



HAL
open science

Obstacles à la prise en charge de l'incontinence urinaire masculine : étude qualitative auprès des médecins généralistes du Var

Massy Rostam

► **To cite this version:**

Massy Rostam. Obstacles à la prise en charge de l'incontinence urinaire masculine : étude qualitative auprès des médecins généralistes du Var. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01963664

HAL Id: dumas-01963664

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01963664>

Submitted on 21 Dec 2018

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.

UNIVERSITE NICE-SOFIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE NICE

**OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE
URINAIRE MASCULINE : ETUDE QUALITATIVE AUPRES DES
MEDECINS GENERALISTES DU VAR**

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Par Massy ROSTAM

Né le 23/06/1989

Présentée et soutenue publiquement le 19/10/2018

Membres du jury

Président du Jury

Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Assesseurs

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Monsieur le Professeur Patrick BAQUE

Monsieur le Docteur Matthieu DURAND

Directrice de thèse

Madame le Docteur Cyrielle RAMBAUD

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

| | | |
|-----|------------------------|---|
| M. | AMIÉL Jean | Urologie (52.04) |
| M. | BAQUÉ Patrick | Anatomie - Chirurgie Générale (42.01) |
| M. | BERNARDIN Gilles | Réanimation Médicale (48.02) |
| M. | BOILEAU Pascal | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02) |
| M. | DARCOURT Jacques | Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01) |
| M. | ESNAULT Vincent | Néphrologie (52-03) |
| M. | FENICHEL Patrick | Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05) |
| M. | FUZIBET Jean-Gabriel | Médecine Interne (53.01) |
| M. | GILSON Éric | Biologie Cellulaire (44.03) |
| M. | GUGENHEIM Jean | Chirurgie Digestive (52.02) |
| M. | HASSEN KHODJA Reda | Chirurgie Vasculaire (51.04) |
| M. | HÉBUTERNE Xavier | Nutrition (44.04) |
| M. | HOFMAN Paul | Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03) |
| Mme | ICHAÏ Carole | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01) |
| M. | LACOUR Jean-Philippe | Dermato-Vénérologie (50.03) |
| M. | LEFTHERIOTIS Geogres | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04) |
| M. | MARQUETTE Charles-Hugo | Pneumologie (51.01) |
| M. | MARTY Pierre | Parasitologie et Mycologie (45.02) |
| M. | MICHIELS Jean-François | Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03) |
| M. | MOUROUX Jérôme | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03) |
| Mme | PAQUIS Véronique | Génétique (47.04) |
| M. | PAQUIS Philippe | Neurochirurgie (49.02) |
| M. | QUATREHOMME Gérald | Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03) |
| M. | RAUCOULES-AIMÉ Marc | Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01) |
| M. | ROBERT Philippe | Psychiatrie d'Adultes (49.03) |
| M. | SANTINI Joseph | O.R.L. (55.01) |
| M. | THYSS Antoine | Cancérologie, Radiothérapie (47.02) |
| M. | TRAN Albert | Hépatogastro-entérologie (52.01) |

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

| | | |
|-----|---------------------------|---|
| Mme | ASKENAZY-GITTARD Florence | Pédopsychiatrie (49.04) |
| M. | BARRANGER Emmanuel | Gynécologie Obstétrique (54.03) |
| M. | BÉRARD Étienne | Pédiatrie (54.01) |
| Mme | BLANC-PEDEUTOUR Florence | Cancérologie – Génétique (47.02) |
| M. | BONGAIN André | Gynécologie-Obstétrique (54.03) |
| Mme | BREUIL Véronique | Rhumatologie (50.01) |
| M. | CASTILLO Laurent | O.R.L. (55.01) |
| M. | CHEVALLIER Patrick | Radiologie et Imagerie Médicale (43.02) |
| M. | DE PERETTI Fernand | Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01) |
| M. | DRICI Milou-Daniel | Pharmacologie Clinique (48.03) |
| M. | FERRARI Émile | Cardiologie (51.02) |
| M. | FERRERO Jean-Marc | Cancérologie ; Radiothérapie (47.02) |
| M. | FONTAINE Denys | Neurochirurgie (49.02) |
| M. | GIBELIN Pierre | Cardiologie (51.02) |
| M. | HANNOUN-LEVI Jean-Michel | Cancérologie ; Radiothérapie (47.02) |
| M. | LEVRAUT Jacques | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01) |
| M. | LONJON Michel | Neurochirurgie (49.02) |
| M. | MOUNIER Nicolas | Cancérologie, Radiothérapie (47.02) |
| M. | PADOVANI Bernard | Radiologie et Imagerie Médicale (43.02) |
| M. | PICHE Thierry | Gastro-entérologie (52.01) |
| M. | PRADIER Christian | Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01) |
| Mme | RAYNAUD Dominique | Hématologie (47.01) |
| M. | ROSENTHAL Éric | Médecine Interne (53.01) |
| M. | SCHNEIDER Stéphane | Nutrition (44.04) |
| M. | STACCINI Pascal | Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04) |
| M. | THOMAS Pierre | Neurologie (49.01) |
| M. | TROJANI Christophe | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02) |

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

| | | |
|------|-----------------------|--|
| Mme | ALUNNI Véronique | Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03) |
| M. | ANTY Rodolphe | Gastro-entérologie (52.01) |
| M. | BAHADORAN Philippe | Cytologie et Histologie (42.02) |
| Mme | BAILLIF Stéphanie | Ophthalmologie (55.02) |
| Mme | BANNWARTH Sylvie | Génétique (47.04) |
| M. | BENIZRI Emmanuel | Chirurgie Générale (53.02) |
| M. | BENOIT Michel | Psychiatrie (49.03) |
| M. | BOZEC Alexandre | ORL- Cancérologie (47.02) |
| M. | BREAUD Jean | Chirurgie Infantile (54.02) |
| M. | CHEVALIER Nicolas | Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04) |
| Mme | CHINETTI Giulia | Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01) |
| M. | CLUZEAU Thomas | Hématologie (47.01) |
| M. | DELLAMONICA Jean | réanimation médicale (48.02) |
| M. | DELOTTE Jérôme | Gynécologie-obstétrique (54.03) |
| M. | FOURNIER Jean-Paul | Thérapeutique (48.04) |
| Mlle | GIORDANENGO Valérie | Bactériologie-Virologie (45.01) |
| Mme | GIOVANNINI-CHAMI Lisa | Pédiatrie (54.01) |
| M. | GUÉRIN Olivier | Gériatrie (48.04) |
| M. | IANNELLI Antonio | Chirurgie Digestive (52.02) |
| M. | ILIE Marius | Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03) |
| M | JEAN BAPTISTE Elixène | Chirurgie vasculaire (51.04) |
| M. | PASSERON Thierry | Dermato-Vénérologie (50.03) |
| M. | ROGER Pierre-Marie | Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03) |
| M. | ROHRLICH Pierre | Pédiatrie (54.01) |
| M. | ROUX Christian | rhumatologie (50.01) |
| M. | RUIMY Raymond | Bactériologie-virologie (45.01) |
| Mme | SACCONI Sabrina | Neurologie (49.01) |
| M. | SADOUL Jean-Louis | Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04) |

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|-----|--------------------------|--|
| M. | AMBROSETTI Damien | Cytologie et Histologie (42.02) |
| M. | BENOLIEL José | Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01) |
| Mme | BERNARD-POMIER Ghislaine | Immunologie (47.03) |
| M. | BRONSARD Nicolas | Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01) |
| Mme | BUREL-VANDENBOS Fanny | Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03) |
| M. | DOGLIO Alain | Bactériologie-Virologie (45.01) |
| M | DOYEN Jérôme | Radiothérapie (47.02) |
| M | FAVRE Guillaume | Néphrologie (52.03) |
| M. | FOSSE Thierry | Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01) |
| M. | GARRAFFO Rodolphe | Pharmacologie Fondamentale (48.03) |
| Mme | HINAULT Charlotte | Biochimie et biologie moléculaire (44.01) |
| M. | HUMBERT Olivier | Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01) |
| Mme | LAMY Brigitte | Bactériologie-virologie (45.01) |
| Mme | LONG-MIRA Elodie | Cytologie et Histologie (42.02) |
| Mme | MAGNIÉ Marie-Noëlle | Physiologie (44.02) |
| Mme | MOCERI Pamela | Cardiologie (51.02) |
| M. | MONTAUDIE Henri | Dermatologie (50.03) |
| Mme | MUSSO-LASSALLE Sandra | Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03) |
| M. | NAÏMI Mourad | Biochimie et Biologie moléculaire (44.01) |
| Mme | POMARES Christelle | Parasitologie et mycologie (45.02) |
| M. | SAVOLDELLI Charles | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03) |
| Mme | SEITZ-POLSKI barbara | Immunologie (47.03) |
| M. | TESTA Jean | Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01) |
| M. | TOULON Pierre | Hématologie et Transfusion (47.01) |

