UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement Par

Emilie LEMONNIER

Le 20 mai 2021

TITRE

Pourquoi les femmes abordent peu l'incontinence urinaire avec leur Médecin Généraliste ?

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Philippe SERAYET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Madame le Docteur Béatrice LOGNOS

Monsieur le Docteur Philippe SERAYET

Monsieur le Docteur Vincent DEUTSCH

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement Par

Emilie LEMONNIER

Le 20 mai 2021

TITRE

Pourquoi les femmes abordent peu l'incontinence urinaire avec leur Médecin Généraliste ?

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Philippe SERAYET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Madame le Docteur Béatrice LOGNOS

Monsieur le Docteur Philippe SERAYET

Monsieur le Docteur Vincent DEUTSCH

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard
ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASENCIO Gérard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOURGEOIS Jean-Marie
BOUSQUET Jean
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CANAUD Bernard
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
COSTA Pierre
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DUBOIS Jean Bernard
DUJOLS Pierre
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GUILHOU Jean-Jacques
GUITER Pierre
HEDON berbard
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOURDAN Jacques
KLEIN Bernard
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LEROUX Jean-Louis
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARTY ANE Charles
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
PETIT Pierre
POUGET Régis
PUJOL Henri
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
REBOUL Jean
RIEU Daniel
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SOLASSOL Claude
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivuer	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique

PUJOL Joseph

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENECéline	Immunologie

MCU-PH de 2éme classe

BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactérologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Fréderic	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

REMERCIEMENTS

A mon jury :

Merci de me faire l'honneur d'avoir lu et de juger mon travail ce jour. Je vous prie d'accepter ma plus sincère reconnaissance.

A Monsieur le **Professeur Philippe LAMBERT**, merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse, j'en suis honorée.

A mon directeur de thèse et de mémoire, le **Docteur Philippe SERAYET**, merci d'avoir accepté de me guider dans ce travail. Merci aussi d'avoir été un maître de stage pédagogue et plein de bons conseils.

Au **Dr Béatrice LOGNOS**, merci d'avoir accepté de vous impliquer dans mon travail.

Au **Dr Vincent DEUTSCH**, merci d'avoir accepté de partager votre expérience concernant la prise en charge de l'incontinence urinaire et de m'avoir apporté votre aide, du recrutement des patientes aux conseils de rédaction.

A ceux qui ont également participé à mon travail de thèse :

Un grand merci **aux femmes** qui ont accepté d'être interviewées et m'ont fait confiance. Je vous suis reconnaissante d'avoir été bienveillantes envers moi et de m'avoir encouragé dans ce travail.

A **Isabelle RAYNAUD** qui a pris le temps de m'enseigner son savoir sur la prise en charge de l'incontinence urinaire en kinésithérapie, merci d'avoir contribué à l'élaboration de ce travail.

Au **Dr Nathalie LEROUX** qui a accepté de se poser avec moi entre deux accouchements pour « causer » de mon guide d'entretien.

A ceux qui ont participé à ma formation :

Tout d'abord, à mon médecin traitant, le **Dr Eric PAISNEL**, qui sans le savoir m'a transmis cette vocation pour la médecine générale.

A l'équipe du **service d'accueil des Urgences du CH de Bagnols sur Cèze**, pour tout ce que vous m'avez appris pendant mon premier semestre d'interne, merci, ça ne s'oublie pas.

Au **service de gériatrie du CH de Perpignan** pour la formation de qualité que j'ai reçue. Une pensée particulière pour **Elodie CAMIA** et **Sylvie MAILLARD** qui ont été très présentes durant ce semestre et m'ont transmis leur passion du métier.

A l'**équipe de pédiatrie du CHU de Nîmes**, merci pour votre enseignement de qualité.

A l'**équipe du service d'immuno-rhumatologie du Pr JORGENSEN** du CHU de Montpellier, pour ce semestre qui m'a tant appris sur la rhumatologie et aura été très bénéfique pour moi ; je vous remercie de m'avoir si bien intégré à l'équipe.

Au **Pr François ROUBILLE** du CHU de Montpellier, merci d'avoir accepté que je suive vos consultations dans le cadre de mon stage SASPAS, vous m'avez beaucoup appris.

Au **Dr Julie LEBLAY** qui m'a accueilli dans son cabinet et m'a transmis l'essentiel de mes connaissances en dermatologie. Merci pour ta patience, ta gentillesse et ta pédagogie.

Au **Dr Alexandre VIOT**, merci de m'avoir enseigné les connaissances et les gestes clés pour ma pratique de gynécologie. Je garderai un très bon souvenir de ce stage.

Aux médecins généralistes qui m'ont appris mon métier :

Au **bon Dr FAYAD** ! Merci Ghassan, cher maître de stage, de m'avoir transmis la rigueur des « tiroirs » dans la joie et la bonne humeur ! Je n'oublierai pas tes petites phrases toutes faites si bien placées et promis, je ne deviendrai pas un docteur « oui oui ».

Au **Dr Béatrice HUREL**, merci de m'avoir fait découvrir les joies des visites à domicile dans les campagnes et les consultations à rallonge avec tes patients plutôt complexes que tu apprécies tant. J'ai beaucoup appris à tes côtés, tant sur le plan humain que technique.

Au **Dr Christian GIRARD**, merci de m'avoir rappelé les rudiments de l'examen physique et merci pour tes précieux conseils. Je n'oublie pas non plus tes bons petits plats du midi.

Enfin, merci aux **médecins canadiens** qui m'ont permis de continuer ma formation durant une année à Montréal et m'ont accueilli si chaleureusement :
Aux gynécologues du CHU Sainte Justine et notamment au **Dr Isabelle BOUCOIRAN**, merci de m'avoir intégré dans votre équipe, ce fut une expérience très enrichissante**.**
Merci au **Dr Rebecca MILLETTE** de m'avoir permis de découvrir l'activité d'un médecin de famille de l'autre côté de l'Atlantique.
Au **Dr Kim-Anh NGUYEN**, ce fut un plaisir et un honneur d'apprendre à tes côtés. Je vous remercie aussi, toi et à ta famille, pour avoir fait partie de mon aventure tout au long de cette année et pour l'avoir rendue encore plus belle. Je vous souhaite beaucoup de bonheur à 4.

A ma famille :

Merci à **mes parents** et **mes frères et sœurs** pour leur soutien tout au long de mes études. Vous avez été le moteur qui m'a permis d'aller au bout de ce long parcours.
Maman, Papa, vous m'avez transmis les valeurs du travail et vous avez toujours été courageux, encore plus aujourd'hui… merci d'être un exemple.

A ma belle-famille :

Françoise, **Jean Claude**, **Guillaume**, Merci de m'avoir si bien accueilli dans votre famille et de m'avoir soutenu durant la préparation de cette thèse. Françoise, je n'oublierai pas nos « soirées relecture », merci pour ta patience, ton affection et ton aide.

A **Pierre-Lo**, le meilleur des cousins, merci pour tous les bons souvenirs que nous avons déjà en commun.
Je n'oublie pas le reste de la famille, merci à tous pour vos encouragements.
Je nous souhaite de longues années de bonheur et encore plein de beaux moments partagés tous ensemble.

A mes amies d'enfance :

Lolo, merci d'être toujours présente à l'appel 29 ans après notre première rencontre en maternel. Ton soutien sans faille m'a beaucoup aidé durant mes études. Je retiendrai nos folles soirées étudiantes mais aussi les soirées plaid devant la télé qui m'ont souvent remonté le moral avant les partiels.

A **Anaïs**, ma confidente de toujours. Nos spectacles de danse devant tes parents me manquent mais encore tellement de beaux moments nous attendent. J'ai hâte de te découvrir maman.

A **Quentin**, mon grand copain du collège devenu Suisse, papa et barbu.

Les **Boudins rouges** : Jeanne, Juliette, Mathilde et Lucie, merci les filles pour tous ces beaux moments partagés ensemble depuis plus de 20 ans. J'espère qu'on continuera à chanter toutes ensemble très longtemps (avec Lisa et Lou aussi !).

A mes amis de la fac :

*A **Léo**.* Depuis notre 1ère rencontre en prépa on ne s'est plus lâché. Merci ma choute pour ces moments de folie et pour avoir chanté le géant de papier avec moi.

A **Manu**, mon fidèle ami, même à l'autre bout de monde je ne t'oublie pas. J'ai hâte qu'on reparte pour de nouvelles aventures avec Hiwet.

A ma **Popo**, mon petit rayon de soleil, toujours la quand il faut. C'est toujours un bonheur de te retrouver avec **Suzanne** et **Côme**. Merci pour ces belles années d'amitié.

A **PH** et **Alexandre**, merci les copains pour les rigolades à la pause, les parties de babyfoot et ces vacances endiablées à Dubro.

A **Aude**, une belle rencontre et une amitié qui perdure depuis. J'espère te voir un jour dans ta belle robe de mariée.

A **Philippe**, mon prof préféré, je te souhaite plein de bonheur avec Cécile.

A **Quentin M**, le frangin, merci pour ces moments de folies (je repense à la crêpe party, au 1 2 3 soleil, à une soirée sur Nîmes, au festival Marsatac…) tu m'auras bien fait rire ! J'ai hâte qu'on retourne goûter des cocktails avec **Lavinia** (# Montréal).

A **Gwendal**. Je pense qu'on peut remercier Facebook pour ces retrouvailles. Merci pour ton écoute et tes bons conseils depuis toutes ces années. Je suis impatiente de vous découvrir dans votre rôle de parents avec **Colombe**.

Sans oublier **Gaby**, **Maxime M**, **Maxime P**, **Laurence**, **Gabriel** (que j'ai eu le plaisir de retrouver au Canada), **Aurélie,** merci les amis pour tous les bons moments passés ensemble durant nos années fac.

A mes belles rencontres de l'internat :

A **Marie-Céline** (ma MC), **Marie** et **Martin**, les colos du début. Entre balades, salle de sport, cuisine (avec Céline), virées sur Avignon et 1ères gardes… Ca ne s'oublie pas.

A tous **les copains de Perpi** (Hugues, Thomas, Fanny, Manu, Guillaume…) pour les soirées inoubliables à l'internat. J'aurai toujours une petite pensée pour la coloc des chambres seules en entendant le générique de « l'Amour est dans le près ».
A **Pauline** pour ces moments de folie et ce beau mariage ! J'ai été très heureuse de te retrouver lors de notre « American Dream ! » Vous êtes tellement cute avec **Baptiste**, j'ai hâte qu'on se retrouve autour d'un bon repas.

A **Justine** et **Nico**, le couple phare de Perpi et les supers colocs de la villa, toujours partants pour un verre et toujours partis au 4 coins du monde. Vous êtes au Top.

A **Marie**, **Antoine**, **Sita** et **Caro** : Quelle belle team pédiatrie ! Merci d'avoir été de super co-internes ! Marie, ce stage n'aura été que le début d'une belle amitié, je te souhaite plein de bonheur avec Simon.

A **Thibault** et **Maud**, merci les copains pour votre accueil et votre gentillesse, j'espère qu'on repartira très vite sur les chemins de rando, avec Mathis !

A **Jeanne** et **Kevin**, merci de faire partie de notre vie et d'avoir partagé un bout de notre aventure canadienne. J'espère vivre encore plein de belles choses avec vous et baby Tom.

A **Violaine** et **Valentin**, les VV ! Vivement le prochain week end Mégansix avec un bon karaoké. En attendant, continuez à nous régaler en musique !

