire. La prescription d'une échographie vésicale avec mesure du résidu post mictionnel est probablement excessive (71 %), car selon les recommandations elle ne devrait être prescrite que dans certaines indications comme le bilan pré-opératoire d'une incontinence d'effort ou mixte, ou avant l'instauration d'un traitement anticholinergique chez la femme âgée.

Le bilan urodynamique reste prescrit en première intention pour 16 % des praticiens, ce qui n'est pas recommandé par les principales sociétés savantes. Une mise au point sur ses

indications pourrait permettre de réaliser des économies, vu le coût élevé de cet examen (137,17 euros selon la classification commune des actes médicaux) (83). Il reste préférable, dans le doute, de prescrire une consultation spécialisée dont le coût est moindre.

Les données disponibles en France retiennent 56 % des médecins généralistes prescrivant un ECBU et une mesure du résidu post-mictionnel, 26 % un bilan urodynamique, 23 % une échographie pelvienne et 22 % une échographie rénale et vésicale. Au Royaume-Uni, le seul examen recommandé par le NICE en 2006 (équivalent de notre Haute Autorité de Santé) est la bandelette urinaire, prescrite par 40 % des généralistes (80).

2.4.3.6. Traitements de l'incontinence urinaire

Les traitements de l'incontinence urinaire mis en place par les médecins généralistes en première intention sont plutôt en accord avec les recommandations.

Concernant le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort, 93 % des médecins que nous avons interrogés prescrivent de la rééducation périnéo-sphinctérienne en première intention. Ce chiffre est meilleur que les 82 % recensés en 2011 par l'étude de Cado-Leclerc et al. en France (8). Celle-ci montre également que 33 % des médecins généralistes utilisent des œstrogènes locaux si la patiente est ménopausée, et 2 % utilisent des anticholinergiques dans cette indication. La question du traitement de l'incontinence urinaire par urgenturie n'est pas posée dans cette étude.

Dans notre enquête, nous pouvons remarquer une utilisation inappropriée des anticholinergiques dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort par 16 % des praticiens interrogés. Cependant ils ont une bonne connaissance des effets secondaires de ces traitements.

Parallèlement, la rééducation périnéo-sphinctérienne, pourtant recommandée en première intention en cas d'incontinence par urgenturie, n'est prescrite dans cette indication que par 52 % des médecins généralistes. Nous pouvons essayer d'expliquer cela par le manque de formation continue indépendante quant aux traitements de l'incontinence

urinaire, et par une méconnaissance des mécanismes physiopathologiques de la rééducation périnéo-sphinctérienne.

En cas d'incontinence par urgenturie, seulement 70 % des médecins prescrivent des anticholinergiques, également recommandés en première intention.

Le traitement hormonal local, prescrit par 13 à 14 % des médecins généralistes, n'est probablement pas mis en place assez fréquemment chez les femmes ménopausées, compte tenu des données récentes qui mettent en avant un effet positif sur les urgenturies, la pollakiurie, la dysurie et les épisodes d'incontinence urinaire (84).

Concernant la mise en place de consignes hygiéno-diététiques, notre enquête ne recense que 1 à 3 % des médecins déclarant agir en ce sens. En revanche, ils sont 96 % à rechercher la présence de facteurs favorisant l'incontinence. Il y a probablement une sous-estimation de la mise en place réelle de consignes hygiéno-diététiques car cette option de traitement ne faisait pas partie des propositions à cocher dans notre questionnaire. Nous pouvons supposer que si les médecins recherchent des facteurs favorisant il est très probable qu'ils donnent des conseils pour les corriger. Dans l'étude de Cado-Leclerc et al., 24 % des généralistes recommandaient un sevrage tabagique, et 71 % une perte de poids.

Les traitements mis en place par les médecins généralistes interrogés dans notre enquête paraissent donc globalement en accord avec les différentes recommandations, et cohérents avec les données retrouvées dans une enquête similaire en France (8).

En revanche, l'étude réalisée au Royaume-Uni par Gerrits et al. retrouve 34 % de prescription de rééducation périnéale, 3 % de traitements anticholinergiques, et 2 % de reprogrammation mictionnelle (nous n'avons pas de renseignements sur la correspondance entre le type de traitement et le type d'incontinence) (80). Il s'agissait alors d'une étude de pratiques rétrospective réalisée à partir des dossiers médicaux de patientes souffrant d'incontinence urinaire.

Cette discordance nous renvoie au problème de biais de désirabilité sociale et de biais d'influence induit par la méthode de questionnaire à choix multiples.

Douze ans après leur publication, les recommandations de l'ANAES 2003 sont inconnues de 80 % des généralistes interrogés dans notre enquête. L'étude réalisée en France en 2011 par Cado-Leclerc et al. montre que 47 % des médecins généralistes interrogés connaissaient l'existence des recommandations émanant de la Haute Autorité de Santé (8). Cette étude concernait la diffusion des recommandations et a bien montré que celle-ci n'avait pas été efficace, seulement 8 ans après leur publication. En l'absence de rappels, il est peu probable que ces recommandations restent dans l'esprit des praticiens. En effet cinq ans après l'étude de Cado-Leclerc et al. notre enquête met en évidence un chiffre de 20 %, soit deux fois moins de médecins connaissant l'existence des recommandations de la HAS. Or, la connaissance d'une recommandation est un prélude essentiel à son application. Il existe plusieurs sources d'informations comme les abonnements aux revues médicales (La Revue du Praticien®, Prescrire®, dans lesquelles des dossiers thématiques ont été publiés sur le sujet), les congrès et autres moyens de formation.

Cependant, même si la diffusion des recommandations est primordiale, elle n'est pas l'unique déterminant de leur application dans la pratique quotidienne des médecins.

L'enquête réalisée au Danemark par Viktrup et al. en 2001 (soit 2 ans après la publication des recommandations de bonnes pratiques du collège de médecine générale danois) montre un taux élevé (87 %) de médecins connaissant l'existence des recommandations, alors que seulement 47 % d'entre eux déclarent les utiliser dans leur pratique quotidienne.

Inversement nous avons pu remarquer dans notre enquête, que les pratiques des médecins généralistes sont, dans les grandes lignes, en accord avec les recommandations publiées par l'ANAES malgré le faible taux de médecins déclarant les connaître.

La connaissance des recommandations ne garantit donc pas leur application.

2.4.3.8. Demandes de support d'aide à la prise en charge

Notre enquête démontre que les médecins généralistes sont prêts à modifier leurs pratiques car, même si 40 % d'entre eux ne prennent pas actuellement en charge les patientes souffrant d'incontinence urinaire, 81 % sont demandeurs de support d'aide à la prise en charge.