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
Constitution du jury en qualité de 4ème membre
Professeurs Honoraires

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| M ALBERTINI Marc | M. GÉRARD Jean-Pierre |
| M. BALAS Daniel | M. GILLET Jean-Yves |
| M. BATT Michel | M. GRELLIER Patrick |
| M. BLAIVE Bruno | M. GRIMAUD Dominique |
| M. BOQUET Patrice | M. HARTER Michel |
| M. BOURGEON André | M. JOURDAN Jacques |
| M. BOUTTÉ Patrick | M. LAMBERT Jean-Claude |
| M. BRUNETON Jean-Noël | M. LAZDUNSKI Michel |
| Mme BUSSIERE Françoise | M. LEFEBVRE Jean-Claude |
| M. CAMOUS Jean-Pierre | M. LE FICHOUX Yves |
| M. CANIVET Bertrand | Mme LEBRETON Elisabeth |
| M. CASSUTO Jill-patrice | M. LOUBIERE Robert |
| M. CHATEL Marcel | M. MARIANI Roger |
| M. COUSSEMENT Alain | M. MASSEYEFF René |
| Mme CRENESSE Dominique | M. MATTEI Mathieu |
| M. DAR COURT Guy | M. MOUIEL Jean |
| M. DELLAMONICA Pierre | Mme MYQUEL Martine |
| M. DELMONT Jean | M. ORTONNE Jean-Paul |
| M. DEMARD François | M. PRINGUEY Dominique |
| M. DESNUELLE Claude | M. SAUTRON Jean Baptiste |
| M. DOLISI Claude | M. SCHNEIDER Maurice |
| Mme EULLER-ZIEGLER Liana | M. TOUBOL Jacques |
| M . FRANCO Alain | M. TRAN Dinh Khiem |
| M. FREYCHET Pierre | M VAN OBBERGHEN Emmanuel |
| M. GASTAUD Pierre | M. ZIEGLER Gérard |

M.C.U. Honoraires

| | |
|-----------------------------|------------------------|
| M. ARNOLD Jacques | M. GIUDICELLI Jean |
| M. BASTERIS Bernard | M. MAGNÉ Jacques |
| Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie | Mme MEMRAN Nadine |
| Mme DONZEAU Michèle | M. MENGUAL Raymond |
| M. EMILIOZZI Roméo | M. PHILIP Patrick |
| M. FRANKEN Philippe | M. POIRÉE Jean-Claude |
| M. GASTAUD Marcel | Mme ROURE Marie-Claire |

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Guérin : Je suis particulièrement touché que vous ayez accepté de présider mon jury de thèse. Merci de l'intérêt que vous portez à ma thèse et à la médecine générale. Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité durant les 6 mois que j'ai passé en gériatrie.

A Monsieur le Professeur GARDON : Je vous remercie d'être présent en nous apportant votre belle expérience concernant la médecine générale. J'ai particulièrement apprécié nos discussions et les conseils pertinents que vous m'avez donnés.

A Monsieur le Professeur BAQUET : Je vous remercie de nous honorer de votre présence Mr le Doyen.

A Monsieur le Docteur Durand : Je vous suis reconnaissant d'être présent ce jour pour juger mon travail et apporter votre expertise.

A Madame le Docteur Rambaud : Merci d'avoir accepté d'être ma directrice, de m'avoir guidé et épaulé tout au long de ce projet. Je te remercie également pour ton écoute et tes conseils qui m'ont permis de progresser durant mon stage au CHU de Cimiez.

A Mes Colocataires et co-internes Alexandre et Grégoire : Merci pour votre support et aide pour l'élaboration de cette thèse.

A Zoal jan : Merci infiniment pour tes encouragements, conseils, corrections durant cette longue période.

A Jalal et Marion : Je vous remercie pour vos corrections et conseils pertinents.

A Monsieur Dr DUMOULIN : Merci beaucoup pour tes corrections. Je te suis très reconnaissant de me faire progresser durant mon stage en SASPAS et de me faire profiter de tes nombreuses connaissances.

A Brice : Merci de m'avoir suggéré l'idée de cette thèse.

A toute ma famille : Merci de m'avoir soutenu durant ces longues années.

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 11 |
| Matériels et méthodes | 13 |
| I) Choix du type d'étude | 13 |
| II) Choix de la population d'étude | 13 |
| III) Recueil de données | 14 |
| IV) Analyse du contenu | 14 |
| RESULTATS..... | 15 |
| I) Caractéristiques descriptives..... | 15 |
| II) Analyse des résultats..... | 16 |
| 1) Vécu de l'incontinence urinaire par les patients..... | 16 |
| 2) Les obstacles à la prise en charge initiale de l'incontinence urinaire masculine | 18 |
| 3) Les solutions proposées par les généralistes | 21 |
| DISCUSSION | 25 |
| I) Résultats principaux de l'étude | 25 |
| 1) Les obstacles liés aux patients..... | 25 |
| 2) Les obstacles liés aux médecins | 25 |
| II) Validité interne | 26 |
| 1) La méthode qualitative par entretiens semi-dirigés | 26 |
| 2) Les biais | 27 |
| III) Validité externe | 28 |
| IV) Suggestions et perspectives d'avenir | 29 |
| CONCLUSION | 31 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 32 |
| ANNEXES..... | 35 |
| I) Annexe 1 : Guide d'entretien | 35 |
| II) Annexe 2 : Modèle de consentement écrit des patients | 37 |
| III) Annexe 3 : Caractéristiques des participants de l'étude..... | 38 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE..... | 39 |
| RESUME | 40 |

INTRODUCTION

L'incontinence urinaire (IU) est définie par *l'Agence Française d'Urologie* (AFU) et *l'International Continence Society* (ICS) comme « toute plainte de perte d'urine involontaire ». On en distingue trois grands types. L'incontinence urinaire d'effort (IUE) est une fuite involontaire d'urine qui survient à l'occasion d'une élévation de la pression intra-abdominale telle qu'un effort physique, une toux ou un éternuement. L'incontinence urinaire par impériosité (IUI) est une fuite involontaire d'urine accompagnée ou immédiatement précédée par une urgenterie. L'incontinence urinaire mixte est caractérisée par l'association d'une IUI et d'une IUE (1).

Bien que moins fréquente que chez la femme, l'IU n'est pas rare chez l'homme(2) (3). En effet, en France, selon l'AFU, elle survient chez 3 à 5% des quadragénaires et augmente ensuite avec l'âge pour concerner 10% des hommes de 60 ans et 30% après 90 ans(4). Elle s'élèverait même jusqu'à 50% dans les services gériatriques(5)(6).

Les conséquences de ce problème sont nombreuses et majeures tant pour la personne incontinente que pour son entourage. Sur le plan psychologique, plusieurs études montrent une incidence plus élevée de la dépression (jusqu'à 29%), de l'anxiété (jusqu'à 35%) et des troubles sexuels chez les hommes souffrant de symptômes fonctionnels urinaires en général (7) (8) (9). L'incontinence urinaire a également des répercussions physiques (infections urinaires répétées, atteinte de l'intégrité de la peau, risque de chute...) et socioprofessionnelles (perturbation des relations sociales et familiales, réduction des activités sociales et professionnelles, isolement, institutionnalisation...) (10) (11).

De plus, le poids financier de l'incontinence urinaire fait de cette pathologie un réel enjeu de santé publique (2). Elle induit des coûts directs liés aux examens, aux médicaments, aux produits palliatifs et aux interventions mais également indirects en raison des comorbidités importantes. Le coût estimé de l'IU se chiffre à plus de 300 millions d'euros chaque année (12).

Malgré ses répercussions majeures, l'IU reste un sujet tabou. Effectivement, plus de la moitié des adultes souffrant de ce handicap n'osent pas en parler, même à leurs médecins (2). Deux principales raisons ont été avancées : d'une part un sentiment de honte et d'autre part l'idée qu'aucune prise en charge efficace ne pouvait être proposée (13) (2). Ce tabou pourrait

être encore plus ancré chez l'homme du fait de ses représentations concernant les pathologies touchant la sphère uro-génitale et notamment la prostate (14).