A **Delphine**, ma belle surprise de Remoulins. Merci pour ton sourire que j'adore et merci de m'avoir apporté ton aide durant la préparation de cette thèse. Encore beaucoup de goûters et de pique-niques nous attendent.

A la **Team cheese**, merci les copains pour tous ces beaux moments partagés ensemble autour d'une bonne table (avec du fromage !), d'un bon jeu (oui oui le UNO aussi), d'un bon verre (c'est mieux si c'est un cocktail) ou tout simplement d'une belle balade.
A **Quentin**, le roi de la bonne bouffe et **Yannick**, le pro de l'apéro, merci d'être toujours partant pour nous régaler.
Merci les filles pour nos soirées girly « sushi film » que j'aime tant. **Elise**, merci pour ces belles aventures de la Corse à la Thaïlande, merci pour ta gentillesse, ton écoute et ton sourire. Continue à nous régaler avec tes bons gâteaux ! **Adèle**, merci pour ton enthousiasme et ta bonne humeur communicative.
J'ai hâte que notre petite famille s'agrandisse avec l'arrivée des babybels !

A **la coloc des Coquinoux**, que de beaux souvenirs avec vous !
Merci à **Cali** et **Charlie** pour nos we aventure et les belles soirées coloc. Vous êtes mes doudoux préférés.
Merci à **Mathieu** (alias Casper) pour ce super semestre tous les 3, on aura bien rigolé malgré ta thèse. Merci pour ta gentillesse et tes petits plats « pâtes-œuf-tomate ». J'ai hâte qu'on retourne danser avec **Engi**.
Merci à **Audrey**, la meilleure des colocs, toujours partante pour tester de nouvelles activités. Tu auras été une de mes plus belles rencontres de cet internat et je peux te compter aujourd'hui parmi mes plus proches amies. Je vous souhaite plein de bonheur avec Gawen dans votre belle Bretagne.

A **mes co-internes de rhumato** (Hoby, Guillaume, Ludo, Adriano) et à **Sarah Marouen,** notre super CCA, merci pour ce super semestre**.**
Chayma, ma copine, j'espère te revoir très vite, que ce soit sous le soleil de Tunisie ou dans le froid de Strasbourg. Merci pour les beaux moments passés toutes les 2 et merci d'avoir mis Loppa et Bibo sur notre chemin. On est très heureux de vous avoir dans notre vie.

A la coloc so girly de l'Ecusson**,** merci **Marie** et **Bertille** pour ces soirées canapé-potins et votre bonne humeur, vous m'avez bien fait rire.
Bertille je garde aussi un très bon souvenir de mon stage de gynéco où nous nous sommes rencontrées et où tout à commencer avec Arthur, je vous souhaite plein de bonheur dans votre nouvelle vie.

A **Agathe** et **Loïc**, mes Chouchous Mauriciens ! Quel bonheur de vous avoir dans notre vie ! Merci Agathe d'être une amie en or, toujours motivée et souriante, que ce soit pour une aprèm à la plage, une petite fondue, un match de badminton, un cours de danse ou même passer le permis bateau ! Vivement notre virée dans la Méditerranée !

A **Harry**, **Clément** et **Rémi,** les supers copains de chouchou ! Je suis très contente de vous avoir rencontré, vous êtes vraiment au top tous les 3. Vive le pouding chômeur et Vive les soirées MPG !

A **Chakir** et **Radia** pour votre sourire si communicatif et votre gentillesse. Vous êtes « colossal » que ce soit pour nous faire une démonstration sur la bourse ou nous régaler avec des bons p'tits plats, ne changez rien !

A **Bene**, merci pour ton humour et ta bonne humeur, mais aussi pour tes avis sur les p'tites mains de mes patients.

A **Stéphanie**, merci pour ta douceur et ta gentillesse, je te souhaite plein de bonheur.

A **Marine**, **Antoine** et **Méline**, merci pour ces beaux moments entre amis.

A mes collègues :

A **Nathalie**, **Jacqueline**, **Virginie**, **Sarah**, **Guillaume**, **Caro**, **Hidriss**… la fine équipe de Remoulins ! Merci pour votre joie de vivre et vos blagues toujours plus recherchées… Je garde un super souvenir de mes stages et de mes rempla avec vous.

A **l'équipe du CAPS de Lodève** (Alice, Romain, Marco, Vadèck, Sébastien…), j'ai adoré les gardes passées à vos côtés, merci pour votre accueil et tout ce que vous m'avez transmis.

A **Sabrina**, **Jordane**, **Geoffrey**, **Fabienne** et **Camille**, Merci de m'avoir si bien accueillie, je suis très heureuse de travailler avec vous.

Robin,

Mes études de médecine m'auront aussi permis de te rencontrer, ce qui a changé ma vie il y a plus de 3 ans maintenant. Tu es mon pilier chaque jour, mon meilleur adversaire aux jeux de société, mon binôme de rando préféré et tellement plus encore. Merci pour tous nos bons moments du quotidien, que ce soit à l'aventure à l'autre bout du monde ou confinés à la maison devant Vikings… Je sais que la vie avec toi sera belle et j'ai hâte de concrétiser tous nos projets.

Merci aussi pour tes précieux conseils et ta patience lors de la réalisation de ce travail de thèse. Encore une fois, j'ai pu constater que je pouvais toujours compter sur ton soutien.

SOMMAIRE

INTRODUCTION…….. 30

1) Définition et physiopathologie
2) Les conséquences de l'IU
3) Les constats actuels sur la prise en soins de l'IU
4) Le médecin généraliste : pivot de la prise en soins
5) La question de recherche et les objectifs de l'étude

MATERIEL ET METHODES……..... 38

1) Caractéristiques des chercheurs
2) Type d'étude
3) Caractéristiques de l'échantillon
4) Procédure de recrutement
5) Recueil des données et analyse
6) Guide d'entretien
7) Comité d'éthique

RESULTATS…….. 45

1) Caractéristiques des participantes
2) Catégories conceptualisantes

I. L'IU est un problème hygiénique et social qui cherche à être caché du fait de son caractère stigmatisant et tabou ……... 47

I a. Un problème hygiénique

I b. Un problème social

I c. Un problème stigmatisant

I d. Un problème tabou

II. L'IU n'est pas une maladie. Il s'agit d'un phénomène physiologique de la vie d'une femme qui n'inquiète pas mais peut devenir problématique sous certaines conditions et motiver une prise en soins……... 60

II a. L'IU n'est pas une maladie

II b. Un motif de consultation non prioritaire

II c. Différents niveaux d'IU

III. Les femmes ont peu de connaissances sur l'IU car l'information est pauvre. Le médecin doit répondre aux attentes de sa patiente et a un rôle déterminant dans la délivrance des informations……..... 68

III a. Un sujet si peu connu

III b. Un manque d'information

III c. L'intérêt de l'information dans la prise en soins de l'IU

III d. Le rôle du professionnel de santé dans la délivrance de l'information

IV. Les femmes souhaitent libérer la parole. Patiente et médecin doivent avoir un rôle proactif tandis que dépistage et prévention peuvent être développés…… 83

IV a. Libérer la parole

IV b. Le rôle proactif de la patiente

IV c. Développer le dépistage

IV d. Promouvoir la prévention primaire

IV e. Une prise en soins pluridisciplinaire

DISCUSSION…… 96

1) Synthèse des résultats
2) Forces de l'étude
3) Limites de l'étude
4) Comparaison avec la littérature
5) Perspectives et intérêt pour la pratique

CONCLUSION…… 109

BIBLIOGRAPHIE……..... 110

ANNEXES…….... 116

1) Annexe 1 : Grille AGGIR
2) Annexe 2 : Fiche d'information
3) Annexe 3 : Grille COREQ
4) Annexe 4 : Avis du comité d'éthique

Liste des abréviations :

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AVB : Accouchement Voie Basse

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

C : Césarienne

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

FCV : Frottis Cervico-vaginal

HAS : Haute Autorité de Santé

HAV : Hyperactivité Vésicale

ISC : International Continence Society

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IU : Incontinence Urinaire

IUE : incontinence Urinaire d'Effort

IUU : Incontinence Urinaire par Urgenturie

IUM : Incontinence Urinaire Mixte

IVG : Interruption volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Personne âgée

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SEP : Sclérose en Plaque

SF : Sage-femme

SF-36 : The Short Form (36) Health Survey

SVT : Sciences de la Vie et de la Terre

INTRODUCTION

1) Définition et physiopathologie

La définition de l'incontinence urinaire (IU) selon l'I*nternational continence society (ISC)* est passée de « la survenue de fuites involontaires d'urines objectivement démontrable, responsable d'un problème hygiénique ou social » en 1979 à « **la plainte de toute fuite involontaire d'urine** » en 2002 [1].

C'est une affection fréquente qui touche entre **25 et 45% des femmes** [2].

Cette variabilité s'explique d'une part, par les différentes définitions utilisées pour estimer l'IU, et d'autre part, par les caractéristiques des femmes dans les enquêtes, leur âge en particulier. En effet la prévalence augmente avec l'âge.

Il existe cliniquement trois grands types d'incontinence urinaire :

- L'**incontinence urinaire d'effort** (IUE) correspondant à la perte involontaire d'urine à l'effort (rire, toux, éternuement, sport et autres activités physiques), non précédée de la sensation de besoin [3]. Elle se caractérise par un défaut de support urétral ou une insuffisance du sphincter urétral [4] et sa prévalence est de 29 à 75 % selon l'âge, avec une moyenne à 49 % [2].

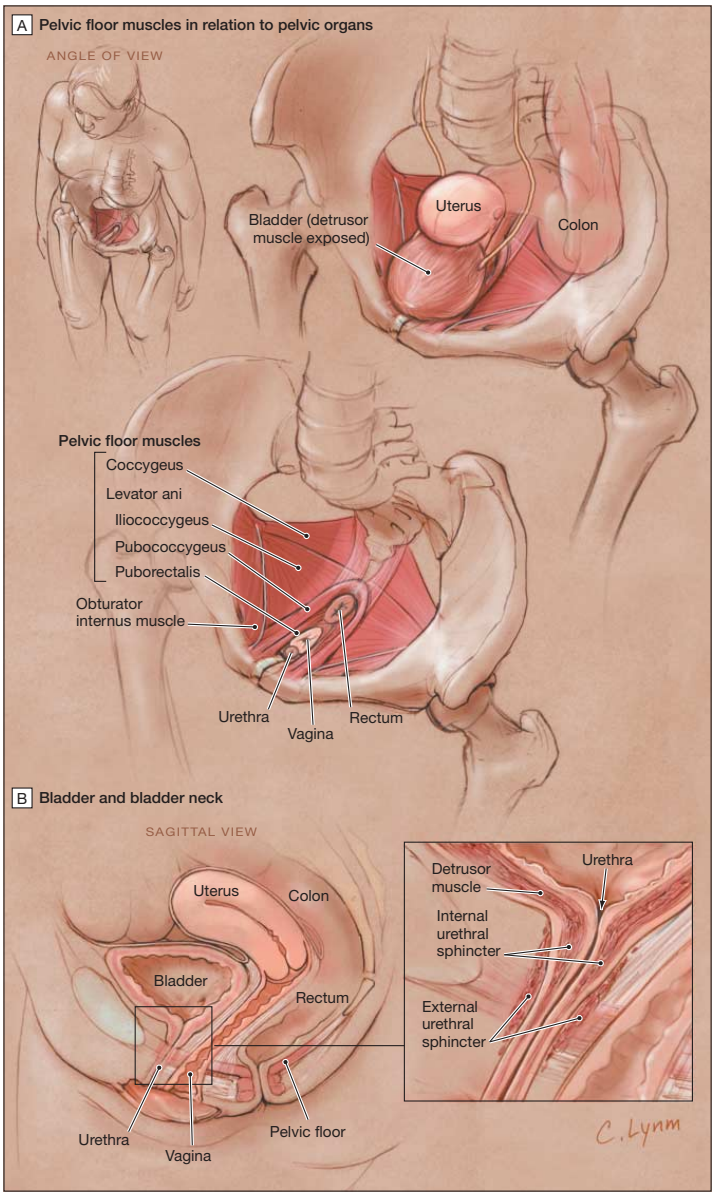


Figure 1. Anatomie du plancher pelvien féminin [5]

- L'**hyperactivité vésicale** (HAV) avec une prévalence de 6%, définie par la perte involontaire d'urine, précédée par un besoin d'emblée urgent et non inhibé (besoin impérieux). Ces épisodes de fuites peuvent survenir au repos, la nuit, sans notion d'effort. Les causes peuvent être urologiques par irritation vésicale ou par obstacle vésico-urétral, psychogènes ou idiopathiques. Certaines maladies neurologiques (AVC, SEP, neuropathie diabétique) peuvent aussi entrainer une hyperexcitabilité vésicale.