Les plus intéressées par cet outil sont les femmes jeunes, exerçant plutôt en milieu rural. Nous pouvons penser que les femmes s'impliquent d'avantage car elles sont plus sollicitées par les patientes, moins à l'aise pour évoquer le problème devant un homme. Ceci explique probablement aussi la tendance plutôt féminine de médecins généralistes prenant en charge cette pathologie. De même, l'accès aux différentes spécialités étant moins aisé qu'en ville, il est logique que les médecins exerçant en milieu rural souhaitent mettre en place les traitements de première intention de l'incontinence urinaire.

2.4.3.9. Orientation des patientes vers un spécialiste

40 % des médecins généralistes interrogés dans notre enquête ne prennent pas en charge les patientes présentant une incontinence urinaire, et les adressent donc d'emblée à un spécialiste.

L'orientation se fait préférentiellement vers un urologue pour 86 % des praticiens, puis vers un spécialiste de médecine physique et réadaptation pour 30 %, un gynécologue médical pour 23 % et enfin un chirurgien gynécologique pour 17 %.

Les praticiens qui orientent d'emblée les patientes vers un spécialiste évoquent en priorité un manque de formation continue (57 %), puis un manque de temps (29 %). 13 % pensent que l'incontinence urinaire est une pathologie nécessitant un bilan urodynamique ou un avis spécialisé d'emblée.

Par ailleurs, un médecin sur cinq déclare rencontrer des difficultés dans l'orientation vers les spécialistes, représentées le plus souvent par un délai trop long avant d'avoir un rendez-

vous. Il paraît donc important que le médecin généraliste puisse initier lui-même les traitements de première intention afin d'optimiser au maximum la prise en charge.

Les médecins interrogés dans l'étude réalisée au Royaume-Uni adressent en première intention dans 59 % des cas à un spécialiste. Les gynécologues sont les premiers sollicités (31 %) alors que les urologues le sont très peu (3%), contrairement aux données de notre enquête. Une autre différence notable dans la prise en charge des patientes au Royaume-Uni est l'orientation dans 20% des cas vers une infirmière spécialisée dans l'incontinence urinaire, ce qui ne se fait quasiment pas en France.

Les principaux motifs d'orientation vers un spécialiste dans cette étude rejoignent ceux de notre enquête et sont essentiellement le manque de temps et le manque de compétence pour la réalisation de l'examen gynécologique (testing périnéal) (80).

2.4.4. Perspectives

La prise en charge de l'incontinence urinaire par les médecins généralistes peut être améliorée à plusieurs niveaux. Sensibiliser les médecins afin qu'ils la dépistent, et qu'ils en réalisent le bilan correctement est le premier pas qui conditionnera toute la prise en charge. Ceci établi, nous avons pu nous rendre compte que les médecins connaissent les traitements de première ligne adaptés à chaque incontinence.

Les recommandations de bonne pratique sont bien souvent communiquées lors de congrès puis mises à disposition sur les sites internet des sociétés savantes. La diffusion de ces recommandations peut se faire selon de multiples méthodes dont certaines ont démontré leur efficacité pour modifier les pratiques (visites à domicile, rappels informatiques au moment de la prescription, retour d'information, entretien avec les délégués de la CPAM avec distribution de plaquettes HAS). Parmi les moyens de diffusion préférés par les médecins généralistes en France dans l'étude de Cado-Leclerc (8), les formations type organisme gestionnaire conventionnel arrivent en première position, suivis de la revue Prescrire®, les mailings et la distribution de plaquettes de la HAS par courrier ou

par les délégués de la CPAM. Il a été démontré que plus les moyens de communication sont importants et diversifiés, et plus les pratiques des médecins sont modifiées (8).

La priorité est donc d'en parler!

Par ailleurs, il est nécessaire de garder un œil critique sur les recommandations de l'ANAES qui ont été publiées il y a 14 ans. Il n'y a pas eu de réactualisation de ces recommandations, malgré les publications des sociétés savantes des différentes spécialités et l'apparition de nouvelles thérapeutiques telles que le mirabegron ou les nouvelles molécules anticholinergiques. De même la notion de séances d'entretien de rééducation périnéale, la neurostimulation électrique transcutanée (TENS), et la récente AMM de la toxine botulinique dans le traitement du syndrome d'hyperactivité vésicale idiopathique n'ont pas été diffusées auprès des médecins généralistes.

Les recommandations de l'AFU, du CNGOF et de l'EAU peuvent apporter ces informations mais elles ne sont pas ou peu diffusées auprès des médecins généralistes (8).

Par ailleurs, l'existence de multiples recommandations, émanant de plusieurs spécialités différentes, avec parfois quelques points discordants ne facilite pas leur application par les médecins généralistes. Il serait souhaitable de centraliser et synthétiser ces recommandations pour les adapter à la pratique de médecine générale.

Notre enquête a ainsi permis de mettre au point un outil réactualisé selon les dernières publications des sociétés savantes, afin de faciliter la prise en charge par les médecins généralistes. Nous avons pris le parti de regrouper la prise en charge de l'incontinence urinaire par urgenterie avec l'incontinence mixte pour éviter les redondances et simplifier notre fiche tryptique.

Cette initiative a été accueillie de manière très positive par les médecins interrogés, et nombreux sont ceux qui ont accompagné leurs réponses de mots d'encouragement. Au vu du taux élevé de demandes de fiches, nous pouvons penser que le problème de la prise en charge de l'incontinence urinaire les intéresse. Mais modifieront-ils leurs pratiques? Cela reste à évaluer.

Conclusion

L'incontinence urinaire féminine non neurologique non post-partum est une pathologie fréquente et altérant la qualité de vie. Il s'agit d'un problème de santé publique, encore insuffisamment dépisté et pris en charge par les médecins généralistes dans notre enquête, malgré une bonne connaissance théorique des traitements de première intention.

Le médecin généraliste est pourtant un interlocuteur privilégié par son rôle de médecin de premier recours et par son accessibilité.

L'existence de recommandations publiées en 2003 par l'ANAES sur ce sujet reste peu connue par les médecins généralistes, quatorze ans après leur publication. Leur réactualisation et leur diffusion efficace constituent un moyen de sensibiliser les médecins généralistes au dépistage de l'incontinence urinaire féminine et d'améliorer les pratiques de prise en charge.

Notre enquête nous a permis d'aborder cette problématique avec les médecins généralistes exerçant en Béarn et Soule, et de leur proposer un outil simple réactualisé afin de favoriser leur implication et de les aider dans la prise en charge de l'incontinence urinaire féminine.