Pourtant des traitements curatifs et palliatifs efficaces (mesures hygiéno-diététiques, traitement médicamenteux, rééducation périnéo-sphinctérienne, chirurgies) existent chez l'homme et d'importants progrès ont été réalisés ces 20 dernières années (15) (16) (17) (18) (19). Il n'existe, cependant, pas de recommandation spécifique, émanant de La Haute Autorité de Santé (HAS) concernant la prise en charge de l'incontinence urinaire de l'homme en médecine générale contrairement à sa prise en charge chez la femme (20). L'AFU, quant à elle, a émis des recommandations concernant l'homme incontinent se basant sur une revue de la littérature (1). Malgré le faible niveau de preuve des études concernant l'incontinence urinaire masculine (IUM), l'AFU insiste sur l'importance de l'interrogatoire, de l'examen clinique, du catalogue mictionnel et/ou d'un pad-test et des examens paracliniques de première intention que sont l'ECBU et l'échographie vésicale à la recherche d'un résidu post-mictionnel.

L'interrogatoire est fondamental et doit permettre de définir la nature de l'IU (type, temps, sévérité et gêne associée), de rechercher d'éventuelles complications, d'évaluer l'impact sur la qualité de vie à l'aide notamment de questionnaire validé comme l'ICIQ, d'évaluer les attentes du patient et enfin de rechercher une étiologie (1). En l'absence de cause évidente ou de situation urgente, l'AFU recommande la prescription, en première intention, d'une rééducation périnéo-sphinctérienne (21). Au regard de ces textes et de la relation de confiance qu'entretient le médecin traitant avec son patient, ce dernier semble le mieux placé pour réaliser la prise en charge initiale de ce symptôme tabou handicapant.

Plusieurs thèses qualitatives se sont intéressées aux mécanismes du tabou qui existe, aussi bien du côté médecin que du côté patient, ainsi que sur les autres freins à la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte (22) (23). Actuellement, il n'existe pas de travail équivalent chez l'homme.

L'objectif de cette étude est d'identifier les obstacles à la prise en charge initiale de l'incontinence urinaire de l'homme adulte en médecine générale.

MATERIELS ET METHODES

I) Choix du type d'étude

Afin de répondre à l'objectif, le choix a été fait de s'appuyer sur la méthode qualitative par entretiens semi-directifs. Effectivement, elle permet d'explorer et de comprendre les représentations des médecins généralistes concernant l'incontinence urinaire de leurs patients.

Les méthodes quantitatives permettent de quantifier les attitudes mais sans pouvoir les expliquer. Elles ne permettent pas non plus l'émergence d'idées et d'opinions nouvelles. La méthode qualitative permet, quant à elle, d'étudier les phénomènes complexes dans leur milieu naturel. Elle s'efforce de leur donner un sens, de les interpréter au travers des significations que nous pouvons leur donner (24).

II) Choix de la population d'étude

Afin de recueillir des points de vue variés sur le sujet, des médecins présentant des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, durée d'installation, milieu d'exercice) différentes ont été interrogés. Leurs caractéristiques communes étaient d'être thésées et installées dans le département du Var.

Une recherche a été effectuée par le biais d'internet sur le site www.pagesjaunes.fr. Les médecins étaient contactés par téléphone, soit directement, soit par le biais de leur secrétaire qui se chargeait de transmettre le message. Plusieurs relances ont été nécessaires dans certains cabinets pour avoir la réponse des généralistes. Les réponses étaient souvent défavorables, notamment des médecins de sexe féminin, devant le pourcentage faible de sujets souffrant d'incontinence urinaire dans leur patientèle. Les premiers médecins interrogés nous ont orientés vers d'autres collègues susceptibles d'être intéressés par le sujet. Cela a permis de recruter un tiers des médecins.

III) Recueil de données

L'étude a été effectuée par des entretiens semi-directifs, auprès des médecins généralistes du Var. Tous ont eu lieu dans un endroit calme, à savoir le cabinet des médecins généralistes, et ont été effectués par un seul enquêteur.

Avant de débiter l'entretien, les médecins étaient informés du respect de leur anonymat puis ils donnaient leur consentement pour l'enregistrement et la retranscription de leur propos. Un double enregistrement était effectué par un smartphone et un dictaphone classique pour anticiper une éventuelle panne. L'enquêteur devait prendre les mesures nécessaires pour que les interventions de la personne interrogée soient anonymes. Pour cela, il ne mentionnait jamais le nom du médecin interrogé dans les transcriptions. Si ce dernier évoquait des confrères spécialistes, ils n'étaient cités que par leur spécialité. Une fois retranscrit, chaque entretien était effacé de l'appareil enregistreur.

Le guide d'entretien était composé de trois parties avec des questions ouvertes incitant la personne interrogée à exprimer son expérience et ressenti par rapport à l'incontinence urinaire. Si le médecin interrogé s'éloignait des objectifs de l'étude, des questions de relances étaient posées pour stimuler et recentrer l'entretien. Le guide se terminait par un questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon. Enfin il était élaboré dans un processus continu et réadapté au fur et à mesure des entretiens.

IV) Analyse du contenu

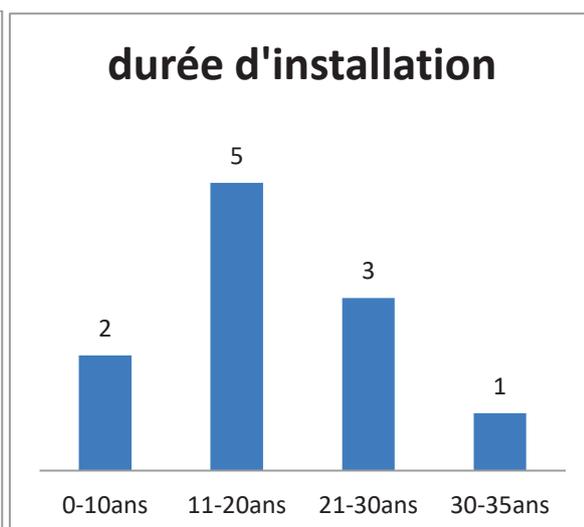
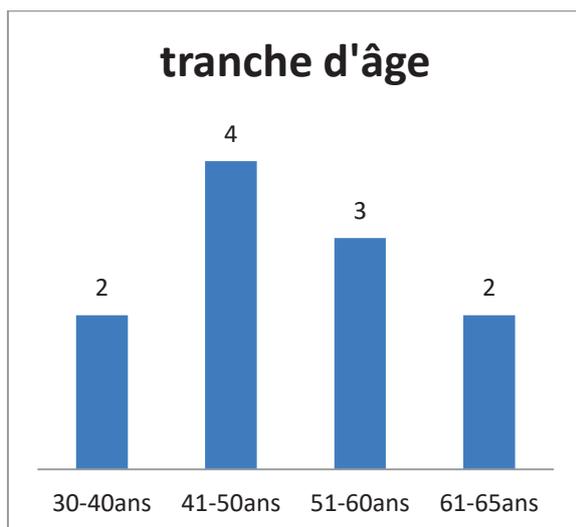
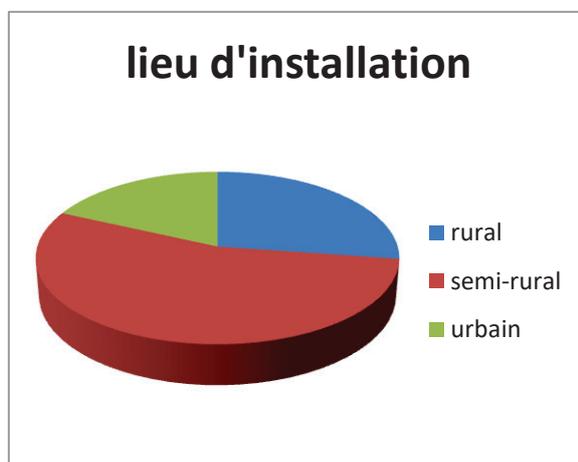
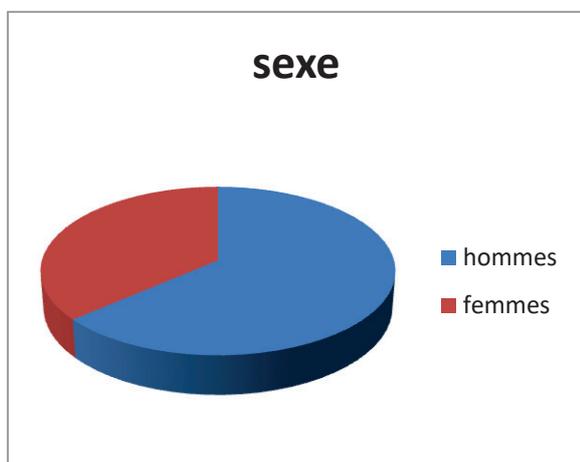
La retranscription a été effectuée, dans son intégralité, le jour même ou le lendemain, à l'aide du logiciel Microsoft Word. Les aspects non verbaux étaient aussi annotés pour permettre une analyse plus objective.