- L'**incontinence urinaire mixte** (IUM) associe les deux types précédents d'incontinence, sa prévalence est de 49 % [3].

Tableau 1. Prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme liée à l'âge par type d'incontinence. Méta-analyse des études disponibles [6]

Âge	Effort Prévalence	[IC 95 %]	Urgenturie Prévalence	[IC 95 %]	Mixte Prévalence	[IC 95 %]
19-44	13	8-17	5	4-6	7	5-9
45-64	22	19-24	10	9-12	13	11-15
65 +	16	14-19	12	10-15	17	14-20
80 +	16	8-24	11	6-17	16	7-24

A côté de ces trois types d'IU, huit autres types ont été définis par l'ICS : l'IU posturale, l'IU associée à une rétention chronique d'urine, l'IU par énurésie nocturne, l'IU continue, l'IU coïtale, l'IU insensible, l'IU fonctionnelle et l'IU multifactorielle [7].

Dans la littérature, le vieillissement, les accouchements par voie vaginale, la grossesse, un antécédent de chirurgie pelvienne comme l'hystérectomie et l'obésité sont les principaux facteurs de risque retrouvés [7]. Il est mentionné également le tabac, la toux chronique, une pratique sportive intense, le port de charges lourdes répété, la constipation et la ménopause. D'autres facteurs de risque d'IU sont aussi évoqués mais restent à confirmer, comme la dépression ou le diabète [8].

Tableau 2. Facteurs associés à un risque accru d'incontinence urinaire. Les facteurs potentiellement modifiables pour lesquels des données sur l'efficacité d'interventions sont disponibles sont signalés* [9]

Âge
Race, facteurs génétiques
Statut socio-économique
Comorbidités pelvipérinéales
Gynécologiques
Cystocèle*, hystérocèle
Hystérectomie*, chirurgie des prolapsus
Examen clinique gynécologique « anormal »
Contraction faible de la musculature du plancher pelvien*
Complications de la grossesse et de l'accouchement*
Urologiques et gastro-intestinales
Infections urinaires à répétition
Dysurie
Symptômes digestifs
Antécédent d'énurésie nocturne dans l'enfance
Comorbidités générales*
Maladies
Diabète*, surcharge pondérale*
Troubles cognitifs, accidents vasculaires cérébraux, Parkinson
Arthrose, dorsalgies
Handicap fonctionnel, activité physique
Médicaments, toxiques et alimentation
Benzodiazépine, neuroleptiques, antidépresseurs, hypnotiques
Œstrogènes*
Autres médicaments
Caféine, boissons gazeuses, alcool, tabagisme*

2) Les conséquences de l'IU

Les scores de qualité de vie sont significativement inférieurs pour les femmes avec IU par rapport aux femmes sans IU dans plusieurs études internationales [10][11][12][13][14][15]. La qualité de vie est un concept multidimensionnel reflétant l'expérience individuelle de bien-être physique, émotionnel et social, ainsi que les perceptions de l'état de santé [16].

- **Physiques**

L'IU peut compromettre la santé physique d'une femme, surtout si elle est fragile, âgée, ou souffre d'autres affections co-morbides. En effet, les fuites urinaires poussent souvent les femmes à se précipiter aux toilettes, ce qui contribue au risque de chutes et de fractures. Les femmes atteintes d'IU sont également plus prédisposées aux infections des voies urinaires ou aux escarre [8][17].

L'impact respectif sur la qualité de vie de plusieurs pathologies chroniques a été évalué [18] : dans le domaine physique, l'impact de l'IU était supérieur à celui de l'hypertension artérielle ou à celui du diabète (évalué par le SF36).

Dans une autre étude effectuant une revue de la littérature mondiale [10], l'IU représentait l'une des maladies affectant le plus le fonctionnement physique, au même rang que l'AVC et la maladie d'Alzheimer.

L'IU affecte également la satisfaction sexuelle [9] avec parfois des dyspareunies et un retentissement négatif sur la vie conjugale [19][20] [21][22].

- **Psychologiques**

Sur le plan psychique, l'IU semble aussi avoir un impact plus fort que d'autres pathologies [18]**.** A la différence d'autres affections chroniques, la qualité de vie des patientes souffrant d'IU est souvent affectée par sa nature cachée et embarrassante [10].

Au Pays-Bas, une étude s'est intéressée à des femmes de 20 à 65 ans pour évaluer les effets des fuites urinaires sur leur quotidien [23] : un « sentiment de honte, une baisse de l'estime de soi, l'embarras », étaient fréquemment cités par les participantes. De plus « l'odeur, la peur que les autres le découvrent, la honte de se faire remarquer avec des sacs de serviettes, le fait de ne pas se sentir en sécurité même avec des protections, avoir besoin de toilettes à des moments inopportuns » rendaient les femmes anxieuses.

Une enquête canadienne [24] a aussi montré que les femmes incontinentes de 18 à 44 ans souffraient de dépression plus fréquemment que les témoins (30% contre 9,2%).

Enfin, les femmes avec une IU s'inquiètent plus de leur état de santé et rapportent une peur générale de la maladie [25].

- **Financières et Sociales**

Dans notre pays, l'IU à un impact financier sur le budget des patientes, c'est le « coût direct ». En effet, contrairement à la majorité des pays européens, les palliatifs absorbants pour les femmes ne sont pas remboursés en France par l'Assurance Maladie. Certains sont pourtant remboursés pour les hommes (étui pénien). Aujourd'hui, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est la seule aide qui permet de financer l'achat des produits palliatifs. Cette aide est entrée en vigueur le 1er janvier 2002 et s'adresse aux personnes âgées de 60 ans ou plus dont le niveau de dépendance est évalué en GIR 1 à 4, ce qui couvre une minorité des femmes incontinentes [26]. (**Annexe 1** : Grille AGGIR [27])

L'IU entraîne également des coûts importants pour la société. Ce « coût indirect » correspond à la réduction de l'activité professionnelle : parmi les femmes qui travaillent

et qui présentent des symptômes graves d'IU, 88 % signalent au moins un impact négatif sur la concentration, les activités physiques, la confiance en soi ou la capacité à effectuer des tâches sans interruption [8].

L'IU peut aussi conduire à une intervention chirurgicale et représente des dépenses importantes en matière de soins. En France, le coût global annuel de l'IU a été estimé à 4,6 milliards d'euros en 2003 [9]. Dans les pays européens et nord-américains, les coûts sont estimés à 2% du budget de la santé [2].

En dehors de l'activité professionnelle, ce sont toutes les activités quotidiennes qui peuvent être impactées par l'IU : rassemblements religieux, voyages, activités physiques, jeux avec les enfants, promenades et autres activités telles que le shopping [17] [23][28]. La cohorte Gazel [13] a permis de soulever des problèmes tels que les odeurs et la nécessité de changer de protection qui conduisent les femmes à éviter les visites dans les lieux publics. L'IU entraine donc une restriction des loisirs et limite les contacts avec les autres.

Tableau 3. Conséquences de l'IU [29]

Physiques	**Psychologiques**	**Sociales et Financières**
Infections urinaires récurrentes Atteinte à l'intégrité de la peau Risque de chute Habitudes de sommeil perturbées	Perte de l'estime de soi Perte de dignité Dépression Déni Dépendance Anxiété, insécurité Troubles sexuels Régression	Perturbation des relations familiales Perturbation des activités professionnelles Réduction des activités sociales Isolement Réactions négatives de l'environnement Surcharge financière Prédisposition à l'institutionnalisation

Ce tableau de l'Université de Genève résume bien les conséquences physiques, psychologiques mais aussi sociales et financières de l'IU.

3) Les constats actuels sur la prise en soins de l'IU

La fréquence de cette affection, de même que son retentissement sur la santé des femmes sont probablement sous-évalués par la grande majorité des médecins, en partie parce que **les patientes elles-mêmes n'osent pas parler** d'IU spontanément.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette sous-déclaration auprès des professionnels de santé, estimée à environ **75 %** au sein de l'étude EPINCONT [17] : « Un sentiment de honte, une peur de la stigmatisation et la dégradation de l'image de soi » sont souvent évoqués par les femmes, de même que « le manque d'intérêt des professionnels de santé et l'idée que l'IU serait une pathologie incurable ». L'hypothèse d'une « normalité » des fuites urinaires occasionnelles est également rapportée, les femmes atteintes de ce symptôme ayant tendance à le banaliser.

En 2015 une thèse présentée à Rennes [30], intitulée « la prise en charge de l'incontinence urinaire chez la femme en médecine générale » s'est intéressée au ressenti du médecin sur la prise en charge de l'IU. L'objectif principal de l'étude était d'identifier les éventuels obstacles à la prise en charge de l'IU chez la femme. Les résultats ont montré que **les médecins étaient eux aussi peu à l'aise pour aborder cette question**, qu'ils **manquaient de formation** (par manque de temps ou manque d'intérêt) et ils émettaient l'hypothèse que **les femmes avaient plus de mal à aborder ce sujet avec un médecin de sexe masculin**.

La formation initiale des médecins est en effet limitée sur ce sujet. En moyenne, seule une heure d'enseignement théorique est réservée à cette question au cours du second cycle des études médicales [26].

Pourtant en **2003**, l'IU était déjà un **« enjeu majeur de santé publique** » pour la **Haute Autorité de Santé** [7]. Les recommandations préconisaient alors que le médecin généraliste recherche « une incontinence urinaire chez toute femme venant le consulter :

- lorsque le motif de consultation est en rapport avec la sphère uro-génitale,
- lors d'une demande de contraception,
- lors d'une consultation de suivi de la ménopause ,
- pour des troubles sexuels,
- une toux chronique,
- un diabète,

- une constipation,
- un trouble de la fonction ano-rectale,
- un certificat de non-contre-indication à la pratique du sport,
- une atteinte neurologique. »

Les études montrent malheureusement qu'il s'est écoulé en moyenne **sept ans** entre les premiers symptômes et le moment où le diagnostic est posé [31].