Bibliographie

1. Amarenco G, Haab F, Touboul C, Guillaume X, Coloby P, Cosson M, et al. Etat des lieux de l'incontinence urinaire en France chez les femmes de 35 ans et plus. *Pelvi-Périnéologie*. 2010;5(4):230-42.
2. Institut national de la statistique et des études économiques. Tableaux de l'Economie Française [Internet]. Insee. 2016 [cité 8 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2016/T16F032/T16F032.pdf>
3. Ballanger P. Epidémiologie de l'incontinence urinaire chez la femme. *Prog Urol*. 2005;15(supplément 1):S1322-1333.
4. Wilson L, Brown J, Shin G, Luc K, Subak L. Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 2001;98:398-406.
5. Papanicolaou S, Pons ME, Hampel C, Monz B, Quail D, Schulenburg MG von der, et al. Medical resource utilisation and cost of care for women seeking treatment for urinary incontinence in an outpatient setting. *Maturitas*. nov 2005;52:35-47.
6. Lasserre A, Pelat C, Guérout V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, et al. Urinary Incontinence in French Women : Prevalence, RiskFactors, and Impact on Quality of Life. *Eur Urol*. 2009;(56):177-83.
7. ANAES. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale - Argumentaire [Internet]. 2003 [cité 26 juill 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire1_2006_12_01__10_19_53_157.pdf
8. Cado-Leclerc D, Thubert T, Demoulin G, Faivre E, Trichot C, Naveau A, et al. Diffusion des recommandations pour la pratique clinique concernant l'incontinence urinaire de la femme. *Prog Urol*. 2012;22(4):233-9.
9. Dubreuil J. La prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale: enquête auprès des jeunes généralistes [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Paris 6 Université Pierre et Marie Curie; 2007.
10. Kamina P. Précis d'anatomie clinique. Maloine. Vol. 4. Paris: Maloine; 2005. 394 p.
11. Yucel S, Baskin L. An anatomical description of the male and female urethral sphincter complex. *J Urol*. 2004;171:1890-7.
12. Oelrich T. The striated urogenital sphincter muscle in the female. *Anat Rec*. 1983;205:223-32.
13. Fatton B, Cayrac M, Letouzey V, Masia F, Mousty E, Marès P, et al. Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien. *EMC - Gynécologie*. 2014;9(4):1-18.
14. Yiou R, Costa P, Haab F, Delmas V. Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien. *Prog En Urol*. 2009;19:916-25.
15. DeLancey J. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;170(5):1713-23.

16. Leroi A-M, Le Normand L. Physiologie de l'appareil sphinctérien urinaire et anal pour la continence. *Prog Urol.* 2005;15:123-48.
17. Chapple CR, MacDiarmid SA, Patel A. *Le bilan urodynamique facile.* Paris: Elsevier Masson; 2011. 202 p.
18. Chapple C, Helm C, Blease S, Milroy E, Rickards D, Osborne J. Asymptomatic bladder neck incompetence in nulliparous females. *Br J Urol.* 1989;64:357-9.
19. Fowler CJ, Griffiths D, de Groat WC. The neural control of micturition. *Nat Rev Neurosci.* juin 2008;9(6):453-66.
20. Park JM, Bloom DA, McGuire EJ. The guarding reflex revisited. *Br J Urol.* 1997;80(6):940-5.
21. Blanc B, Siproudhis L, Amarenco G, Leroi A-M. Neurophysiologie pelvienne. In: *Pelvi-périnéologie* [Internet]. Springer; 2005 [cité 9 avr 2017]. p. 503–508. Disponible sur: <http://www.springerlink.com/index/n86535gv3m84j50k.pdf>
22. Enhorning G. Simultaneous recording of intravesical and intraurethral pressure. A study on urethral closure in normal and stress incontinent women. *Acta Chir Scand.* 1961;(S276):1-68.
23. Petros P, Ulmsten U. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1990;69(S153):7-31.
24. Haab F, Amarenco G, Coloby P, Grise P, Jacquetin B, Labat J-J, et al. Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire: adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. *Prog Urol.* 2004;14(6):1103–1111.
25. de Tayrac R, Haylen BT, Deffieux X, Hermieu J-F, Wagner L, Amarenco G, et al. Traduction française de la terminologie commune International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) sur les troubles de la statique pelvienne chez la femme initialement publiée dans *Int Urogynecol J* 2010;21(1):5–26. *Prog Urol.* mars 2016;26(4):197-225.
26. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2009;n/a-n/a.
27. Deffieux X, Hubeaux K, Amarenco G. Incontinence urinaire à l'effort de la femme: analyse des hypothèses physiopathologiques. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2008;37:186-96.
28. Cour F, Le Normand L, Lapray J-F, Hermieu J-F, Peyrat L, Yiou R, et al. Insuffisance sphinctérienne et incontinence urinaire de la femme. *Prog Urol.* 2015;25:437-54.
29. Sajadi K, Lin D, Steward J, Balog B, Dissaranan C, Zaszczurynski P. Pudendal nerve stretch reduces external urethral sphincter activity in rats. *J Urol.* oct 2012;188(4):1389-95.
30. Kobata S, Girão M, Baracat E, Kajikawa M, Di Bella V, Sartori M. Estrogen therapy influence on periurethral vessels in postmenopausal incontinent women using Dopplervelocimetry analysis. *Maturitas.* 20 nov 2008;61(3):243-7.
31. Amarenco G, Chantraine A. *Les fonctions sphinctériennes.* Springer Science & Business Media; 2008. 414 p.

32. Cour, F. Incontinence urinaire féminine non neurologique: physiopathologie, diagnostic et principes du traitement. EMC-Urol. oct 2014;7(4):1-26.
33. Digesu G, Khullar V, Cardozo L, Salvatore S. Overactive bladder symptoms: do we need urodynamics ? Neurourol Urodyn. 2003;22:105-8.
34. Kerdraon J, Karsenty G. Physiopathologie de l'hyperactivité vésicale. Pelvi-Périnéologie. 2007;2(S1):S2-86.
35. Kerdraon J, Siproudhis L. Physiopathologie de l'hyperactivité vésicale. Lett Médecine Phys Réadapt. 2010;26:69-73.
36. Amarenco G, Brothier A, Guinet A, Jousse M. Démarche devant une incontinence urinaire chez la femme. Rev Prat. 61:961-6.
37. ANAES. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale - Recommandations [Internet]. 2003 [cité 26 juill 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_mise_en_page_2006_2006_12_01__10_19_39_825.pdf
38. Saussine C. L'incontinence urinaire chez la femme. Prog Urol. avr 2009;19(4):279-84.
39. Vallée J-P, Charpentier J-M, Le Noc Y. Prévalence de l'incontinence urinaire féminine en France : une enquête transversale en médecine générale. Médecine. oct 2005;
40. Peyrat L, Haillot O, Bruyère F, Boutin J-M, Bertrand P, Lanson Y. Prévalence et facteurs de risque de l'incontinence urinaire chez la femme jeune. Prog Urol. 2002;12:52-9.
41. Legendre G, Ringa V, Panjo H, Zins M, Fritel X. Incidence and remission of urinary incontinence at midlife: a cohort study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. mai 2015;122(6):816-24.
42. Sykes D, Castro R, Espuna Pons M, Hampel C, Hunskaar S, Papanicolaou S, et al. Characteristics of female outpatients with urinary incontinence participating in a 6-month observational study in 14 European countries. Maturitas. 2005;52S:S13-23.
43. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2003;110(3):247-254.
44. Fritel X. Du mode d'accouchement à l'incontinence. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2005;34:739-44.
45. Berecki-Gisolf J, Begum N, Dobson A. Symptoms reported by women in midlife: menopausal transition or aging? Menopause. sept 2009;16(5):1021-9.
46. Hannestad YS, Lie RT, Rortveit G, Hunskaar S. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. Bmj. 2004;329(7471):889-891.
47. Jean-Baptiste J, Hermieu J-F. Fuites urinaires et sport chez la femme. Prog En Urol. 2010;20:483-90.

48. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte. Texte des recommandations. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2009;38:S252-5.
49. Hermieu J-F, Cortesse A, Cardot V, Le Normand L, Lapray J-F, Ballanger P, et al. Synthèse des recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. *Prog Urol.* 2007;17:1239–1241.
50. Hermieu J-F, Conquy S, Leriche B, Debodinance P, Delorme E, Boccon Gibod L, et al. Synthèse des recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique. *Prog En Urol.* 2010;20(Suppl 2):S94–S99.
51. Lucas M, Bedretdinova D, Berghmans LC, Bosch JLHR, Burkhard FC, Cruz F, et al. Guidelines on Urinary Incontinence [Internet]. European Association of Urology; 2015 [cité 18 mars 2017]. Disponible sur: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urinary-Incontinence-2015.pdf>
52. Capon G, Caremel R, de Sèze M, Even A, Fontaine S, Loche C-M, et al. Le retentissement du diabète sur le bas appareil urinaire : une revue du comité de neuro-urologie de l'Association française d'urologie. *Prog Urol.* mars 2016;26(4):245-53.
53. Le Normand L. Recommandations pour l'utilisation du calendrier mictionnel et des questionnaires de symptômes ou de qualité de vie dans l'évaluation d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. *Prog Urol.* 2007;17(6 Suppl 2):1252–63.
54. Hermieu JF. Recommandations pour la pratique de l'examen urodynamique dans l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. *Prog Urol.* 2007;17:1264–1284.
55. Leriche B, Conquy S. Recommandations pour la prise en charge rééducative de l'incontinence urinaire non neurologique de la femme. *Prog Urol.* 2010;20(Suppl 2):S104–S108.
56. Hermieu J-F, Debodinance P. Recommandations pour le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort de la femme par bandelettes sous-urétrales. *Prog Urol.* 2010;20(Suppl 2):S112-31.
57. Boccon Gibod L, Hermieu J-F. Recommandations concernant les indications de la chirurgie conventionnelle de l'incontinence d'urine d'effort de la femme (colposuspension, soutènement aponévrotique du col). *Prog Urol.* 2010;20(Suppl 2):S143–S145.
58. Richard F. Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique par le sphincter artificiel urinaire. *Prog Urol.* 2010;20(Suppl 2):S155-60.
59. Vidart A, Cour F. Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique par ballons péri-urétraux. *Prog Urol.* 2010;20(Suppl 2):S150-4.
60. Cortesse A. Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique par injections péri-urétrales. *Prog Urol.* 20(Suppl 2):S146-9.
61. Conquy S. Recommandations pour le traitement médicamenteux de l'incontinence urinaire non neurologique féminine. *Prog Urol.* 2010;20(Suppl 2):S100-3.
62. Wagg A, Compion G, Fahey A, Siddiqui E. Persistence with prescribed antimuscarinic therapy for overactive bladder: a UK experience. *BJU Int.* déc 2012;110(11):1767-74.

63. Madhuvrata P, Cody JD, Ellis G, Herbison GP, Hay-Smith EJC. Which anticholinergic drug for overactive bladder symptoms in adults. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 17 févr 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005429.pub2>
64. Buser N, Ivic S, Kessler TM, Kessels AGH, Bachmann LM. Efficacy and Adverse Events of Antimuscarinics for Treating Overactive Bladder: Network Meta-analyses. *Eur Urol.* déc 2012;62(6):1040-60.
65. Kerdraon J, Robain G, Jeandel C, Mongiat Artus P, Gamé X, Fatton B, et al. Traitement anticholinergique de l'hyperactivité vésicale de la personne âgée et ses impacts sur la cognition. *Revue de la littérature. Prog Urol.* sept 2014;24(11):672-81.
66. Kobayashi M, Nukui A, Kamai T. Comparative Efficacy and Tolerability of Antimuscarinic Agents and the Selective β 3-Adrenoceptor Agonist, Mirabegron, for the Treatment of Overactive Bladder: Which is More Preferable as an Initial Treatment?: Antimuscarinics and Mirabegron. *LUTS Low Urin Tract Symptoms* [Internet]. déc 2016 [cité 16 avr 2017]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/luts.12153>
67. Abrams P, Kelleher C, Staskin D, Rechberger T, Kay R, Martina R, et al. Combination Treatment with Mirabegron and Solifenacin in Patients with Overactive Bladder: Efficacy and Safety Results from a Randomised, Double-blind, Dose-ranging, Phase 2 Study (Symphony). *Eur Urol.* mars 2015;67(3):577-88.
68. Haute Autorité de Santé. Synthèse d'avis de la Commission de la Transparence sur le Betmiga (mirabegron), antispasmodique urinaire [Internet]. 2014 [cité 16 avr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/betmiga_sapub_ct13270.pdf
69. Cardot V, Berlizot P, Le Normand L. Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine par hyperactivité vésicale idiopathique réfractaire par neuromodulation sacrée. *Prog Urol.* 20(Suppl 2):S161-9.
70. Hermieu J-F, Ballanger P, Amarenco G, Chartier-Kastler é., Cosson M, Costa P, et al. Recommandations pour l'utilisation de la toxine botulinique de type A (Botox®) dans l'hyperactivité vésicale réfractaire idiopathique. *Prog Urol.* déc 2013;23(17):1457-63.
71. Egrot C, Peyrat L, Ciofu C, Haab F. Epidémiologie de l'incontinence urinaire de la femme. *Rev Prat.* sept 2011;(61):958-61.
72. Ministère de l'Education : Bulletin Officiel de l'Education Nationale BO N°40 du 09 novembre 2000 - Enseignement supérieur et recherche [Internet]. [cité 23 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/bo/2000/40/sup.htm>
73. Bulletin officiel. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bulletin officiel n°20 du 16 mai 2013 [Internet]. [cité 23 févr 2017]. Disponible sur: https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/20/88/2/BO_ESR_16_5_2013_251882.pdf
74. ARS. Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires en aquitaine [Internet]. ARS Nouvelle-Aquitaine. [cité 16 févr 2017]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/CDC_PDSA_AQU_01_08_2015.pdf