L'analyse consistait à effectuer un codage axial des verbatims. Ainsi, chaque partie du verbatim était classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhiculait. Ces catégories étaient ensuite regroupées en thèmes plus généraux et parfois déclinées en sous-catégories plus détaillées selon la particularité de l'idée émise. Cette analyse a été effectuée grâce à un logiciel Word en utilisant un code couleur. Pour augmenter l'objectivité de notre étude, une seconde analyse a été effectuée par un autre interne de médecine générale puis nous avons procédé à une confrontation des résultats.

RESULTATS

I) Caractéristiques descriptives

Au total, nous avons mené dix entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes du Var entre janvier et juin 2018. Un onzième entretien a été effectué mais aucun élément nouveau n'a été mis en évidence, montrant ainsi la saturation des données. La durée moyenne des entretiens était de vingt-cinq minutes.



Nous avons essayé d'équilibrer la population concernant les variables sexe, âge, durée d'installation et lieu d'installation. Ainsi, nous avons pu recruter majoritairement des hommes. Concernant le milieu d'exercice, une majorité de médecins exerçant en milieu rural ou semi-rural a été interrogée du fait de la répartition géographique du département du Var. Enfin, la tranche d'âge la plus représentée était 41-50 ans et la durée d'installation 11-20ans. L'ensemble des caractéristiques de la population étudiée se trouve en annexe.

II) Analyse des résultats

1) Vécu de l'incontinence urinaire par les patients

a) Ressenti des hommes souffrant d'incontinence urinaire

Tous les médecins généralistes interrogés s'accordent sur le fait que leurs patients vivent très difficilement leur incontinence urinaire au quotidien. Ils en rapportent plusieurs aspects :

- Honte sociale.
« Ils n'assument pas du tout ce symptôme, même vis-à-vis de leur entourage proche. C'est une sorte de honte absolue pour eux ». (M2)
- Régression infantile de l'image de soi.
« Un patient me parlait de régression infantile ». (M1)
« Se sentent diminués » (M8)
- Atteinte de la virilité.
« Ils ne se sentent plus comme des hommes quoi ». (M5)
- Sentiment d'exclusion.
« Se sent comme le vilain petit canard » (M4)
- Tristesse.
« Ils se sentent tristes. Cela les met en face de leur vieillissement et de la perte d'autonomie ». (M8)

Un praticien insiste sur le gouffre qui existe entre le ressenti extrêmement violent du patient et parfois le détachement du médecin face à un symptôme qui n'engage pas le

pronostic vital. Il rapporte « un patient de 55ans souffrant d'incontinence urinaire pendant quelques mois, m'en parlait avec des larmes dans les yeux ». (M5)

b) Impact sur la vie quotidienne

La totalité des médecins interrogés rapportent un retentissement majeur de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie de leurs patients.

« C'est un frein aux sorties, activités culturelles et sociales ». (M10)

« Cela devient une obsession car il faut toujours trouver un moyen pour ne pas se faire repérer, sans paraître bizarre ». (M5)

« L'impact socioprofessionnel est majeur ». (M9)

« En poussant un peu, on découvre que souvent leur vie sexuelle est très altérée. C'est encore pire pour ceux qui souffrent d'incontinence coïtale ». (M10)

c) L'incontinence urinaire masculine, un sujet tabou

Plusieurs praticiens insistent sur la réticence extrême des patients à parler de leur perte d'urine malgré ses répercussions sur leur qualité de vie. Trois médecins pensent même que ce tabou est ancré plus profondément chez l'homme par rapport à la femme.

« Malgré tout ils n'en parlent pas, c'est pour vous dire le tabou que cela représente. Maintenant avec les pubs, ils me parlent plus facilement de leur problème d'érection que d'incontinence ». (M5)

« Franchement je trouve que les femmes en parlent plus facilement ». (M6)

Deux généralistes ont tenté d'expliquer les raisons de ce tabou et comment ils aboutissent à des situations catastrophiques.

« Chez la femme, on sait qu'à des périodes de la vie on peut être touché par des pertes d'urines. On l'entend à la télé, on le voit sur les panneaux publicitaires, un peu pendant nos études. Chez l'homme quasiment jamais ». (M3)

« Les troubles s'installent très lentement et le patient s'habitue à son quotidien dégradé et ainsi on fait le diagnostic dans des situations horribles ». (M5)

2) Les obstacles à la prise en charge initiale de l'incontinence urinaire masculine

a) Conditions du diagnostique

Le principal frein à la prise en charge de l'IU masculine demeure le fait que le sujet n'est pas abordé. Le patient n'en parle pas spontanément car c'est un sujet tabou majeur face auquel il se sent mal à l'aise. Le médecin généraliste, lui n'a que rarement le temps d'en faire le dépistage ou n'y pense pas tout simplement.

« Ils ne m'en ont jamais parlé spontanément. » (M8)

« On le découvre parfois en examinant les patients, avec les protections » (M1)

« Deux fois je l'ai découvert car ils me demandaient une prescription de Zetuvit® qui est un pansement absorbant. » (M6)

« Je ne le demande pas systématiquement mais que quand il y a des signes fonctionnels urinaires. Par contre chez la femme, cela fait partie des questions que je pose en fin de consultation quand j'ai un peu de temps. » (M4)

« Oulala je ne peux pas tout demander non plus, on n'a plus le temps en médecine générale vous savez. » (M10)

Un autre médecin avance en plus du tabou, le fait que le patient pense que les traitements ne sont pas efficaces.

« Vous savez on parle des troubles érectiles maintenant car les patients savent qu'il existe le Viagra® mais pour eux la perte d'urine est une fatalité. » (M5)

Trois médecins mettent en avant le manque de sensibilisation de la population générale.

« C'est un problème fréquent statistiquement mais pour la population générale c'est quelque chose de très rare. On n'en entend jamais en parler dans les médias. C'est pour ça que le patient n'en parle pas. » (M4)

b) Sous diagnostic des patients présentant une IU

Les médecins généralistes avaient conscience que la prévalence de l'IU est sous-estimée en médecine générale. Les médecins femmes interrogées avaient toutes moins de cinq patients suivis pour IU et expliquaient cela par la pudeur des patients.

« Il y a des patients dont je suis le médecin généraliste qui prennent rendez-vous avec un de mes collaborateurs de sexe masculin pour aborder les questions touchant la sphère urogénitale. C'est l'inverse pour les problèmes gynécologique ». (M6)

c) Manque de formation

La majorité des médecins ne se sent pas assez compétente dans ce domaine. Ainsi, ils font état d'un manque de formation concernant l'IU masculine au cours de la formation initiale mais également en formation continue.

« Une espèce de grand vide en ce qui concerne la formation. » (M4)

« Sincèrement je ne me sens pas assez compétent et je préfère l'adresser rapidement chez l'urologue. » (M9)

« Avant de passer en gériatrie pendant mon internat, je pensais que c'était un problème uniquement féminin (rire). » (M3)

Seulement deux médecins adressaient leurs patients chez le kinésithérapeute pour une rééducation périnéo-sphinctérienne.

« La kiné chez l'homme, vous m'apprenez un truc là. Comment c'est possible ? (Haussement des sourcils) » (M1)

d) Manque de recommandations en médecine générale

Plusieurs praticiens mettent en avant des difficultés pour retrouver des recommandations précises concernant l'IUM.

« Je me rappelle avoir cherché sur internet pour trouver des solutions pour un patient désespéré. Je ne suis tombé que sur des sites pour des publicités de protections. » (M10)

e) Doute sur l'efficacité du traitement

La plupart des médecins maîtrisent peu les différents traitements de l'IU et ne sont pas convaincus de leur efficacité.