4) Le médecin généraliste : pivot de la prise en soins

Le médecin généraliste (MG) est « l'acteur médical de référence de son patient » [32] et le pivot de sa prise en soins. Il doit « connaître l'épidémiologie et essayer d'avoir le maximum d'influence sur tous les problèmes de santé qui se présentent. Cela implique […] d'aller au-devant des gens non soignés par le dépistage […] ». Tout cela pour « maintenir et améliorer la santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux » ; il doit donc « intégrer et articuler dans sa pratique **l'éducation et la prévention** » [33].

Selon toutes les recommandations sur la prise en charge de l'IU, établies tant au niveau national par la HAS qu'au niveau international (sous l'égide de l'OMS notamment), le médecin généraliste doit être le **premier acteur**. Ceci est justifié d'une part par la prévalence élevée de la pathologie, son impact en termes de santé publique, mais aussi par le fait que la prise en charge initiale repose principalement sur une démarche d'interrogatoire et d'examen clinique.
Les différentes enquêtes réalisées en France ont d'ailleurs montré que **67% des patientes souffrant d'IU consultent en premier leur médecin généraliste** pour ce problème, quand elles se décident à en parler [34] (Haabs, 2007).

La répartition des médecins généralistes sur le territoire ainsi que leur mission de continuité et de permanence des soins en font les acteurs de santé essentiels de premier recours, également dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique [35].
En effet en zones rurales ou semi rurales notamment, les femmes ont souvent recours à leur médecin généraliste pour le suivi gynécologique de routine, par manque de proximité avec les spécialistes.
Les femmes semblent consulter le gynécologue pour un motif bien précis (suivi de grossesse, FCV ou problème aigu) mais la prévention ou le dépistage est peu abordé

et le temps de consultation ne permet pas toujours aux patientes d'aborder d'autres sujets comme l'IU.

5) La question de recherche et les objectifs de l'étude

Lors de mon SASPAS en gynécologie et en dermatologie, j'ai découvert qu'il existait des traitements novateurs et efficaces qui amélioraient nettement la vie des femmes souffrant d'IU (chirurgie, radiofréquence…). Je n'avais jamais évoqué ce sujet avec mes patientes en consultation de médecine générale, je me suis alors posée la question : « pourquoi les femmes abordent peu l'IU avec leur médecin généraliste ? »

En 2020, dans un monde où la médecine est en progrès permanent et où des solutions existent pour traiter l'IU, il n'est pas acceptable que des femmes soient encore handicapées par des fuites urinaires au point de limiter leurs activités et de ne pas oser en parler ni à leur entourage ni à un professionnel de santé.

Il me semblait évident que l'incontinence urinaire ne devait plus être considérée comme « un état inéluctable chez la femme, mais comme un état pathologique nécessitant consultation et prise en charge » [(36)].

Ce travail de thèse avait donc pour objectif principal d'**aller au-devant des femmes pour connaitre les freins à aborder l'incontinence urinaire en consultation**.

L'objectif secondaire était d'élaborer des stratégies permettant d'évoquer l'incontinence urinaire, à tous les âges, en consultation de médecine générale, pour favoriser le dépistage et donc la prise en soins.

MATERIEL ET METHODES

1) Caractéristiques des chercheurs

Le Dr Philippe SERAYET, Médecin généraliste en cabinet libéral et Maître de Conférence Associé de Médecine Générale à la faculté de Montpellier-Nîmes a contribué à la réalisation de la fiche projet, du guide d'entretien et du protocole de recherche.

Mme Emilie LEMONNIER, Interne en médecine générale, a réalisé la fiche projet, le guide d'entretien, le protocole de recherche et a effectué les entretiens en tant qu'investigatrice principale ainsi que la retranscription, l'analyse et la rédaction des résultats dans le cadre d'un travail de thèse et de mémoire de médecine générale. Il s'agissait de sa première expérience de l'analyse qualitative.

2) Type d'étude

Pour étudier le vécu des femmes, nous avons choisi une **étude qualitative**. Elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles, plutôt qu'un lien de causalité de manière statistique. En effet, « il s'agit d'un appel à se tourner et se retourner vers les témoignages avec la volonté d'être instruits par eux » [37]. Cette méthode est d'autant plus appropriée lorsque les facteurs observées sont subjectifs.
La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle tend à créer des hypothèses et non à les vérifier. Elle est ainsi complémentaire de la recherche quantitative.

Nous avons choisi pour cette étude une **analyse phénoménologique** par **théorisation ancrée**. « L'examen phénoménologique c'est l'écoute initiale attentive des témoignages pour ce qu'ils ont à nous apprendre, avant que nous soyons tentés de les faire parler » [37]. La théorisation ancrée a pour objectif d'arriver à une compréhension nouvelle d'un phénomène, à partir des données recueillies.

3) Caractéristiques de l'échantillon

Les critères d'inclusion étaient :
- Etre de sexe féminin
- Avoir entre 18 et 88 ans
- Ne pas être enceinte
- Etre à plus de 6 mois d'un post partum
- Accepter de participer à des entretiens enregistrés

Nous avons réalisé un échantillonnage orienté en **variation maximale**, soit la sélection des participantes en fonction de leurs caractéristiques afin d'obtenir une grande diversité des profils et des expériences.

Les participantes étaient informées à l'oral et à l'écrit **(Annexe 2)** que l'étude portait sur le vécu des femmes concernant les freins à aborder l'incontinence urinaire en médecine générale. Elles recevaient une explication sur les objectifs et les modalités de cette recherche ainsi que sur son déroulement par le biais d'un entretien individuel d'une durée de 15 à 30 minutes environ, réalisé sur une journée selon leurs disponibilités.

4) Procédure de recrutement

Les femmes étaient d'abord recrutées en consultation dans le cabinet de médecine générale où l'investigatrice effectuait un remplacement de novembre 2019 à février 2020 sur Nîmes puis nous avons dû nous adapter à l'épidémie du Coronavirus et au confinement. Nous avons alors réalisé des entretiens téléphoniques en recrutant des patientes par le biais de connaissances communes (collègues, amis).
Les participantes étaient toutes originaires de la région Occitanie ou de la Haute Normandie, régions de formation de l'investigatrice, aboutissant au recrutement de profils de participantes diversifiés.
Afin de vérifier qu'il s'agissait d'un échantillon de population varié, nous avons recueilli pour chaque entretien les caractéristiques suivantes : âge, profession, statut marital, gestité / parité, lieu de vie, pratique d'une activité physique régulière, présence ou non de comorbidités, présence ou non d'une incontinence urinaire et son type.
Le nombre de femmes nécessaire pour cette étude ne pouvait être défini à l'avance. Le recueil de données s'est arrêté 2 entretiens après la **saturation des données**, c'est à dire lorsque l'analyse des entretiens menés n'apportait plus de nouvel élément [37].

La fiche d'information était donnée à la patiente en consultation ou envoyée par e-mail (au moment du confinement). Les participantes pouvaient joindre l'investigatrice par téléphone ou par e-mail pour poser des questions puis un temps de réflexion était laissé avant le début de l'entretien afin qu'elles puissent décider de participer ou non à cette étude. Elles étaient prévenues qu'elles pouvaient arrêter l'entretien ou ne pas répondre à toutes les questions sans justification et à tout moment. Elles pouvaient aussi retirer leur consentement à tout moment de la recherche.

Les femmes étaient également averties que les résultats de cette étude pouvaient faire l'objet de communications lors de congrès scientifiques et/ou être publiés dans une revue scientifique mais que dans tous les cas, l'anonymat serait préservé. Si elles le souhaitaient, elles pouvaient être informées des résultats globaux de la recherche en effectuant une demande écrite auprès de l'investigatrice.

5) Type d'entretien

Il s'agissait d'entretiens **individuels semi-dirigés**.
En début d'entretien, l'investigatrice se présentait afin d'établir une relation de confiance.
Deux types d'entretiens ont été réalisé : 5 interviews avec un contact visuel, face à la personne interrogée et 10 interviews par téléphone. Les avantages et les inconvénients des 2 types d'entretiens ont été développés dans le tableau ci-après :

Tableau 4 : Avantages et inconvénients des 2 types d'entretiens

Par contact visuel :	Par téléphone :
Peut encourager d'autres commentaires ou avis	Une plus grande liberté d'expression de l'interrogée
La présence de l'intervieweur peut gêner les réponses	Permet les questions sensibles
Nécessite de trouver un endroit et un moment propice à l'interview	Une plus grande flexibilité du moment de l'interview, la personne interrogée est chez elle

Au moment de l'entretien, les femmes étaient soit au cabinet de médecine générale ou le recrutement avait été fait mais dans un autre bureau plus neutre, soit chez elles. Elles étaient prévenues qu'elles devaient se trouver dans une pièce calme et être seule afin de limiter les interruptions et permettre une plus grande intimité lors de l'entretien par téléphone.

6) Recueil des données et analyse

Les femmes ont été interrogées entre novembre 2019 et juin 2020.
Les entretiens ont été recueillis à l'aide de la fonction dictaphone d'un smartphone (Honor 9 ®). Les données enregistrées lors des entretiens étaient retranscrites mot à mot grâce au logiciel de traitement de texte Word ®. Les données étaient anonymisées par un numéro, dans l'ordre des entretiens. Ces données constituaient le verbatim.
Les enregistrements ont été détruits une fois la retranscription réalisée.

L'analyse de l'intégralité des données a été effectuée avec le logiciel Word ® également.
La première analyse s'est faite entretien par entretien, par lecture flottante et « copié-collé » selon un « mode d'inscription sur fiche » [37] permettant de dégager les idées précises de chaque verbatim et de les regrouper en thèmes et sous-thèmes.
Une deuxième analyse a été réalisée pour classer au mieux les thèmes et les sous-thèmes et ainsi donner du sens à la collecte de données en formant les catégories conceptualisantes.
Les chercheurs ont effectué des aller-retours continus entre les verbatims et les catégories afin de compléter et préciser les résultats.
Cette analyse a permis d'aboutir à la réalisation d'un tableau en 4 colonnes : verbatims, unités de sens, pré-catégories et catégories conceptualisantes selon le modèle d'analyse phénoménologique de la théorisation ancrée.

7) Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé après avoir effectué une revue de la littérature scientifique via la base de données de la faculté de médecine de Montpellier : PubMed, Sudoc, Bibliothèque universitaire de Montpellier.

La lecture des livres de Pierre PAILLE [37] et Jean-Claude KAUFMANN [38] ont permis de guider son écriture, tout en s'appuyant sur la grille COREQ [39] **(Annexe 3)**.

Le Dr Philippe SERAYET, directeur de thèse, ainsi que le Dr Nathalie LEROUX, gynécologue au CHU Sainte Justine de Montréal et Mme Isabelle RAYNAUD, kinésithérapeute ont contribué à la rédaction de ce guide d'entretien ; ils constituaient le **comité de pilotage**.

Ce guide d'entretien a été expérimenté lors de plusieurs interviews analysées au fur et à mesure. Ceci a permis de le modifier afin qu'il permette une expression la plus riche possible. Il représentait un « fil conducteur » permettant de recentrer la discussion si elle s'éloignait du contexte.
Il était divisé en 3 parties exprimant un concept :

I. L'IU chez la femme : vécu et représentation
II. Aborder l'IU avec un professionnel de santé : vécu et représentation
III. Les pistes pour améliorer la prise en soins de l'IU en médecine générale

Il comportait au final cinq questions ouvertes, simples et neutres sans idée préconçue, ainsi que des questions de relance.