75. Clanché F, Rascol O. Le découpage en unités urbaines de 2010: l'espace urbain augmente de 19% en une décennie. 2011 [cité 28 janv 2016]; Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/5086>
76. Viktrup L, Møller LA. The handling of urinary incontinence in Danish general practices after distribution of guidelines and voiding diary reimbursement: an observational study. *BMC Fam Pract.* 2004;5(1):13.
77. O'Donnell M, Viktrup L, Hunskaar S. The role of general practitioners in the initial management of women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the UK. *Eur J Gen Pract.* janv 2007;13(1):20-6.
78. Albers-Heitner P, Berghmans B, Nieman F, Lagro-Janssen T, Winkens R. Adherence to professional guidelines for patients with urinary incontinence by general practitioners: a cross-sectional study: Adherence to guidelines on urinary incontinence. *J Eval Clin Pract.* oct 2008;14(5):807-11.
79. Grealish M, O'Dowd TC. General practitioners and women with urinary incontinence. *Br J Gen Pr.* 1998;48(427):975-977.
80. Gerrits M, Avery T, Lagro-Janssen A. Urinary incontinence management in women: audit in general practice: Urinary incontinence management in women. *J Eval Clin Pract.* oct 2008;14(5):836-8.
81. van Gerwen MAG, Schellevis FG, Lagro-Janssen ALM. Management of urinary incontinence in general practice: data from the Second Dutch National Survey. *J Eval Clin Pract.* avr 2009;15(2):341-5.
82. Lose G, Jacobsen A, Madsen H, Thorsen P, Tibaek S, Johansen B. General practitioners' knowledge of and attitude to assessment and treatment of women with urinary incontinence. A questionnaire among general practitioners in Denmark. *Ugeskr Laeger.* 2001;163(38):5183-8.
83. Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. Classification Commune des Actes Médicaux version 45 [Internet]. 2016 [cité 14 avr 2017]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CCAM_V45.pdf
84. Benoit T, Leguevaque P, Roumiguié M, Beauval JB, Malavaud B, Soulié M, et al. Œstrogénothérapie locale en urologie et pelvi-périnéologie. *Revue de littérature. Prog Urol.* sept 2015;25(11):628-35.

Liste des tableaux et figures

Figure 1: Muscles du plancher pelvien.....	p.14
Figure 2: Muscles du périnée féminin.....	p.16
Figure 3: Muscle sphincter de l'urètre.....	p.17
Figure 4: Le hamac sous-urétral.....	p.18
Figure 5: Voies de contrôle neurologique de l'appareil urinaire.....	p.22
Figure 6: Le hamac périnéal.....	p.27
Figure 7: Répartition des médecins généralistes selon le sexe.....	p.59
Figure 8: Répartition des médecins généralistes selon le zone d'exercice.....	p.59
Figure 9: Recherche de l'incontinence urinaire chez la femme de plus de 15 ans par les médecins généralistes.....	p.61
Figure 10: Recherche de l'incontinence urinaire en fonction de l'âge du médecin généraliste.....	p.62
Figure 11: Recherche de l'incontinence urinaire en fonction du sexe du médecin généraliste.....	p.62
Figure 12: Circonstances de recherche de l'incontinence urinaire par les médecins généralistes.....	p.63
Tableau 1: Répartition des médecins généralistes en fonction de la zone d'exercice et du sexe.....	p.59
Tableau 2: Age des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête.....	p.60
Tableau 3: Prise en charge de l'incontinence urinaire en fonction de l'âge.....	p.64
Tableau 4: Prise en charge de l'incontinence urinaire en fonction du sexe.....	p.64
Tableau 5: Prise en charge de l'incontinence urinaire en fonction de la zone d'exercice.....	p.65
Tableau 6: Connaissance des recommandations ANAES en fonction de l'âge.....	p.69
Tableau 7: Connaissance des recommandations ANAES en fonction du sexe.....	p.69
Tableau 8: Connaissance des recommandations ANAES en fonction de la zone d'exercice.....	p.70

Tableau 9: Demandes de fiche de synthèse en fonction de l'âge.....p.70
Tableau 10: Demandes de fiche de synthèse en fonction du sexe.....p.71
Tableau 11: Demandes de fiche de synthèse en fonction de la zone d'exercice.....p.71

Annexes

Annexe 1: Questionnaire de symptômes USP®	p.97
Annexe 2: Questionnaire Contilife®	p.102
Annexe 3: Questionnaire Ditrovie®	p.108
Annexe 4: Exemple de catalogue mictionnel.....	p.109
Annexe 5: Questionnaire envoyé aux médecins généralistes.....	p.110
Annexe 6: Courrier explicatif.....	p.113
Annexe 7: Fiche tryptique de synthèse des recommandations.....	p.114
Annexe 8: Serment médical.....	p.116

Annexe 1

Questionnaire de symptômes urinaires Urinary Symptom Profile – USP®

Avant de commencer à remplir le questionnaire, merci d'inscrire la date d'aujourd'hui :

/ __ // __ // ____ /
Jour Mois Année

Les questions suivantes portent sur l'intensité et la fréquence des symptômes urinaires que vous avez eu au cours des **4 dernières semaines**

Pour répondre aux questions suivantes, il vous suffit de cocher la case qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse **la plus proche de votre situation**

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire dans un endroit calme et si possible seul(e). Prenez tout le temps qui vous sera nécessaire.

Annexe 1 (suite)

Il peut vous arriver d'avoir des fuites d'urine lors de certains efforts physiques, soit importants (tels qu'une pratique sportive ou une quinte de toux violente), soit modérés (tels que monter ou descendre les escaliers) ou encore légers (tels que la marche ou un changement de position).

1. **Durant les 4 dernières semaines**, pouvez-vous préciser le nombre de fois par semaine où vous avez eu des fuites au cours d'efforts physiques :

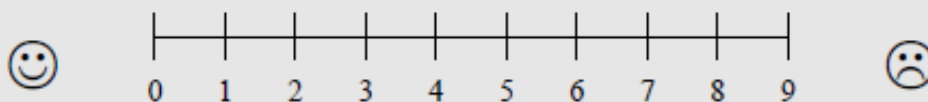
Merci de cocher une case pour chacune des lignes 1a, 1b et 1c.