« Les médicaments anticholinergiques ou alpha-bloquants marchent peu. Quand on trouvera un vrai traitement, on en parlera aux patients. » (M9)

f) Les obstacles liés aux représentations et attitudes des patients

Certains patients refusent d'être examinés, notamment par les médecins de sexe féminin.

« Un homme ne va pas se déshabiller devant moi, c'est comme ça (sourire). » (M5)

L'observance au niveau des traitements n'est pas bonne surtout concernant la kinésithérapie.

« Ahah ici on est à la campagne, ce n'est pas envisageable de faire de la kiné pour mes patients. Pour leur virilité, ce serait une insulte. » (M3)

g) La kinésithérapie

Comme vu précédemment, la plupart des médecins ne savaient pas que la kinésithérapie périnéo-sphinctérienne était indiquée dans l'IU masculine. De plus, il existe peu de kinésithérapeutes spécialisés dans ce domaine. Enfin les médecins font état d'un manque de communication avec les kinésithérapeutes.

« Il doit y avoir quoi deux ou trois kinés qui font ça dans tout le Var. Je ne sais pas lesquelles d'ailleurs. Ce sont les uro qui prescrivent. Pas nous. » (M1)

« Les kinés, on ne communique jamais avec eux. On prescrit puis on ne sait pas ce qu'il se passe. Ce serait vraiment bien de faire des formations avec eux. » (M8)

Pourtant les deux médecins prescrivant de la kinésithérapie, étaient très satisfaits des résultats.

« Il y a deux kinés qui font de la rééducation par méthode de biofeedback à Fréjus. Il y a souvent de très bons résultats. » (M2)

h) Orientation initiale vers un urologue

Beaucoup de généralistes estiment que l'IU masculine est une « affaire d'urologue ». De plus, l'offre de soin suffisante dans le Var permet un accès facile des patients à cette spécialité.

« Franchement je les adresse dès le diagnostic. Le bilan urodynamique est indispensable. Et puis je ne vais pas commencer à faire un toucher rectal dans mon cabinet. L'examen urogénital est très désagréable donc on ne va pas obliger le patient à le subir deux fois. » (M3)

« Oui il y en pas mal [d'urologues] ici. Dans les dix jours, j'ai un rendez-vous. Et si c'est urgent, le jour même. » (M2)

Cependant certains patients préfèrent que ce soit le médecin traitant qui gère la situation.

« J'ai des retours négatifs. Certains trouvent que c'est l'usine là-dedans. Ils ne veulent plus y retourner, c'est moi qui gère alors » (M3)

3) Les solutions proposées par les généralistes

L'analyse des données a permis de mettre en évidence de multiples freins à la prise en charge des patients souffrant d'IU. Il est intéressant de noter que ces mêmes médecins proposent de nombreuses solutions pour en améliorer la prise en charge.

a) Informations du grand public

La quasi-totalité des médecins interrogés évoque les campagnes d'information pour sensibiliser la population générale.

« C'est la meilleure solution. Regardez depuis « les antibiotiques ce n'est pas automatique » et bah les parents comprennent mieux qu'on n'en prescrit pas systématiquement. De même pour les troubles érectiles qui étaient également un sujet tabou, les patients en parlent parfois spontanément maintenant. » (M10)

Cependant, il faut réfléchir aux conséquences des campagnes d'information.

« Je pense que la grande campagne d'information pour l'IU chez la femme a rendu les choses encore plus délicates pour l'homme. Et oui l'homme est très attaché à sa virilité, maintenant il se dit qu'il souffre d'un truc de fille et ça le complexe encore plus. » (M9)

Un médecin généraliste évoque l'importance de contrôler les publicités.

« Quand vous voyez des pubs ou en en gros on dit de mettre des couches si vous perdez vos urines. Moi ça me rend fou. » (M1)

b) *Information par les médecins généralistes*

La majorité des médecins insistent sur l'importance d'une information individuelle du patient.

« Notre job c'est d'ouvrir la porte en posant la question, après le patient choisit d'y rentrer ou non. Il se dit « ah s'il me pose la question c'est que je ne dois pas être le seul vilain petit canard » ». (M4)

« Je pense qu'il faut parler d'un certain nombre de choses quand on a le temps et l'IU en fait partie. Le patient n'accroche pas forcément tout de suite mais en reparle parfois dans les consultations suivantes. » (M6)

Un médecin insiste sur l'importance de faire de la prévention au bon moment.

« Cela ne sert à rien de faire de la prévention à tout va. Faut faire les choses au bon moment, et le bon moment c'est quand le patient se sent concerné. Il ne faut surtout pas rater le coche ! Par exemple quand le patient va se faire opérer de la prostate. » (M7)

Plusieurs médecins expriment leur volonté d'aborder plus fréquemment l'IU avec leurs patients au décours de notre entretien.

« Je le demanderai plus souvent dorénavant, c'est certain. » (M8)

c) *Formation des généralistes*

Les généralistes évoquent le fait que le sujet de l'IUM est peu abordé au cours des études médicales alors qu'il faudrait nous l'enseigner en urologie ou gériatrie. De plus,

plusieurs généralistes se disent motivés pour traiter le sujet en FMC (Formation Médicale Continue) avec des urologues et kinésithérapeutes.

« On apprend plein de signes de maladies auto-immunes par cœur alors qu'on ne les rencontre jamais en pratique. Ce serait plus utile de nous apprendre la prise en charge de problèmes beaucoup plus fréquents et handicapants comme l'IU. » (M9)

« Je serai très intéressé par des FMC sur le sujet avec des urologues car faut l'avouer on ne connaît pas grand-chose sur l'IU de l'homme mais aussi avec des kinés car on n'échange pas assez avec eux sur le sujet. » (M3)

d) *Questionnaire standardisé*

Un généraliste évoque l'intérêt d'un questionnaire standardisé simple et rapide pour dépister des problèmes tabous mais handicapants comme l'IU ou les troubles sexuels une fois par an à tous ses patients.

e) *Améliorer la communication entre le corps médical et paramédical*

Les infirmiers à domicile étant en contact plus souvent et intimement avec le patient, ils sont parfois au courant d'éléments importants qu'ignore le médecin. Cependant les informations ne circulent pas toujours efficacement.

« Je pense qu'il serait intéressant que le médecin communique plus régulièrement avec les IDE. Je suis certaine qu'ils sont parfois au courant que le patient présente une incontinence mais ils ne le disent pas spontanément au médecin ». (M8)

« On n'a jamais de retour du travail réalisé par les kinésithérapeutes et c'est vraiment dommage. C'est pourtant une des prescriptions que je réalise le plus. » (M1)

f) *Place du médecin généraliste*

La moitié des médecins interrogés pensent que le médecin traitant doit avoir un rôle fondamental dans la prise en charge de l'incontinence urinaire.

« Si nous ne nous mettons pas au centre de ce problème, je ne vois pas qui le fera. Il faut que l'on y pense plus. » (M8)

g) Soutien psychologique

Un des rôles fondamentaux du médecin généraliste, que l'on néglige souvent, est le soutien psychologique des patients. En effet, le médecin généraliste est le confident médical. Il doit essayer de redonner confiance à son patient, et ce malgré le raccourcissement du temps moyen d'une consultation.

« Nous avons un rôle de dépistage, d'orientation mais surtout nous sommes un support psychologique pour le patient. C'est notamment le cas dans ce genre de pathologie qui atteint leur intimité. Vous pouvez être certain qu'il ne dira pas à l'urologue qu'il ne se sent plus comme un homme depuis qu'il perd ses urines. » (M10)

« Il faut surtout déculpabiliser le patient en lui disant que c'est un problème comme le reste. » (M7)

DISCUSSION

I) Résultats principaux de l'étude

1) Les obstacles liés aux patients

Tous les médecins généralistes interrogés se sont montrés intéressés et motivés pendant les entretiens. Ils ont tous conscience que l'IU peut être responsable d'une détérioration considérable de la qualité de vie des patients, surtout si ces derniers ne sont pas accompagnés dans cette pathologie. Ils pensent également être un acteur indispensable et en première ligne concernant sa prise en charge.