Tableau 5. Guide d'entretien

1) Si je vous parle d'incontinence urinaire ou de fuites urinaires involontaires, qu'est-ce que cela vous évoque ? Si relance : - Avez-vous des exemples de femmes gênées par des fuites ? Et vous-même ? **2) Pouvez-vous me dire s'il existe des situations favorisant ces fuites ?** **3) En quoi l'IU peut impacter la vie des femmes ?** Si relance : - Pouvez-vous préciser à quels moments / dans quelles situations ? - Est-ce que cela altère votre qualité de vie ? **4) Quelles sont, selon vous, les solutions pour améliorer ce problème ?** Si relance : - En parler à son entourage, à des ami(e)s ou à un professionnel de santé pourrait-il vous aider ? - De quelle manière ? **5) Que pensez-vous qu'un professionnel de santé peut vous apporter ? Dans quel contexte ?** Si relance : - Comment voudriez-vous que se passe la consultation ? Dans quel contexte ? Avec qui ? - Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre médecin ?

Durant les entretiens, l'investigatrice a adopté « une **attitude empathique** en accordant du crédit et de la valeur à l'expérience de l'interrogée, tout en gardant une écoute intensive avec une réflexion sur le discours tenu afin de préciser et/ou reformuler les propos » [38].
Le terme « empathie » selon Carl Rogers indique « la capacité de s'immerger dans le monde subjectif d'autrui, de participer à son expérience dans toute la mesure ou les communications verbales et non verbales le permettent, de capter la signification personnelle des paroles de l'autre » [37].

L'investigatrice a appris la grille d'entretien afin que celle-ci ne soit qu'un simple guide, une ligne conductrice pour faire parler les participantes autour du sujet et créer une dynamique [38]. L'ordre des questions n'a donc pas toujours été respecté.

Les données socio-démographiques et médicales ont été recueillies à la fin pour ne pas altérer la dynamique des entretiens.

8) Comité d'éthique

Notre projet d'étude a été validé par le comité d'éthique du CNGE qui a émis un avis favorable à la réalisation de ce travail de recherche **(Annexe 4)**.

RESULTATS

1) Caractéristiques des participantes

15 entretiens semi-dirigés ont été réalisés. La saturation des données a été atteinte au bout de 13 entretiens, puis 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de la confirmer.

3 femmes ont été recrutées par contact direct en consultation de médecine générale, 4 femmes par contact direct dans l'entourage de l'investigatrice et 8 femmes par contact indirect via des connaissances de l'investigatrice ou via d'autres participantes (effet boule de neige).

Les enregistrements ont duré entre 8 minutes et 32 minutes avec une moyenne de **19 minutes**.

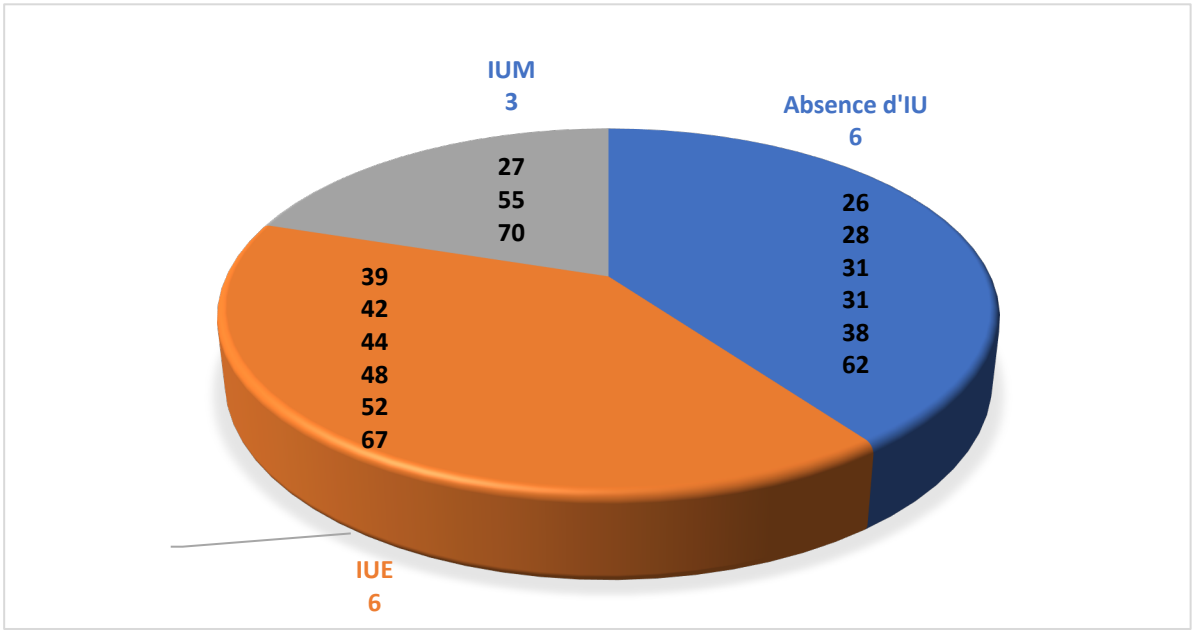
L'âge des participantes était compris entre **26 et 70 ans**.

9 femmes présentaient une incontinence urinaire et 6 n'en avaient pas.

Une IUM a été retrouvé chez 3 femmes et 6 femmes rapportaient une IUE.

Parmi les femmes qui présentaient une IU, une seule était nullipare.

Figure 2. Présence d'une IU déclarée et type d'IU avec les âges des participantes



Les caractéristiques des participantes sont détaillées dans le tableau ci-après :

Tableau 6. Caractéristiques des femmes interrogées

	Age	Profession	Statut marital, Gestité/ Parité	Pratique d'activité physique	Comorbidités	Présence d'une IU et type	Lieu de vie
E1	67	Retraitée (agent d'entretien)	Mariée, G2P2 AVB	Non	Non	IUE	Urbain
E2	52	ATSEM	Divorcée, G2P2 AVB	Non	Non	IUE	Urbain
E3	70	Retraitée	Mariée, G1P1 AVB	Non	Non	IUM	Urbain
E4	55	Coiffeuse	Mariée, G2P2 AVB	Non	Hystérectomie sur fibrome	IUM	Urbain
E5	27	Sage-femme	En couple, G0	Tennis	Non	IUM	Semi-rural
E6	31	Pharmacienne	En couple, G0	Course à pied	Non	Non	Urbain
E7	31	Enseignante	Pacsée, G1P1 AVB	Yoga	Non	Non	Semi-rural
E8	62	Agent d'entretien	En couple, G2P2 AVB	Non	Cancer pulmonaire	Non	Urbain
E9	26	Conseillère commerciale en assurance	En couple, G0	Fitness, musculation	Non	Non	Urbain
E10	38	Attachée territoriale	Pacsée, G2P2 AVB	Cirque	Non	Non	Semi-rural
E11	42	Avocate	Mariée, G1P1 C	Yoga	Non	IUE	Semi-rural
E12	48	Enseignante	Mariée, G3P3 AVB	Volley, basket-ball	Non	IUE	Rural
E13	28	IDE psychiatrie	Célibataire, G0	Non	Non	Non	Urbain
E14	39	Responsable clientèle privée	Pacsée, G3P2 AVB (forceps) / IVG	Non	Surpoids	IUE	Semi-rural
E15	44	Aide - soignante	En couple, G2P2 C	Non	Non	IUE	Rural

2) Catégories conceptualisantes

Les citations des patientes sont retranscrites en italique, leurs réactions sont entre parenthèses.

I. L'IU est un problème hygiénique et social qui cherche à être caché du fait de son caractère stigmatisant et tabou

I a. Un problème hygiénique :

Lorsque les femmes évoquent l'IU, la majorité rapporte **un problème hygiénique :**

- *"le fait d'avoir des fuites urinaires […] je me sentais sale quoi !"(E15)*

- Une gêne au quotidien

Ce défaut d'hygiène est vécu comme **gênant**, **inconfortable**, voire **invalidant** au quotidien par la plupart des participantes (E1) (E8) (E9) (E10) (E12) (E14) (E15) :

- *"des mauvais souvenirs […] Voilà, c'est pas confortable"(E12)*
- *"ce problème de se faire pipi dessus […] C'est vraiment inconfortable hein !"(E14)*
- *"ça a évoqué une gênance déjà, le fait d'avoir des fuites"(E15)*

Ce qui provoque cette « gêne » :

- **Les odeurs d'urine** :

- *"il y a aussi le problème des odeurs, parce que je pense que ça sent aussi l'urine malgré les couches quoi."(E11)*
- *"déjà y a l'odeur"(E15)*

- **La sensation d'humidité** :

- *"je sens que c'est un peu mouillé."(E1)*
- *"parfois je me fais pipi dessus […] ça goutte et ça c'est gênant oui. […]"(E2)*

- **Le fait de ne pas pouvoir se changer** :

- *"c'est quand même invalidant dans la mesure où, selon ou l'on se trouve, on ne peut pas changer sa culotte quoi !"(E2)*
- *"d'avoir sa culotte mouillée ou de sentir des fuites et de ne pas pouvoir éventuellement se changer"(E7)*

- **Les mycoses vaginales** favorisées par l'IU :

  - *"je faisais beaucoup de mycoses et j'étais souvent très gênée à ce niveau-là"(E15)*

Certaines femmes **cherchent donc à dissimuler les fuites urinaires** pour atténuer cette gêne, **y compris devant un professionnel de santé** :

- *"c'est pas propre, même quand le gynéco l'a découvert, je me sentais sale par rapport à… Voila ! je me sens sale quoi, je dis : « j'ai la serviette qui est toute humide… », être sale quoi !"(E15)*

- <u>Une régression dans l'enfance</u>

Le fait de ne « pas être propre » est vécu par certaines femmes comme une régression dans l'enfance, au **stade de l'apprentissage de la propreté** :

- "*ça ramène à des choses de petits quoi, quand on tient pas, qu'on fait pipi partout"(E3)*
- *"l'incontinence, c'est vécu comme une grosse régression, c'est un retour à l'enfance"(E11)*

- <u>Un impact psychologique</u>

Le défaut d'hygiène engendré par les fuites urinaires a aussi un impact psychologique, entrainant une « **perte de confiance en soi** » et une « **baisse de l'estime de soi »** :

- *"ça peut avoir un impact psychologique forcément très important sur la confiance en soi, sur l'estime de soi"(E13)*

4 femmes interrogées expriment une « **atteinte à leur féminité** ». En effet, elles se sentent moins séduisantes et moins sûres d'elles lorsqu'elles ont des fuites urinaires. Une femme parle de « handicap » dans sa « vie de femme » (E4) (E7) (E8) (E15) :

- *"on le sent bien quand même, dans la vie d'une femme, y a quand même un manque de tonicité […] en tant que « vie de femme », honnêtement ça m'handicape."(E4)*
- *"Gênant et délicat et en tant que femme, on doit pas se sentir très très bien.''(E7)*
- *"pour moi ça avait touché beaucoup ma féminité"(E15)*

Pour une autre participante, l'IU porte même « **atteinte à la dignité** » de la femme :

- *"C'est certain, il y a une atteinte à la dignité […] « être digne » c'est, moi je l'ai vu par rapport à mes grands-parents quoi, voilà, il faut être propre sur soi..."(E11)*

- <u>Le recourt aux palliatifs absorbants : une solution controversée</u>

Certaines femmes considèrent les serviettes hygiéniques comme **la solution pour pallier le problème d'hygiène** (E1) (E2) (E3) (E8) (E12) (E13) :