	Jamais de fuite d'urine	Moins d'une fuite d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par jour
1a. Lors des efforts physiques importants	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1b. Lors des efforts physiques modérés	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1c. Lors des efforts physiques légers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 1a + 1b + 1c

SCORE « INCONTINENCE URINAIRE A L'EFFORT »



Annexe 1 (suite)

Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

2. Combien de fois avez-vous dû vous précipiter aux toilettes pour uriner en raison d'un besoin urgent ?

0

Jamais

1

Moins d'une fois par semaine

2

Plusieurs fois par semaine

3

Plusieurs fois par jour

3. Quand vous êtes pris par un besoin urgent d'uriner, combien de minutes en moyenne pouvez-vous vous retenir ?

0

Plus de 15 minutes

1

De 6 à 15 minutes

2

De 1 à 5 minutes

3

Moins de 1 minute

4. Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine précédée d'un besoin urgent d'uriner que vous n'avez pas pu contrôler ?

0

Jamais

1

Moins d'une fois par semaine

2

Plusieurs fois par semaine

3

Plusieurs fois par jour

4 bis. Dans ces circonstances, quel type de fuites avez-vous ?

0

Pas de fuites dans cette circonstance

1

Quelques gouttes

2

Fuites en petites quantités

3

Fuites inondantes

Annexe 1 (suite)

Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

5. Pendant la journée, quel est le temps habituel espaçant deux mictions (action d'uriner) ?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Deux heures ou plus | Entre 1 heure et 2 heures | Entre 30 minutes et 1 heure | Moins de 30 minutes |

6. Combien de fois en moyenne avez-vous été réveillé(e) la nuit par un besoin d'uriner ?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 0 ou 1 fois | 2 fois | 3 ou 4 fois | Plus de 4 fois |

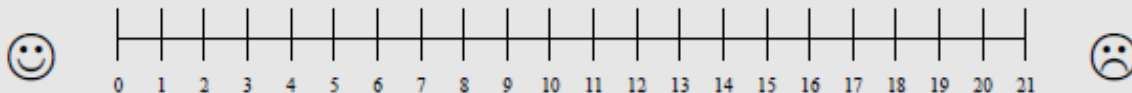
7. Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine en dormant ou vous êtes-vous réveillé(e) mouillé(e) ?

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Jamais | Moins d'une fois par semaine | Plusieurs fois par semaine | Plusieurs fois par jour |

Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 2 + 3 + 4 + 4bis + 5 + 6 + 7

SCORE « HYPERACTIVITE VESICALE »



Annexe 1 (suite)

Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

8. Comment décririez-vous votre miction (action d'uriner) habituelle durant ces 4 dernières semaines ?

- | | | | |
|----------------------------|---|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Normale | Nécessité de pousser avec les muscles abdominaux (du ventre) ou miction penchée en avant (ou nécessitant un changement de position) | Nécessité d'appuyer sur le bas ventre avec les mains | Vidange par sonde urinaire |

9. En général, comment décririez-vous votre jet d'urine ?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Normal | Jet faible | Goutte à goutte | Vidange par sonde urinaire |

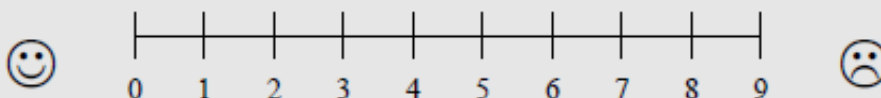
10. En général, comment s'effectue votre miction (action d'uriner) ?

- | | | | | |
|----------------------------|---|--|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Miction normale et rapide | Miction difficile à débiter puis s'effectuant normalement | Miction débutant facilement mais longue à terminer | Miction très lente du début jusqu'à la fin | Vidange par sonde urinaire |

Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 8 + 9 + 10

SCORE « DYSURIE »



Annexe 2

Questionnaire d'évaluation de la Qualité de Vie liée à l'incontinence urinaire de la femme (CONTILIFE™)

Comment remplir le questionnaire :

Les questions qui suivent portent sur votre état de santé au cours des 4 dernières semaines.

Choisissez la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez ou avez ressenti au cours des 4 dernières semaines en ne donnant qu'une seule réponse par ligne.

Si vous n'êtes pas concernée par certaines activités (ex. : gêne pour prendre les transports en commun alors que vous n'en prenez pas), mettez une croix dans la case "non concernée".

Nous vous demandons d'essayer de répondre seule à ce questionnaire.

Pour répondre, faites une croix dans la case de votre choix.

Exemple : Au cours des 4 dernières semaines...

	Non concernée					
Question a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

En cas d'erreur, noircissez la mauvaise réponse et entourez celle qui s'applique le mieux à votre cas.

Nous vous remercions de votre collaboration.

➤ *Avant de commencer à remplir le questionnaire, merci d'inscrire la date d'aujourd'hui :*

Annexe 2 (suite)

ACTIVITES QUOTIDIENNES

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

	Non concernée	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beaucoup	Enormé- ment
1. lorsque vous étiez à l'extérieur de chez vous ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. lorsque vous conduisiez ou vous faisiez conduire ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. lorsque vous montiez ou descendiez les escaliers ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. pour faire les courses ou des achats ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. pour attendre, faire la queue (bus, cinéma, supermarché...) ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

(Cochez la case de votre choix)

	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beaucoup	Enormé- ment
6. avez-vous dû vous interrompre fréquemment pendant votre travail ou vos activités quotidiennes ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

(Cochez la case de votre choix)

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
7. vous êtes-vous réveillée mouillée ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Annexe 2 (suite)

SITUATIONS D'EFFORT

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

	Non concernée	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beaucoup	Enormé- ment
8. pour soulever ou porter quelque chose de lourd ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. pour faire du sport (course à pied, danse, gymnastique) ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. lorsque vous vous êtes mouchée ou que vous avez éternué ou toussé ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. lorsque vous avez eu un fou rire ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Annexe 2 (suite)

IMAGE DE SOI

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
12. vous êtes-vous sentie moins séduisante ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. avez-vous craint de " sentir mauvais " ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. avez-vous eu peur que les autres ne s'aperçoivent de vos troubles ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. avez-vous eu peur de faire des taches chez les autres ou au travail ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. avez-vous dû changer de tenue ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Au cours des 4 dernières semaines, malgré vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

(Cochez la case de votre choix)

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
17. vous êtes-vous sentie bien dans votre peau ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

(Cochez la case de votre choix)