Cependant ils ont mis en avant plusieurs obstacles, de par leur expérience, rendant complexe la prise en charge de l'IU chez l'homme. En premier lieu, il y a évidemment la difficulté des patients et du médecin à aborder le sujet pendant les consultations. Ils expliquent cela par diverses raisons. Tout d'abord, la perte d'urine est un sujet tabou majeur pour le patient. En effet, l'IU touche la sphère uro-génitale et porte ainsi atteinte à la virilité de l'homme. Cette atteinte est plus marquée en zone rurale. De plus, l'absence de sensibilisation de la population générale concernant l'IU de l'homme, contrairement à celle de la femme, rend ces derniers encore plus isolés. Ainsi, les patients pensent parfois que c'est uniquement un symptôme féminin, ce qui accroît leur sentiment de honte et les incitent à dissimuler ce symptôme.

Un autre frein sur lequel les médecins insistent est le fait que parfois les patients refusent l'examen clinique, notamment quand il s'agit d'un médecin de sexe féminin. Enfin, les généralistes interrogés mettent en avant un manque d'observance de la part des patients surtout concernant la kinésithérapie.

2) Les obstacles liés aux médecins

Les médecins généralistes mettent également en lumière des freins émanant de leur propre activité. En effet, ils avouent ne pas réaliser de manière fréquente le dépistage de l'IU, par faute de temps ou simplement parce qu'ils n'y pensent pas. Ce manque de dépistage,

associé au tabou de l'incontinence urinaire, explique le nombre restreint de patients suivis et pris en charge pour ce symptôme au sein des généralistes interrogés.

En outre, les médecins interrogés insistent sur le manque de formation au cours du deuxième cycle des études médicales mais aussi dans le cadre de la formation médicale continue (FMC). Effectivement, les sujets traités concernent principalement la pathologie prostatique et l'IU de la femme. Ils souhaiteraient que les FMC puissent leur permettre d'améliorer leurs connaissances mais également de rencontrer et d'échanger avec des référents urologues et kinésithérapeutes. Ce défaut de formation engendre un manque de connaissances, mais également un manque de confiance, qui les conduit, la plupart du temps, à adresser le patient directement à un confrère urologue. Ainsi, les traitements médicamenteux et la kinésithérapie sont très souvent prescrits par ce dernier, mais pouvant induire un retard de prise en charge.

On peut noter que les médecins découvrent et se forment à la prise en charge de l'incontinence urinaire habituellement pendant leur stage en gériatrie. Enfin, les médecins rapportent un manque de communication avec les infirmiers et les kinésithérapeutes pouvant être un frein à la prise en charge optimale de cette pathologie chronique. En effet, une collaboration multidisciplinaire semble indispensable à l'élaboration d'un projet de soins commun.

II) Validité interne

1) La méthode qualitative par entretiens semi-dirigés

Concernant notre sujet, qui nécessitait l'analyse des sentiments et de l'expérience des médecins vis-à-vis d'un symptôme intime et tabou, la méthode qualitative était la plus adaptée. Les entretiens individuels semi-dirigés ont permis de préserver l'anonymat des généralistes et de les mettre en confiance. Ainsi, ils ont pu s'exprimer librement et sans frein concernant ce sujet complexe qu'est l'IU. De plus, les entretiens étaient tous réalisés au sein du cabinet du médecin interrogé. Cet endroit calme et familier a sans doute permis aux médecins d'être plus à l'aise et en confiance pour s'exprimer.

Le focus groupe aurait pu permettre de recueillir l'avis de plusieurs personnes en même temps et ainsi de créer un dynamique de groupe pouvant faire émerger de nouvelles idées. Cependant, nous avons pensé que la présence d'autres confrères pouvait être intimidant et limiter le partage d'expérience concernant un sujet délicat et tabou. D'autre part, d'un point de vue pratique, il nous semblait difficile de réunir plusieurs médecins généralistes en raison de leur charge de travail déjà importante. Enfin, compte tenu de la méthode et du nombre limité de participants, nous ne pouvons évidemment pas extrapoler nos résultats à l'ensemble des médecins du Var.

2) Les biais

a) *Biais de sélection*

Les médecins étaient sélectionnés sur la base du volontariat, nous pouvons donc supposer que le sujet les intéressait particulièrement. Ceci a pu interférer avec la neutralité de leurs réponses. De plus, nous n'avons pu recruter que quatre femmes alors qu'au départ nous espérions avoir une égalité vis-à-vis du sexe des médecins. En effet, nous avons eu beaucoup de refus du fait du faible nombre de patients (parfois aucun) suivi pour incontinence urinaire par les médecins de sexe féminin. Ceci peut être expliqué, comme le rapporte les médecins interrogés, par le fait que les patients parlent plus facilement de leur problème touchant la sphère uro-génitale avec un médecin du même sexe.

b) *Biais d'interprétation*

Par définition, il y a toujours une part d'interprétation dans l'analyse et le codage des entretiens. Cette part de subjectivité a été limitée par une seconde analyse réalisée indépendamment par un autre interne avec ensuite une confrontation des résultats.

c) *Biais de mémoire*

Consciemment ou non, certains détails ont pu être oubliés par les médecins interrogés. Nous avons essayé de mettre les médecins dans des conditions calmes et sans restriction de temps pour limiter ce type de biais.

III) Validité externe

Nos principaux résultats sont similaires à ceux mis en évidence par les deux thèses qualitatives concernant l'IU chez la femme (22) (25). En effet, l'IU masculine est largement sous-évaluée en médecine générale comme chez la femme. Les médecins généralistes se sentent concernés par le problème et pensent avoir un rôle essentiel dans la prise en charge initiale de l'IU. Cependant, si le patient ne formule pas une demande explicite, ils ne recherchent que très rarement la fuite d'urine. Cela peut être expliqué par le manque de temps avec des consultations où en moyenne entre 1.7 et 2.66 des problématiques du patient sont pris en charge (26) (27). De plus, la pratique actuelle de la médecine libérale avec une rémunération à l'acte ne favorise pas la réalisation d'une médecine de prévention.

Par analogie à la femme (25), les praticiens sont conscients de la détérioration majeure de l'image de soi et de la répercussion désastreuse sur la vie de couple de l'incontinence urinaire. Une revue de la littérature concernant l'incontinence coïtale publiée en 2018 corrobore ces résultats (28). La perte d'urine per-coïtale serait présent chez 20 à 64% des patients après prostatectomie mais est très largement sous-estimée. Des traitements spécifiques et efficaces existent mais cela nécessite une analyse sémiologique fine de la part du médecin.

Comme chez la femme, les médecins généralistes interviewés pensent que le tabou autour de l'IUM est omniprésent (23). Ils pensent également que par similitude aux résultats mis en évidence chez la femme, les hommes préfèrent être pris en charge par un médecin du même sexe concernant les symptômes de la sphère uro-génitale. Une meilleure compréhension et une pudeur moins importante seraient à l'origine de cette préférence (29).

Concernant la prise en charge, à la différence de l'IU de la femme, la rééducation pelvi-sphinctérienne était très peu connue des médecins généralistes. Pourtant il s'agit du traitement de première intention, qui s'avère peu coûteux avec très peu d'effets indésirables (30). L'efficacité de ce type de traitement, dans la prévention de l'IU, a surtout fait sa preuve avant et après prostatectomie (31) (19). Cependant, plusieurs études semblent indiquer qu'elle peut avoir un intérêt dans les autres cas si le programme est efficacement élaboré selon les symptômes urinaires et l'étiologie de l'incontinence urinaire (32) (18). Par ailleurs, même en cas de prescription de kinésithérapie, les médecins interrogés mettent en avant le risque de

mauvaise observance du patient, notamment par pudeur. Il n'y a pas actuellement d'étude concernant l'observance de la rééducation en cas d'IU masculine.

Les médecins interrogés insistent sur la nécessité d'améliorer la formation pour une meilleure prise en charge de l'incontinence urinaire en soins primaires. Il faut savoir que jusqu'en 2014, la question inscrite sur cette problématique de santé dans le cadre de l'Examen Classant National (ECN) ne concernait que les aspects diagnostiques et non la prise en charge (33). De plus, seulement une heure en moyenne était consacrée à cet item (2). On peut noter que suite aux différents travaux concernant les conséquences de l'incontinence urinaire au niveau santé public, un effort a été réalisé au niveau universitaire pour compléter la formation, notamment concernant la prise en charge (34). Cependant, pour espérer une meilleure formation des futurs généralistes concernant l'IU, une offre de FMC permettant d'aborder ce sujet semble nécessaire (35).

IV) Suggestions et perspectives d'avenir

Tout d'abord, au vu du nombre d'études réalisées sur la problématique de l'IU chez la femme par rapport à celle l'homme, il est évident que ce problème a été négligé par les autorités de santé. Ainsi, comme chez la femme, pour quantifier l'étendue de ce problème en médecine générale, il serait intéressant de mener une étude quantitative pour évaluer la prévalence de l'incontinence urinaire chez l'homme et leur prise en charge en médecine générale en France (36).