- *"Il y a des serviettes hygiéniques, des culottes, exprès pour ça"(E1)*
- *"y a des serviettes exprès, c'est à vous de vous protéger si vous avez ce problème quoi"(E8)*
- *"je ne sais pas s'il y a d'autres solutions qui existent que les protections."(E13)*

Pour elles, cette solution permet de se sentir plus **en confiance en société** :

- *"une fois qu'on est incontinente, les solutions comme les protections […] pour moi c'est aussi une histoire pour se sentir en confiance quoi, pouvoir aller justement en société etc. sans penser que... Ben on n'est pas protégé justement."(E13)*

Pourtant, d'autres femmes et notamment les femmes jeunes, n'envisagent **pas** cette option comme **une solution au problème** pour plusieurs raisons :

- *"De mettre un protège, enfin... Comme quand on a ses règles mais tout le temps […] j'ai pas spécialement envie. (Rire)"(E10)*
- *"ce n'est quand même pas normal d'en arriver là"(E5)*
- *"dans l'imaginaire des gens c'est : « oh bah non je ne vais pas commencer à mettre des serviettes hygiéniques »"(E12)*

- Leur **image serait « dégradée »** si elles avaient recours à ces protections :

- *"quand on en est à porter des couches entre guillemets, l'image de soi elle est hyper dégradée"(E11)*

- De plus, les palliatifs absorbants ne s'adaptent pas à toutes les activités et sont donc incompatibles avec le **mode de vie des femmes actives** :

- *"on va se baigner, on a toujours des protections, c'est pas très très confortable quoi […] y a un ruisseau, on va se baigner… « Ah mince, je peux pas »"(E12)*

- Parfois, le port de protection est vécu comme **un problème hygiénique** supplémentaire *:*

- *"c'est désagréable, c'est pas la solution […] c'est sale d'avoir des serviettes en permanence"(E14)*

- Enfin, les palliatifs absorbants ont un **impact financier** car ils sont à la charge des patientes, ce qui peut limiter leur recours :

- *"c'est quand même des désagréments qui coûtent cher parce qu'elles s'achètent des protections, des protèges slips"(E5)*

Ainsi, le port de palliatifs peut être une **source d'angoisse** pour certaines femmes :

- *"Si je me retrouve avec des protections au quotidien […] (pousse un grand soupir), des fois ça m'angoisse"(E4)*

I b. Un problème social

- Des répercussions sur la vie privée et professionnelle

La majorité des participantes rapporte des **répercussions importantes** de l'IU dans leur vie sociale :

- *"c'est un impact sur la vie sociale énorme"(E13)*

Lorsque ces répercussions se traduisent par *«* une **limitation** ou une **restriction de participation à la vie en société »** et quelles sont dues **«** à une altération des capacités physiques », on parle de « **handicap** ». Chez certaines femmes interrogées, ce handicap s'exprime dans leur **vie quotidienne**, tant sur le plan privé que professionnel :

- *"au niveau gêne dans la vie de tous les jours je peux dire qu'honnêtement ça m'handicape franchement, ça m'handicape…"(E4)*
- *"dans la vie sociale, dans la vie professionnelle... C'est handicapant"(E10)*

Deux femmes n'ayant pas d'IU pensent également que cela impacterait leur quotidien :

- *"ça rendrait mon quotidien difficile"(E6)*
- *"ça doit être vraiment contraignant"(E9)*

L'IU restreint certains loisirs :

- L'IU retentit sur la pratique de certaines **activités physiques** (E2) (E4) (E12) (E14) :

- *"C'est sûr que si je venais à courir, ça partirait, si je fais du sport, si je force, hip, j'ai la goutte qui part"(E2)*
- *"Pour faire du sport, c'est vrai que c'est compliqué"(E4)*
- *"je ne pouvais pas aller faire du sport comme avant"(E12)*

- L'IU peut être contraignante pour partir en **voyage**. Une femme ayant pris l'avion a été très gênée par l'IUU :

- *"pour faire un voyage […] là je me suis rendu-compte que, avec mes congés, ça m'avait enquiquiné quand même un moment, pénalisé dans ma vie de tous les jours"(E4)*

- L'IU se répercute aussi sur des situations du quotidien comme une **sortie culturelle**, une séance de **shopping**, un repas au **restaurant** ou un **moment convivial** en famille ou chez des amis :

- *"au cours d'une soirée, c'est arrivé dés fois"(E2)*

- *“si je vais aller faire les magasins avec une copine, bah voilà (tape sur sa montre) à partir de cette heure-là, je sais que j’ai envie […] il ne faut pas que je me retrouve toute l’après-midi...”(E4)*
- *“si elle est invitée quelque part et puis que bon, elle a une fuite énorme, ça peut être gênant […] ça peut être gênant quand elle va au restaurant ou qu'elle va visiter des trucs”(E8)*

Lorsque ces situations se répètent, elles peuvent conduire les femmes à **limiter certaines de leurs activités voire à y renoncer** par manque d’accès à des toilettes ou impossibilité de se changer, notamment si elles sont **en groupe ou à l’extérieur** (E3) (E4) (E6) (E12) :

- *“des fois j'ai envie d'arriver à la maison hein parce que y a des fois des problèmes de fuites”(E3)*
- *“on doit avoir peut-être moins envie de sortir”(E6)*
- *“il y a des choses qu'on ne peut pas faire, parce que c'est pas toujours confortable.”(E12)*

<u>L’IU retentit sur la vie sexuelle des femmes</u> :

4 femmes se sont confiées sur les répercussions de l’IU dans leur vie de couple et plus particulièrement dans leur **vie sexuelle** (E8) (E13) (E14) (E15) :

- *“par rapport à mon conjoint aussi… Je trouvais que c’était pas…”(E14)*
- *“au niveau de ma vie sexuelle aussi on va dire, c’était gênant”(E15)*

<u>L’IU impacte la vie professionnelle</u> :

Les fuites urinaires peuvent également survenir au travail et impacter la vie professionnelle des femmes dans diverses situations :

- **Face à un « public » :**

L’IU peut mettre les femmes dans l’**embarras** sur leur lieu de travail, notamment face à un public :

- *“ça doit être assez délicat de sentir qu’on a ce problème et qu’on peut pas aller se changer parce qu'on doit maintenir sa classe”(E7)*

- **En déplacement :**

Pour les femmes effectuant des déplacements professionnels, l’IU complique leur quotidien car elles n’ont **pas toujours accès à des toilettes** et le fait de devoir se retenir peut favoriser les fuites :

- *“Je suis souvent en réunion ou à l’extérieur, pas forcément accès tout le temps à des toilettes”(E10)*

- **Avec un travail physique :**

Les femmes pratiquant un travail physique sont potentiellement plus impactées par les fuites urinaires :

- *"je suis aide-soignante donc en fait de porter les patients, j'ai vu que j'étais souvent mouillée"(E15)*

Elles peuvent alors ressentir une certaine **frustration** de ne pas pouvoir effectuer toutes leurs tâches, comme le souligne une enseignante qui ne peut pas participer aux cours d'éducation physique avec ses élèves par crainte d'avoir des IUE :

- *"des fois j'avais envie de leur dire : « tiens je te montre comment moi je saute à la corde » mais non, voilà"(E12)*

- **En profession salariée :**

Les femmes salariées sont plus impactées que les femmes en secteur libéral qui elles n'ont pas à se justifier auprès de leur supérieur pour se rendre de nombreuses fois aux toilettes ou aller se changer :

- *"Ça va que je suis dans ma propre entreprise parce que si j'étais salarié je pense que ce serait plus compliqué de pouvoir faire une petite "pause pipi" comme on veut"(E4)*
- *"c'est aussi invalidant parce que c'est un sujet tabou […] on dit pas à son supérieur : « je suis pas bien en ce moment, il faut que je rentre tôt », voilà c'est pas une grippe quoi."(E10)*

- **En situation de stress :**

Enfin, le stress peut engendrer des fuites d'urine et pénaliser les femmes lors d'un entretien professionnel notamment :

- *"le stress quand on a un entretien"(E7)*

- <u>Des mécanismes d'adaptation</u>

Afin de limiter l'impact de l'IU dans leur quotidien, les femmes **adaptent leur mode de vie** et mettent en place des mécanismes visant à réduire au maximum les fuites :

- *"on doit plus calculer certaines sorties, plus organiser, plus penser"(E6)*

Parmi ces mécanismes d'adaptation :

- **Anticiper les passages aux toilettes** :

- *"quand je vais dans un repas, je passe toujours aux toilettes avant"(E2)*
- *"Au boulot je me force d'aller aux toilettes… J'essaie de ne pas attendre l'urgence"(E2)*
- *"suivant où on est c'est pas confortable donc je vais anticiper"(E4)*

➢ **Limiter les apports hydriques** :

- *“alors là tu gère ça, tu ne bois pas la parce que sinon ça va être compliqué”(E4)*

➢ **Avoir toujours des palliatifs absorbants** de rechange sur soi :

- *“s’il faut mettre des couches : « Ah bah il faut que j’en ai une de rechange »”(E6)*
- *“Ne serait-ce que le fait d’avoir aussi peut être des protections intimes au bon moment”(E9)*

➢ **Contrôler les muscles de son périnée** :

- *“Il faut que je contrôle d’abord en bas pour éternuer, si je rie aussi”(E2)*
- *“quand j'ai des grosses crises d'éternuement, il faut que je pense... Il faut que je serre quoi, sinon je sais que y a des moments où ça peut déraper”(E5)*
- *“quand j’éternuais, il fallait vraiment que je pense à serrer les cuisses”(E12)*

Ces mécanismes sont cependant **difficiles** à mettre en place, ils peuvent être contraignants au quotidien, voire entrainer une **gêne sociale supplémentaire** :

- *“Je suis obligée quand même d'avoir un autocontrôle pour pas avoir d'inconfort mais c'est vrai que c'est pas facile”(E4)*
- *“c'est gênant quoi, parce qu'il faut toujours penser…”(E12)*
- *“de prévoir à chaque fois, de ne jamais être tranquille”(E13)*
- *“d’aller chercher des couches d’incontinente au supermarché, enfin c’est… De passer en caisse, c’est gênant quoi ! […] c’est difficile”(E15)*

Enfin dans certaines situations, **les fuites urinaires ne peuvent être anticipées** malgré ces mécanismes *:*

- *“après je vais vite au WC mais sur le coup on est surprise.”(E1)*

I c. Un problème stigmatisant

Le mot « stigmatisation » peut être défini par « une **mise à l’écart d’une personne pour ses différences** qui sont comme contraires aux normes de la société » [40].
Les femmes interrogées nous rapportent en quoi l’IU peut être une condition « stigmatisante ».