	Je ne porte jamais de protections	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beaucoup	Enormé- ment
18. avez-vous été <u>gênée</u> par le fait d'avoir à porter des protections ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Annexe 2 (suite)

RETENTISSEMENT EMOTIONNEL

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
19. vous êtes-vous sentie découragée ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. avez-vous perdu patience ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. la crainte d'avoir des troubles urinaires vous a-t-elle préoccupée ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. avez-vous eu l'impression de ne pas pouvoir maîtriser vos réactions ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. vos troubles ont-ils été une obsession, une hantise pour vous ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. avez-vous dû penser à emporter des protections avant de sortir ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Annexe 2 (suite)

SEXUALITE

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

(Cocher la case de votre choix, une par ligne)

	Non concernée	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beaucoup	Enormé- ment
25. vous êtes-vous sentie anxieuse à l'idée d'avoir des rapports sexuels ?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. avez-vous modifié votre comportement sexuel ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. avez-vous craint d'avoir des fuites au cours des rapports sexuels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

QUALITE DE VIE GLOBALE

28. Compte-tenu de vos troubles urinaires, comment évaluez-vous actuellement votre Qualité de Vie ?

(Entourez la réponse de votre choix)

1	2	3	4	5
Mauvaise				Excellente

Annexe 3

ECHELLE DITROVIE

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
(1) vous ont-ils gênés lorsque vous étiez à l'extérieur de chez vous ?	1	2	3	4	5
(2) vous ont-ils gênés pour faire les courses ou les achats ?	1	2	3	4	5
(3) vous ont-ils gênés pour porter quelque chose de lourd ?	1	2	3	4	5
(4) ont-ils nécessités que vous interrompiez fréquemment votre travail ou vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4	5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

	Jamais	Rarement	de temps en temps	souvent	en permanence
(5) avez-vous éprouvé un sentiment de honte, de dégradation ?	1	2	3	4	5
(6) avez-vous craint de sentir mauvais ?	1	2	3	4	5
(7) avez-vous perdu patience ?	1	2	3	4	5
(8) avez-vous craint de sortir de chez vous ?	1	2	3	4	5
(9) avez-vous été obligé de vous relever plusieurs fois pendant votre sommeil ?	1	2	3	4	5

(10) Compte tenu de vos troubles urinaires, comment évaluer vous actuellement votre qualité de vie ?
(entourez la réponse de votre choix)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Excellente

Mauvaise

TOTAL :

SCORE GLOBAL : somme des scores aux 10 questions divisé par 10

INTERPRETATION DU SCORE :

1 = correspond à une patiente peu gênée dans ses activités, son psychisme, son sommeil et qui a une excellente qualité de vie

5 = correspond à une patiente extrêmement gênée dans ses activités, son psychisme, son sommeil et qui a une mauvaise qualité de vie

Annexe 5

Prise en charge de l'incontinence urinaire féminine non neurologique, non post-partum en médecine générale en Béarn et Soule: enquête sur la mise en place des traitements de première intention.

1- Vous êtes :

Un homme

Une femme

2- Votre âge :

3- Votre commune d'exercice :

4- Selon vous, l'incontinence urinaire féminine non neurologique, non post-partum est une pathologie :

Fréquente

Peu fréquente

Rare

Je ne sais pas

5- Dans votre pratique courante, la recherche d'une incontinence urinaire fait-elle partie de votre interrogatoire de base chez la femme de plus de 15 ans ?

Toujours

Parfois

Rarement

Jamais

6- Si non, à quelle occasion la recherchez-vous ?

Initiation de contraception

Consultation de suivi gynécologique

Demande de certificat de non contre-indication à la pratique sportive

Patiente présentant une toux chronique Patiente porteuse d'une pathologie neurologique

Autre, précisez :

7- Prenez-vous en charge vous-même les patientes souffrant d'incontinence urinaire?

Oui

Non

Si oui, passez directement à la question 11.

Si non :

8- A quel confrère spécialiste les adressez-vous ?

Gynécologue médical

Chirurgien gynécologue

Urologue

Médecine physique et réadaptation

Annexe 5 (suite)

9- Pour quel motif les adressez-vous d'emblée à un confrère ?

Manque de formation continue sur l'incontinence urinaire féminine

Souhait de la patiente

Manque de temps

Autre, précisez :

10- Rencontrez-vous des difficultés lorsque vous adressez les patientes à un spécialiste ?

Oui

Non

Si oui lesquelles :

Délais de rendez-vous trop longs

Difficultés d'orientation du patient, de choix du spécialiste

Autre(s) difficulté(s), précisez :

Merci de vous reporter ensuite directement à la question 20.

Si vous avez répondu oui à la question 7 :

11- Recherchez-vous l'existence de facteurs aggravants ou favorisants (pathologie organique, cause iatrogène, erreurs hygiéno-diététiques...) ?

Oui

Non

12- Différenciez-vous les principaux types d'incontinence urinaire (à l'effort, par urgencies c'est-à-dire par impériosités, ou mixte) lors de votre interrogatoire ?

Oui

Non

13- Evaluez-vous l'importance et le retentissement de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie de la patiente ?

Oui

Non

14- La réalisation par la patiente d'un calendrier mictionnel complète-t-elle votre interrogatoire ?

Oui

Non

15- Réalisez-vous systématiquement un examen clinique gynécologique ?

Oui

Non

16- Après avoir posé le diagnostic d'incontinence urinaire, prescrivez-vous des examens complémentaires en première intention, et si oui lesquels ?

ECBU

Echographie vésicale avec recherche de résidu post-mictionnel

Aucun

Autre précisez :

Annexe 5 (suite)

17- Envisagez-vous un bilan uro-dynamique d'emblée ?

Oui , précisez dans quelle indication :

Jamais avant avis spécialisé

18- Chez une femme qui se plaint de fuites urinaires à l'effort, quel(s) traitement(s) prescrivez-vous en première intention ? (plusieurs réponses possibles)

Rééducation périnéo-sphinctérienne

Anticholinergiques

Traitement hormonal local

Autre, précisez :

19- Chez une femme qui se plaint de fuites urinaires par urgenturie (par impériosités), quel(s) traitement(s) prescrivez-vous en première intention? (plusieurs réponses possibles)

Rééducation périnéo-sphinctérienne

Anticholinergiques

Traitement hormonal local

Autre, précisez :

20- Connaissez-vous les principaux effets secondaires des anticholinergiques ?

Oui

Non

21- Connaissez-vous les recommandations ANAES de 2003 concernant la prise en charge de l'incontinence urinaire en médecine générale ?

Oui

Non

22- Souhaiteriez-vous recevoir une fiche tryptique de synthèse de ces recommandations ?