Les généralistes proposent plusieurs solutions pour palier ces freins et ainsi pouvoir améliorer la prise en charge de l'IU masculine. Premièrement, ils suggèrent, en majorité, une meilleure sensibilisation de la population générale afin de « casser » le tabou autour de ce sujet. En effet, ils rapportent que leurs patients parlent plus facilement de leur problème d'érection, notamment grâce à la médiatisation de ce symptôme, que de l'incontinence urinaire. Ainsi, des outils de communication pourraient être développés et diffusés, notamment au sein des salles d'attente des cabinets, afin d'améliorer la connaissance et la prise en charge de cette pathologie. Des études ont d'ailleurs montré l'utilité de ces outils de communication, notamment pour les troubles érectiles (37).

Les campagnes d'informations télévisées ont également montré leur efficacité pour faire évoluer les mentalités et les croyances. Comme cela fut le cas pour la prescription d'antibiotiques (38), un changement du comportement de la population et des médecins peut être favorisé par ces campagnes de problématiques de santé public. Ceci pourrait être également un appui non négligeable pour le discours des médecins face à leurs patients.

Enfin, il est important de développer des actions de santé publique comme la « semaine de la continence urinaire » organisée par l'AFU depuis 2006 pour permettre de diffuser des informations pratiques aux patients.

CONCLUSION

Cette étude a permis d'explorer les freins à la prise en charge initiale de l'IU masculine en médecine générale du point de vu des médecins. Les praticiens interrogés sont conscients de l'isolement et de la détresse des patients souffrant d'IU. Ils se sentent très concernés par la problématique et souhaitent améliorer le quotidien de leurs patients.

Les obstacles mis en évidence par les généralistes interrogés sont multiples. Le plus important, selon les médecins, semble être le fait que le sujet n'est abordé que très rarement en consultation par le médecin et le patient. Pour palier ce problème, il apparaît d'une part essentiel de réaliser des campagnes de sensibilisation de la population générale, afin d'atténuer le tabou autour de cette pathologie. D'autre part, l'amélioration de la formation initiale et continue des médecins généralistes leur permettrait d'aborder plus systématiquement et avec confiance cette problématique dans les situations adéquates.

De même, une communication et une collaboration plus efficaces avec les différents acteurs médicaux et paramédicaux semblent indispensables pour optimiser la prise en charge des pathologies, souvent chroniques, responsables de l'IU de l'homme. Cela permettrait notamment de développer la prescription de rééducation périnéo-sphinctérienne, actuellement insuffisante dans la prise en charge initiale.

Enfin, il serait intéressant de compléter ces données avec la réalisation d'une étude qualitative, en miroir de cette thèse, sur la perception des patients concernant la prise en charge de l'incontinence urinaire de l'homme en médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mathieu R, Benchikh A, Azzouzi AR, Campeggi A, Cornu JN, Delongchamps NB, et al. Bilan initial d'une incontinence urinaire masculine (non neurologique) : revue de la littérature du CTMH de l'AFU. *Prog En Urol*. 1 juin 2014;24(7):421-6.
2. Haab F, Bas P. Rapport sur le thème de l'incontinence. Ministère de la santé et de la solidarité. Avr. 2007. [Internet]. [cité 16 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000283.pdf>
3. Anger JT, Saigal CS, Stothers L, Thom DH, Rodríguez LV, Litwin MS. The Prevalence of Urinary Incontinence Among Community Dwelling Men: Results From the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol*. 1 nov 2006;176(5):2103-8.
4. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Incontinence urinaire et fécale du sujet âgé. 2008-2009. [Internet]. [cité 17 mai 2018]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>
5. Saxer S, Halfens RJG, Bie RAD, Dassen T. Prevalence and incidence of urinary incontinence of Swiss nursing home residents at admission and after six, 12 and 24 months. *J Clin Nurs*. 1 sept 2008;17(18):2490-6.
6. Griebing TL. Worldwide Prevalence Estimates of Lower Urinary Tract Symptoms, Overactive Bladder, Urinary Incontinence, and Bladder Outlet Obstruction. *BJU Int*. 1 oct 2011;108(7):1138-9.
7. Martin S, Vincent A, Taylor AW, Atlantis E, Jenkins A, Januszewski A, et al. Lower Urinary Tract Symptoms, Depression, Anxiety and Systemic Inflammatory Factors in Men: A Population-Based Cohort Study. *PLOS ONE*. 7 oct 2015;10(10):e0137903.
8. Coyne KS, Wein AJ, Tubaro A, Sexton CC, Thompson CL, Kopp ZS, et al. The burden of lower urinary tract symptoms: evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS. *BJU Int*. 103(s3):4-11.
9. Cuzin B. Le couple face aux difficultés sexuelles liées aux troubles urinaires. *Sexologies*. 1 janv 2014;23(1):33-40.
10. Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on quality of life of urinary incontinence and overactive bladder: a systematic literature review. *Urology*. mars 2010;75(3):491-500.
11. Cassells C, Watt E. The impact of incontinence on older spousal caregivers. *J Adv Nurs*. 1 juin 2003;42(6):607-16.
12. Association française d'urologie. Même ça, ça s'apprend. 4e semaine nationale de l'incontinence. 2006. [Internet]. [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/semaine-continence/2006/dossier-presse.pdf>
13. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. *Arch Gynecol Obstet*. 1 avr 2008;277(4):285-90.

14. BARDON Y, CHARTIER-KASTLER E, MOREAU J-L, DAVIN J-L, MIGNARD J-P, COULANGE C. La prostate, symbole de la vulnérabilité masculine : une enquête qualitative AFU-IPSOS. *Prog En Urol*. 2006;4.
15. Lebdaï S, Haillot O, Azzouzi AR, Benchikh A, Campeggi A, Cornu J-N, et al. Traitement de l'incontinence urinaire masculine non neurologique par hyperactivité vésicale : une revue de la littérature du CTMH de l'AFU. *Prog En Urol*. 1 juill 2014;24(9):588-94.
16. Lebdaï S, Delongchamps NB, Azzouzi AR, Benchikh A, Campeggi A, Cornu J-N, et al. Traitements palliatifs et conservateurs de l'incontinence urinaire masculine non neurologique : une revue de littérature du CTMH de l'AFU. *Prog En Urol*. 1 sept 2014;24(10):610-5.
17. Mascle L, Descazeaud A, Robert G, Bernhard J-C, Bensadoun H, Ferrière J-M, et al. Évaluation multicentrique de la bandelette sous-urétrale Advance® dans le traitement de l'incontinence urinaire masculine postopératoire. *Prog En Urol*. 1 avr 2015;25(5):249-55.
18. Hall LM, Aljuraifani R, Hodges PW. Design of programs to train pelvic floor muscles in men with urinary dysfunction: Systematic review. *Neurourol Urodyn* [Internet]. [cité 14 mai 2018];0(0). Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.23593>
19. Perez FSB, Rosa NC, da Rocha AF, Peixoto LRT, Miosso CJ. Effects of Biofeedback in Preventing Urinary Incontinence and Erectile Dysfunction after Radical Prostatectomy. *Front Oncol*. 2018;8:20.
20. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale – Mai 2003. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 déc 2004;32(12):1083-90.
21. Chapitre 07 - Incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé | Urofrance [Internet]. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/incontinence-urinaire.html>
22. Domenger M. L'incontinence urinaire des femmes en médecine générale: sujet tabou ? : point de vue des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
23. Sampaio E. L'incontinence urinaire des femmes en médecine générale: sujet tabou ? : point de vue des patientes [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
24. Borges Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue médicale de l'Assurance Maladie*. 2001; 32(2) : 117-21 [Internet]. [cité 20 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.lass.org/wp-content/uploads/Etudes-BorgesdaSilva-4.pdf>
25. Guicheteau-Magnier A-C. La prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2015.
26. Jaine P. Pluralité des sujets abordés lors d'une consultation en médecine générale [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II; 2005.
27. Flesch-Georgel G. Le nombre de motifs abordés pendant une seule et même consultation en cabinet de ville: une spécificité de la médecine générale : à partir d'une enquête prospective