- Une perte de contrôle de ses fonctions corporelles

La plupart des femmes vivent l'IU comme une perte de contrôle de leurs capacités corporelles, les rendant **inaptes à retenir leurs urines** (E4) (E5) (E6) (E10) (E13) :

- *"on fait des p'tits pipis dans sa culotte alors qu'on ne voulait pas, sans faire exprès, pipis pas contrôlés"(E5)*
- *"le souci de plus contrôler son sphincter […] ce genre de choses ou on perd un peu le contrôle"(E6)*

Des **termes péjoratifs** comme « faible » ou « affaibli » parfois employés par le gynécologue lors du testing peuvent **accentuer ce sentiment** de perte de ses fonctions corporelles chez la femme et donc ce sentiment de stigmatisation :

- *"lors des consultations gynéco j'ai toujours entendu : « le plancher est faible, le plancher périnéal est affaibli »"(E4)*

- Un laisser-aller

Certaines femmes incontinentes expriment un sentiment de **négligence** envers elles-même, comme si elles n'avaient pas pris soin de leur corps :

- *"des fois on pense pas à soi non plus"(E2)*
- *"tu t'es laissée aller"(E4)*

Ce sentiment de laisser-aller peut être associé à un **sentiment de culpabilité** :

- *"des fois la question me vient : « est ce que c'est pas trop tard maintenant ? tu aurais peut-être dû agir 10 ans en arrière… »"(E4)*
- *"je me mettais dans une situation où je me disais que je ne travaillais pas assez mon périnée […] je me suis dit : « mais c'est pas possible tu fais mal la rééducation ! » […] donc en fait je pensais que ça venait plus de moi"(E14)*

- En lien avec d'autres conditions stigmatisantes

L'IU est souvent associée au **surpoids** :

- *"je sais pas pourquoi, je me dis que c'est parce que je suis en surpoids peut être que j'ai ça"(E2)*
- *"y a peut-être le poids"(E3)*
- *"le fait d'avoir cet excès de poids de 10 kg, au niveau des organes, ça pèse aussi"(E4)*

D'autres femmes font le lien entre l'**anxiété**, la **dépression** et l'IU :

- *"quand on est très stressé"(E4)*
- *"stress, dépression tout ça"(E13)*

- Un problème féminin, associé à la vieillesse et à la maladie

Pour la plupart des participantes, l'IU est **une conséquence de la « vieillesse »** (E6) (E8) (E12) (E13) (E15) :

- *"c'est quelque chose que j'attribue à un peu, la vieillesse"(E6)*
- *"lié au vieillissement, à la vieillesse"(E13)*
- *"ça m'a évoqué aussi que j'avais peut-être… Que j'avais vieilli quoi !"(E15)*

Le **média télévisé**, via les **publicités** pour des palliatifs absorbants, met en avant des actrices d'un certain âge et **diffuse ainsi le message** que **l'IU touche les « femmes âgées »**. Il renforce ainsi le sentiment de stigmatisation des femmes jeunes incontinentes :

- *"les femmes un peu plus âgées... Parce qu'on voit à la télé... Les pubs pour tout ce qui est protections par rapport à ça"(E9)*
- *"il y a des pubs mais on a l'impression que c'est des personnes âgées (rire) […] c'est vrai qu'une fois qu'on l'a vu à la pub tout ça, c'est pas… Ça met pas en valeur… C'est pas un signe de jeunesse quoi. (Rire) […] TENA etc…"(E12)*

Le port de **serviettes hygiéniques** est ainsi d'autant **plus stigmatisant** ; les femmes qui ont recourt à ce type de protections sont **cataloguées de « mamies »** :

- *"c'est des serviettes quoi, pour les personnes âgées"(E8)*
- *"Il y a des serviettes de règles et des serviettes pour les incontinences… C'est 2 trucs différents, alors voilà c'est catalogué"(E12)*
- *"avec des serviettes hygiéniques spéciales urinaires, comme les mamies"(E14)*

L'IU est par conséquent plus **facilement acceptée et acceptable** lorsqu'elle touche des **femmes âgées et malades** :

- *"Ma maman mais bon, elle a une maladie quoi, elle est malade, donc..."(E2)*
- *"Ma mère mais ça fait… Elle a 94 ans et elle a plein de problèmes"(E3)*

A contrario, l'IU **ne peut jamais toucher les femmes jeunes et en bonne santé,** pour celles qui n'y sont pas confrontées :

- *"c'est vrai que c'est un problème que j'ai du mal à attribuer aux femmes jeunes"(E6)*
- *"pour l'instant j'ai pas encore eu le cas, j'ai 26 ans, j'ai pas de souci de santé particulier"(E9)*
- *"C'est vrai qu'on se sent pas concerné, on pense que c'est plus pour les personnes âgées, je pensais pas que ça s'adresse… Enfin que ça touche des personnes plus jeunes"(E12)*

Chez les femmes jeunes, l'IU est donc difficile à accepter. Cette condition peut engendrer de l'**angoisse** et une **vision pessimiste de l'avenir** car les **femmes**

pensent que l'IU s'aggrave dans le temps, en prenant de l'âge, ce qu'elles redoutent plus que tout :

- *"C'est ça qui m'a alerté en me disant : « t'es encore jeune, 55 ans c'est pas vieux, c'est encore jeune, tout au moins tu te sens jeune » […] Je suis quand même encore jeune, qu'est ce qui va se passer dans les années à venir quoi ? […] je me dis : « qu'est-ce que ça va donner dans 10 ans ? »"(E4)*
- *"si ça devait concerner quelqu'un de mon âge ou même moi, je pense que j'en serai d'autant plus préoccupée... Je me dirai : « bah mince, pourquoi est-ce que ça m'arrive à moi maintenant et est-ce que y a un remède durable ou est-ce que je vais me trainer ça toute ma vie et devoir apprendre à vivre avec ? »"(E6)*
- *"Après je suis jeune, j'ai 39 ans donc je me suis dis : « ça ne va pas s'arranger dans le temps »"(E14)*

L'IU est en effet perçue comme **un signe de vieillesse prématurée**, dans une société où l'on a plutôt tendance à courir après une jeunesse éternelle… Il existe un **« tabou de l'âge »** faisant craindre certaines femmes d'être **stigmatisées dans le regard des autres**. Une participante rapporte la réaction étonnée de sa mère quand elle lui a annoncé qu'elle avait des IU à 40 ans :

- *"comment ça se fait que ça t'arrive à cet âge-là ? normalement ça arrive à des personnes beaucoup plus âgées…"(E15)*

De ce fait, **être la seule dans un groupe** de femmes jeunes à avoir une IU peut être un **obstacle** pour aborder le sujet **avec son entourage** :

- *"j'ai pas forcément d'identification de ce problème dans mon cercle d'amies"(E6)*
- *"pourquoi toi t'en as, pourquoi moi j'en ai pas... ?"(E5)*

C'est aussi un frein pour aborder ce sujet **avec un professionnel de santé** :

- *"avant je vous aurai dit peut-être à 45 ans mais là j'arrive à 42 donc je ne vais pas vous dire ça. (Rire)"(E11)*
- *"c'est un truc de vieux, je vais pas le dire"(E12)*
- *"j'avais moins de 45 ans quand même… Pour moi c'était gênant d'en parler […] enfin y a encore je pense ce tabou au niveau de l'âge"(E15)*

De plus, **l'IU chez l'homme n'est pas mise en avant** par les médias ; les femmes peuvent alors penser qu'elles sont les seules concernées par ce problème, ce qui peut renforcer le sentiment de stigmatisation :

- "*Les hommes aussi ont ce type de problèmes ou c'est que les femmes ? Parce qu'on n'en parle jamais de ça, on voit toujours des pubs pour les protections pour femmes à la télé"(E5)*

I d. Un problème tabou

Un tiers des femmes interrogées estime que l'IU est un sujet **tabou** (E8) (E10) (E11) (E13) (E15) :

- *"c'est le côté un peu irrationnel du tabou, c'est pas quelques chose dont on a l'habitude de parler"(E10)*
- *"je pense que les gens n'en parlent pas […] parce que c'est assez tabou"(E11)*
- *"c'est toujours un sujet qui est tabou"(E13)*

Parmi elles, une femme fait le **parallèle avec le tabou des maladies psychiatriques** :

- *"c'est pas un problème psy hein (rire) mais oui, personne n'en parle"(E10)*

Certaines femmes n'expriment pas verbalement ce tabou mais **se contredisent** et semblent gênées d'avouer qu'il peut leur arriver d'avoir des fuites d'urine. Ce **déni** exprime une forme de tabou ; le sujet est abordé à demi-mot, sans trop en dire :

- *"j'en ai pas du tout hein, voilà, je vous le dis franchement […] peut être ça peut m'arriver, oui en effet, hein."(E1)*
- *"une fois j'avais fait du trampoline et je m'étais à moitié fait pipi dessus […] Ça c'est plus des trucs que je verrai éventuellement m'arriver maintenant, même si ça m'arrive jamais"(E6)*
- *"je ne l'ai pas personnellement […] quand je vais faire des courses, j'ai des fois, quelques fois des gouttelettes d'urine qui dégoulinent"(E8)*

▪ <u>Un problème gardé sous silence</u>

Du fait de ce tabou, la majorité des femmes de l'étude reconnait ne pas **aborder l'IU avec leur entourage**, la famille ou les amis ; ce sujet est qualifié de « délicat » (E6) (E7) (E10) (E11) (E13) :

- *"L'entourage ça doit être délicat d'en parler (rire) […] ma mère, elle m'en avait pas parlé donc ça devait poser problème, ça devait la gêner d'en parler."(E7)*
- *"c'est pas un sujet dont on parle même entre amies ou dans la famille […] c'est pas forcément évident..."(E10)*
- *"avec ma mère, ma sœur, c'est pas le genre de truc je pense dont elles parleraient facilement"(E11)*

Elles n'en parlent pas non plus spontanément avec les professionnels de santé, ou **de façon détournée** (E1) (E3) (E8) (E12) (E14) (E15) :

- *"une gêne pour eux, une honte, ça peut être pour ça que y en a qui n'osent pas en parler à leur médecin"(E8)*
- *"en disant que le périnée en fait ne revenait pas. J'avais pas forcément parlé de fuite urinaire"(E14)*

- *“les femmes ont du mal à parler encore de ce sujet-là […] de moi-même je ne lui en aurai pas parlé”(E15)*

Même lorsque les femmes interrogées sont elles-mêmes professionnels de santé, le sujet est **difficile à aborder avec un autre professionnel de santé** :

- *“Non, encore plus comme je suis sage-femme […] j'attends d'accoucher pour pouvoir enfin la faire. (Rire)”(E5)*
- *“faire la démarche, de le faire ça peut être psychologiquement difficile, d'assumer ça et d'en parler quoi.”(E13)*

- Un problème « honteux »

La honte est le « sentiment d'**avoir commis une action indigne de soi** », ou la « **crainte d'avoir à subir le jugement défavorable** d'autrui » [41].