Oui

Non

Si oui vous pouvez :

- noter vos coordonnées sur le papillon ci-joint, que vous glisserez dans l'enveloppe retour avec le questionnaire.
- ou bien me communiquer vos coordonnées par mail à l'adresse suivante : nathalie.genebes@hotmail.fr

Annexe 6

Chère consœur, cher confrère,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale sous la direction du Docteur Sophie Rouleaud, chef du service de Médecine Physique et Réadaptation à l'hôpital de Pau, je me permets de vous solliciter pour la réalisation d'une enquête concernant la prise en charge de l'incontinence urinaire féminine non neurologique, non post-partum en médecine générale dans le Béarn.

Vous trouverez ci-joint un questionnaire anonyme, dont le remplissage nécessite moins de dix minutes. Il est accompagné d'une enveloppe pré-affranchie permettant de me l'adresser dans un délai d'un mois.

En vous remerciant par avance de votre participation, je vous prie d'agréer, chère consœur, cher confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Nathalie GENEDES

Interne en médecine générale

Annexe 7

Fiche tryptique de synthèse des recommandations pour la prise en charge de l'incontinence urinaire

Je la recherche systématiquement

Lors d'une consultation en rapport avec la sphère urogénitale

Lors de la rédaction de certificat de non contre-indication à la pratique sportive

Devant une constipation ou un trouble de la fonction anorectale

Devant une toux chronique

En cas de diabète ou d'atteinte neurologique

Références

1- ANAES. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale - Argumentaire. 2003

2- CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte. 2009

3- AFU. Synthèse des recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique. 2010.

Recommandations sur la prise en charge de l'Incontinence urinaire féminine non neurologique, non post partum

Fiche tryptique de synthèse

Nathalie GENEDES
Thèse médecine générale
2017

Annexe 7 (suite)

Prise en charge de l'Incontinence urinaire féminine non neurologique, non post partum

Diagnostic

Préciser le **type d'incontinence**, les circonstances de survenue.

Calendrier mictionnel

Déterminer la gravité: fréquence, abondance, nombre de protections par jour, impact sur la qualité de vie.

Incontinence urinaire à l'effort pure

Rééducation périnéale 10 à 20 séances
Rappel des règles hygiéno-diététiques, reprise d'une activité physique
Traitement hormonal local si atrophie vulvo-vaginale associée

Bonne efficacité des séances de rééducation périnéale

Séances d'entretien tous les 3 ans

Si échec

Avis spécialisé

Discuter une prise en charge chirurgicale +/-
Bilan urodynamique pré-opératoire

Incontinence urinaire par urgenturie ou mixte

Eliminer une cause organique: ECBU, échographie vésicale, cytologie urinaire si facteurs de risque
Rééducation périnéale +/- anticholinergiques +/- traitement hormonal local
Rappel des règles hygiéno-diététiques, reprogrammation mictionnelle

Bonne efficacité après 6 à 8 semaines de traitement

Suivi:
Poursuite des anticholinergiques, séances de rééducation périnéale en entretien, maintien d'une bonne hygiène de vie

Si échec du traitement de première ligne

Avis spécialisé
Examens complémentaires: bilan urodynamique

Traitements de seconde ligne: neurostimulation électrique transcutanée, toxine botulique intravésicale; neuromodulation des racines sacrées



Annexe 8

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Annexe 8 (suite)

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME - Prise en charge de l'incontinence urinaire féminine non-neurologique, non post-partum en médecine générale en Béarn et Soule : enquête sur la mise en place des traitements de première intention

OBJECTIF - L'incontinence urinaire féminine non neurologique non post-partum est une pathologie fréquente dont les traitements de première intention peuvent être initiés en médecine générale. Notre enquête a pour but de déterminer si cette pathologie est recherchée et prise en charge par les médecins généralistes en Béarn et Soule (en conformité ou non avec les recommandations). MATERIEL ET METHODE - Il s'agit d'une enquête qualitative, descriptive réalisée au moyen d'un questionnaire auto-administré envoyé par voie postale. RESULTATS - Le taux de participation à notre enquête est de 42%. Le dépistage de l'incontinence urinaire est réalisé régulièrement en consultation par 55% des médecins généralistes, et parmi eux 60% la prennent en charge. Les traitements instaurés en première ligne pour l'incontinence urinaire à l'effort sont: la rééducation périnéo-sphinctérienne prescrite par 93% des médecins généralistes, les anticholinergiques par 16%, et l'hormonothérapie locale par 14% d'entre eux. L'incontinence urinaire par urgenterie est traitée par des anticholinergiques par 70% des médecins interrogés, par de la rééducation périnéo-sphinctérienne par 52% d'entre eux et enfin 13% prescrivent un traitement hormonal local dans cette indication. 82% des médecins généralistes interrogés sont intéressés par un outil simplifié synthétisant les recommandations publiées par les principales sociétés savantes. CONCLUSION - L'incontinence urinaire non neurologique non post-partum reste insuffisamment dépistée et prise en charge par les médecins généralistes. Notre travail a permis de leur proposer une fiche tryptique actualisée comme support d'aide à la prise en charge.

ABSTRACT - Management of non-neurological, non-postpartum Female Urinary Incontinence in General Practice in the Bearn and Soule area: Investigation of the implementation of first-line Treatments

OBJECTIVE – Non-neurological, non-postpartum female urinary incontinence is a frequent condition for which first-line treatments can be initiated in general practice. In our study, we aim to assess whether general practitioners from the Bearn and Soule area screen and manage this pathology (in compliance or not with the guidelines).

MATERIAL AND METHOD – We conducted a qualitative, descriptive survey by means of a self-administered questionnaire sent by post.

RESULTS - The participation rate in our survey is 42%. Urinary incontinence screening is carried out on a regular basis by 55% of general practitioners, and 60% of them prescribe a treatment. The first-line treatments for stress urinary incontinence are: pelvic floor and sphincter rehabilitation prescribed by 93% of general practitioners, anticholinergics by 16%, and local hormone therapy by 14%. Urinary incontinence in bladder overactivity is treated with anticholinergics by 70% of the general practitioners interviewed, pelvic floor and sphincter rehabilitation by 52% and finally 13% prescribe a local hormonal treatment in this indication. 82% of general practitioners surveyed are interested in a simplified tool that synthesizes the recommendations published by the leading learned societies.

CONCLUSION - Non-neurological, non-postpartum urinary incontinence remains insufficiently detected and managed by general practitioners. Our work presents them with an updated card divided into three parts as a support tool to help primary care physicians manage their patients.

DISCIPLINE: Médecine générale

MOTS-CLES: Incontinence urinaire féminine, médecine générale, prise en charge