- sur 1172 consultations dans le Bas-Rhin [Thèse d'exercice]. [France]: Université Louis Pasteur (Strasbourg). Faculté de médecine; 1998.
28. Moutounaïck M, Miget G, Teng M, Kervinio F, Chesnel C, Charlanes A, et al. L'incontinence coïtale. *Prog En Urol*. sept 2018;28(11):515-22.
 29. Videcoq - Ressenti des patients vis à vis de la féminisation.pdf [Internet]. [cité 11 août 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01484731/document>
 30. Hunter KF, Moore KN, Cody DJ, Glazener CMA. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD001843.
 31. Castille Y, Plaghki L, Van Cangh P. Rôle de la rééducation dans la prévention de l'incontinence urinaire après prostatectomie radicale totale [PhD Thesis]. Thèse de doctorat, université catholique de Louvain-la-Neuve Google Scholar; 2003.
 32. Valancogne G, Koehl M, Gaspard L, Castille Y. La rééducation de l'incontinence urinaire de l'homme. *Pelvi-Périnéologie*. 2011;6(2):103–114.
 33. item 321: Incontinence urinaire de l'adulte - prolapsus et incontinence urinaire d'effort [Internet]. [cité 15 août 2018]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item321/site/html/cours.pdf>
 34. Item 121 (Item 321) – Incontinence urinaire de l'adulte. [Internet]. [cité 7 août 2018]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/urologie/enseignement/urologie_19/site/html/cours.pdf
 35. Bras PL, Duhamel G. Formation médicale continue et évaluation des pratiques. Rapport de l'inspection générale des affaires sociales. 2008. [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: http://www.amll.fr/sites/amll.cpm.aquisante.priv/files/Rapport_Igas_FMC.pdf
 36. Incontinence urinaire: évaluation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme vues en consultation de médecine générale en France métropolitaine. Inserm 2007 [Internet]. [cité 25 août 2018]. Disponible sur: <https://www.sentiweb.fr/document.php?doc=871>
 37. Dumas A, Romuald F. Validation d'un outil de communication par affiche autour des troubles de l'érection des patients diabétiques en médecine générale (enquête qualitative auprès de patients diabétiques et de médecins généralistes). 4 mars 2016;62.
 38. Cohen R. « Les antibiotiques, ce n'est pas automatique ». *Enfances Psy*. 2004;no25(1):24-30.

ANNEXES

D) Annexe 1 : Guide d'entretien

- Présentation brève personnelle.
- Présentation du type d'étude.
- Information sur l'anonymat de l'entretien.

GENERALITES SUR L'INCONTINENCE URINAIRE MASCULINE

Pour vous et de manière générale, qu'est-ce que l'incontinence urinaire ?

Relance :

- Que ressentent selon vous vos patients souffrant d'incontinence urinaire ?
- Quel est selon vous l'impact de l'incontinence urinaire sur leur qualité de vie ?

OBSTACLES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE URINAIRE AU CABINET DE MEDECINE GENERALE

En pratique, comment recherchez-vous et prenez vous en charge l'incontinence urinaire chez vos patients de sexe masculin ?

Relance :

- Comment arrivez-vous au diagnostic d'incontinence urinaire ?
- Quels obstacles et difficultés avez-vous rencontré personnellement concernant la prise en charge de l'incontinence urinaire de vos patients ?
- Quel est votre expérience personnelle concernant la relation médecin-patient lors de la prise en charge de l'incontinence urinaire masculine ?
- Que pensez-vous de la formation initiale et continue des professionnels de santé sur l'incontinence urinaire ?

SOLUTIONS POUR PALLIER LES DIFFICULTES RENCONTREES

Quelles solutions proposeriez-vous pour pallier les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge initiale de l'incontinence urinaire masculine ?

Relance :

- Comment sensibiliser la population générale ?
- Quelles solutions pour atténuer le tabou autour de ce problème ?

QUESTIONS RAJOUTEES AU FUR ET A MESURE DES ENTRETIENS :

- Que représente selon vous le sexe du médecin concernant la prise en charge de l'incontinence urinaire masculine ?

- Pour vous quelle place doit avoir le médecin généraliste dans la prise en charge de l'incontinence urinaire ?

CARACTERISTIQUES DU MEDECIN INTERROGE :

- Âge/Sexe
- Date d'installation
- Milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain)

II) Annexe 2 : Modèle de consentement écrit des patients

Je, soussigné(e)..... (nom et prénom)
déclare avoir reçu les informations sur l'objectif et les modalités de l'étude « Obstacles à la prise en charge de l'incontinence urinaire masculine : étude qualitative auprès de médecins généralistes du Var » par ROSTAM Massy et accepte d'y participer.

J'accepte également que cet entretien soit enregistré et retranscrit tout en sachant que les données resteront anonymes.

Je recevrai une synthèse des travaux et un exemplaire de la thèse sur demande.

Fait à (lieu)

Le : (date)

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

III) Annexe 3 : Caractéristiques des participants de l'étude

| <i>MEDECINS GENERALISTES</i> | <i>AGE</i> | <i>SEXE</i> | <i>DUREE D'INSTALLATION</i> | <i>MILIEU D'INSTALLATION</i> |
|----------------------------------|------------|-------------|---------------------------------|----------------------------------|
| MG1 | 38 | FEMME | 7 ANS | URBAIN |
| MG2 | 58 | HOMME | 30 ANS | SEMI-RURAL |
| MG3 | 43 | HOMME | 8 ANS | RURAL |
| MG4 | 58 | HOMME | 25 ANS | SEMI-RURAL |
| MG5 | 47 | HOMME | 15 ANS | SEMI-RURAL |
| MG6 | 57 | FEMME | 23 ANS | SEMI-RURAL |
| MG7 | 63 | HOMME | 31 ANS | SEMI-RURAL |
| MG8 | 44 | FEMME | 13 ANS | SEMI-RURAL |
| MG9 | 40 | FEMME | 11 ANS | URBAIN |
| MG10 | 45 | HOMME | 15 ANS | RURAL |
| MG11 | 62 | HOMME | 19 ANS | RURAL |

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 les 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 seront 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.

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

Introduction : En France, selon l'Association Française d'Urologie (AFU), l'Incontinence Urinaire (IU) touche 3 à 5 % des hommes quadragénaires et ce chiffre ne cesse d'augmenter avec l'âge. L'IU a des répercussions délétères sur la qualité de vie des patients et peut entraîner de nombreuses complications. De plus, son poids financier n'est pas négligeable avec un coût estimé de 300 million d'euros chaque année. Ainsi, l'IU masculine est un réel problème de santé public. Malgré ses répercussions majeures et les progrès thérapeutiques récents, l'IU masculine reste un sujet tabou. L'objectif de cette thèse est d'identifier les freins à la prise en charge initiale de l'IU de l'homme adulte en médecine générale.

Matériels et méthodes : Une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-dirigés, entre janvier et juin 2018, auprès de 11 médecins généralistes du Var. L'analyse a été effectuée par l'enquêteur puis par un second interne de médecine générale de façon indépendante.

Résultats : Cette étude a permis de mettre en évidence plusieurs freins à la prise en charge de l'IU masculine. En premier lieu, il ressort la difficulté des patients et du médecin à aborder le sujet lors des consultations. Ils expliquent cela, tout d'abord, par le fait que l'IU reste un sujet tabou touchant la sphère uro-génitale et donc la virilité de l'homme. De plus, l'absence de sensibilisation de la population générale concernant l'IU de l'homme, contrairement à celle de la femme, rend ces derniers encore plus isolés. Un second frein important, mis en évidence, est le manque d'observance des patients notamment concernant la rééducation périnéo-sphinctérienne. Concernant leur pratique, les généralistes rapportent un déficit de dépistage de l'IU. Ils mettent en avant le manque de formation initiale et continue concernant l'IU, notamment chez l'homme. Pour améliorer la prise en charge de cette pathologie, les médecins insistent sur l'intérêt de la sensibilisation de la population par des campagnes d'informations, avec comme objectif la levée du tabou. Ils proposent également d'améliorer la formation des étudiants et de proposer ce sujet en formation médicale continue.

Conclusion : Les praticiens interrogés sont conscients de l'isolement et de la détresse des patients souffrant d'IU. Les obstacles mis en évidence sont multiples. Le plus important, selon les médecins, semble être le fait que le sujet n'est abordé que très rarement en consultation. Pour palier à ce problème, il apparaît essentiel de réaliser des campagnes de sensibilisation de la population générale, afin d'atténuer le tabou autour de cette pathologie.