Nombre de femmes dans notre étude ont exprimé ce sentiment de honte, **entrainant parfois un complexe** (E1) (E5) (E6) (E8) (E12) (E13) (E14) (E15) :

- *“ça peut arriver que les femmes soient complexées”(E1)*
- *“pipi, caca, c'est toujours un peu la honte”(E5)*
- *“Ça met dans une situation, je sais pas comment dire… Un peu de honte, de dire : « je me fais pipi dessus quoi », clairement hein”(E14)*

La **crainte d’être jugée** pour avoir des fuites urinaires est aussi souvent exprimée :

- *“par crainte ou par peur, je sais pas... Je vais pas dire d’être jugée parce que y a pas de jugement à avoir mais voilà par peur de se dire : « ohlala j’ai honte, j’ai des problèmes peut être d'incontinence urinaire »”(E4)*
- *“elles avaient préféré dormir dans leurs draps souillés plutôt que d'appeler”(E13)*

- Un problème intime

Les participantes tentent de justifier ce tabou par le fait que les fuites urinaires **touchent la sphère intime** de la femme. Dans notre société, la pudeur limite la discussion autour de ces sujets intimes (E4) (E6) (E7) (E9) (E11) (E14) (E15) :

- *“pour tout ce qui est intime, en tant que femme, c’est vrai que j’aurai plus de mal à en parler”(E9)*
- *“c'est vrai que tout ce qui touche à l'intimité, c'est pas toujours évident d'en parler. C'est normal.”(E11)*
- *“c'est quelque chose d'intime un petit peu, que c'est des choses qu'on n'aime pas trop aborder”(E14)*

Touchant une zone intime du corps, certaines femmes peuvent être **réticentes à un examen ou à un traitement** et préfèrent donc ne pas aborder le sujet avec leur médecin :

- *“moi j'aime pas me faire tripoter. (Rire)”(E2)*

Pour certaines participantes, les publicités pour des serviettes hygiéniques renforcent encore ce tabou en **associant les fuites urinaires à la sexualité,** provoquant un sentiment de malaise :

- *“y a une pub à la télé, je la trouve assez malaisante... C’est comme si t’étais obligé d’aimer ça dans ta sexualité pour assumer”(E6)*

- <u>Les femmes sans IU ne sont pas concernées par ce tabou</u>

Parmi les 6 femmes ne rapportant pas d’IU, 5 affirment qu’elles **en parleraient avec un professionnel de santé** si elles avaient des fuites urinaires, sans retenue et **sans honte** (E1) (E6) (E7) (E9) (E13) :

- *“Mais moi je sais que j’en parlerai. « Qu’est-ce qu’il y a de mal à en parler ? »”(E1)*
- *“je pense que je lui expliquerai la situation... Je ne vois pas pourquoi on n’en parlerait pas à un médecin”(E7)*
- *“j'en parlerai quand même avec mon médecin parce que je suis consciente que c'est pas quelque chose dont je devrais avoir honte”(E13)*

II. L'IU n'est pas une maladie. Il s'agit d'un phénomène physiologique de la vie d'une femme qui n'inquiète pas mais peut devenir problématique sous certaines conditions et motiver une prise en soins

II a. L'IU n'est pas une maladie

La majorité des femmes interrogées ne considère pas l'IU comme une maladie :

- *"Je n'ai eu aucun problème de santé pour le moment"(E1)*
- *"c'est pas être malade"(E5)*
- *"ça ne me parait pas pathologique"(E10)*

Pour d'autres femmes, il ne semble **pas si simple de trancher** entre un phénomène **pathologique ou physiologique**, nécessitant ou non une prise en charge (E6) (E8) (E10) (E12) :

- *"je vous dis, je connais pas bien, cette pathologie, enfin c'est pas une pathologie, c'est quoi ? C'est une maladie ? Non c'est pas une maladie ça ?"(E8)*
- *"j'ai aucune idée si c'est normal ou pas […] peut-être que en fait il faudrait que je m'en soucis, je ne sais pas"(E10)*

▪ C'est un phénomène naturel de la vie d'une femme

L'IU est considérée par les femmes interrogées comme **un phénomène inéluctable, une « fatalité »** ou **un « aléa »** qui survient forcément au cours de la vie d'une femme :

- *"c'est la fatalité (rire) féminine."(E3)*
- *"c'est des incontinences de la vie quoi ! […] c'est l'aléa de la vie "(E8)*
- *"Je pensais plutôt que tu devais un moment dans ta vie être sujet à une incontinence"(E10)*
- *"on va forcément passer par là quoi"(E11)*

Pour expliquer le caractère « normal » de l'IU :

➢ Une femme parle d'un **phénomène transgénérationnel** en faisant le parallèle avec l'IU de sa mère :

- *"Je pensais que c'était normal […] vu que bon ma mère c'était comme ça"(E3)*

➢ D'autres inclus l'IU dans **les changements "intimes" inévitables** liés aux variations hormonales survenant dans la vie d'une femme, comme **les règles et la ménopause** :

- *"comme je pense aussi aux menstruations"(E9)*

- *“dans cette tranche d'âge-là, les femmes sont confrontées à plein de petites choses... On a plein de choses dans la vie d’une femme, des choses qui changent”(E4)*
- *“les femmes ont des petits soucis par rapport à tout ce qui est... Comment dire... Intime, on va dire des petits problèmes intimes”(E9)*

Ainsi, pour certaines femmes, **c’est « normal » d’avoir ces désagréments intimes**, elles **s’en accommodent et ne nécessitent pas de prise en soins** :

- *“mine de rien chez les femmes, nous avec nos règles, c'est encore différent, je pense que voilà, si il faut mettre une serviette, on va mettre une serviette […] nous c'est vrai qu'on est plus habitué entre guillemets d'être dérangé au point de vue intime”(E11)*
- *“ça va, je m'accommode.”(E3)*

▪ <u>Associée à la maternité et la ménopause</u>

La plupart des femmes précisent que l’IU est un phénomène normal lorsqu’il est lié à la maternité ou à la ménopause (E5) (E9) (E11) :

- ***“****c'est normal parce que t'as accouché, c'est normal parce que t'es vieille.”(E5)*

➲ 9 participantes rapportent que l’IU est une conséquence de **la grossesse et de l’accouchement** (E4) (E6) (E7) (E9) (E10) (E12) (E13) (E15) :

- *“c’était lié à la grossesse”(E7)*
- *“des problèmes après l’accouchement”(E9)*
- *“le périnée était relâché, c'était normal […] Bon bah si c'est payé le prix d'avoir eu 3 enfants, d'accord”(E12)*

Une grossesse ou un **accouchement « difficile »** avec instrument ou épisiotomie favorise d’autant plus les fuites urinaires (E4) (E8) (E11) (E14) (E15) :

- *“il a fallu le sortir avec les forceps et l’épisiotomie... On m’a abimé, mon périnée a été très fragilisé et beaucoup de problèmes ont démarré de la”(E4)*
- *“il peut y avoir une grossesse assez terrible avec un accouchement difficile qui peut engendrer des fuites urinaires”(E11)*
- *“si à 25 ans on a une grossesse qui se passe pas bien, oui on peut avoir des fuites urinaires à 30 ans”(E15)*

Les femmes parlent alors de « **traumatisme** » soit un « ensemble de **lésions locales** intéressant les tissus et les organes, provoquées par un agent extérieur [et] **troubles généraux qui en résultent** » [(42)] :

- *“j'ai été traumatisé”(E4)*

Les troubles qui en résultent sont une **défaillance musculaire** avec un « relâchement » **du plancher pelvien**, comme l'explique les femmes interrogées :

- *"c'est le muscle, je sais plus comment qu'il s'appelle, qui ne fonctionne plus très bien"(E8)*
- *"c'était un peu relâché à cet endroit-là"(E10)*
- *"il y a tout qui s'affaisse"(E12)*
- *"y a tout qui lâche, y a tout qui lâche, donc c'est un enfer quoi…"(E14)*

Certains professionnels de santé parlent également de phénomène **« normal » lorsque l'IU concerne les femmes qui ont accouché** :

- *"le gynécologue qui m'en a parlé et qui m'a dit que ça pouvait arriver, que c'était normal"(E10)*
- *"il m'avait dit juste que c'était un peu normal du moment qu'on avait 3 enfants"(E12)*

➲ L'IU est aussi un phénomène dégénératif **lié au vieillissement naturel du corps** selon plusieurs participantes (E3) (E11) (E12) (E13) :

- *"oui bah voilà je me suis dit c'est l'âge"(E12)*
- *"c'est la représentation qu'on a plus ou moins un peu tous, le fait qu'en vieillissant il y a de plus en plus d'incontinence urinaire"(E13)*

Plus que l'âge, c'est **la ménopause et les changements hormonaux** qui en découlent qui provoquent les fuites urinaires :

- *"peut-être que 40 ans c'est aussi le début des changements hormonaux, alors peut être que ça a favorisé"(E3)*
- *"à partir de la ménopause ça doit déjà commencer"(E9)*
- *"à l'approche de la cinquantaine, avec l'approche de la ménopause..."(E4)*

Par conséquent, l'IU est **incurable** dans ce cas :

- *"c'est là c'est là, on va pas refaire le monde"(E4)*
- *"Des solutions, je ne pense pas, parce que ça, c'est dû à la vieillesse"(E8)*
- *"ça revient plus après"(E14)*

▪ <u>L'IUE : un problème physiologique touchant toutes les femmes</u>

La notion de **fuite à l'effort** est bien identifiée par la majorité des femmes interrogées (E1) (E2) (E3) (E4) (E5) (E10) (E11) (E12) (E14) :

- *"quand je toussais, tout ça, j'avais des problèmes, si je sautais, que je faisais du sport […] c'est l'effort quoi, quand je fais un effort ça arrive mais en temps normal, non"(E3)*
- *"incontinences face au rire et face aux courses avec les sacs"(E4)*
- *"c'était une incontinence à l'effort hein. C'est vraiment quand j'éternuais, quand je faisais de la corde à sauter"(E12)*

Toutes les femmes sont **naturellement concernées** par l'IUE et mettent en place des **mécanismes d'adaptation** pour y faire face d'après E5 :

- *"c'est quelque chose de normal, parce que ça nous arrive à toutes en fait, de devoir un moment serrer très fort"(E5)*

De ce fait, l'IUE n'a **pas d'impact sur les activités quotidiennes** d'après E3 :

- *"Ça ne m'empêche pas de faire ce que j'ai envie"(E3)*

De plus, la **réversibilité de l'IUE avec des exercices** de renforcement musculaire semble rassurer les femmes sur le caractère physiologique :

- *"elle se refait des exercices de temps en temps sur une semaine et ça va mieux"(E5)*
- *"ça c'était résorbé avec le temps et avec le fait de se remuscler"(E10)*
- *"il suffit que je refasse quelques exercices que j'avais eu post grossesse (rire) de contraction du périnée pour que ça reparte"(E11)*

Les femmes ont donc **tendance à minimiser** ce phénomène défini comme : de « petits trucs » (E8) ou « petit problème » (E15) :

- *"il suffit de rire un trop fort, vous pissez dans votre culotte, vous marchez un peu trop longtemps bah vous pouvez avoir des fuites urinaires dans votre culottes, c'est des petits trucs"(E8)*
- *"Au début on éternue, on a un petit peu des pertes on se dit : « bon j'ai peut-être trop éternué trop fort »"(E12)*

Les femmes atteintes d'IUE ne sont donc **pas inquiètes** (E7) (E10) (E11) (E12) ; et ne consultent pas de professionnel de santé car « comme ce n'est pas pathologique », il n'y a **pas de solution à chercher** :

- *"j'en ai pas parlé, pour moi ça allait de soi"(E7)*
- *"comme c'est n'est pas pathologique... Du coup je ne m'en inquiète pas... J'ai jamais consulté et je me suis pas plus interrogée la dessus"(E10)*
- *"j'ai pas la nécessité d'en parler, ça ne m'inquiètes pas."(E11)*

II b. Un motif de consultation non prioritaire

- <u>Un motif non conventionnel</u>

Pour les femmes de notre étude, l'IU n'est pas un motif de consultation privilégié :

- *"ça ne passe pas au premier plan […] on se dit plus tard, plus tard…"(E2)*
- *"j'ai eu d'autres soucis qui ont fait que j'ai jamais abordé le sujet"(E4)*

Les motifs abordés en consultation de médecine générale concernent plutôt le **suivi de maladies chroniques**, des **douleurs** ou un **problème infectieux aigu** :

- *“on vient parce qu’on a un petit problème, on a une angine, une grippe, bon voilà… On va gérer ça […] Je règle les problèmes de mes pieds parce que j’ai mal aux pieds”(E2)*
- *”on parle d’autre chose par rapport à mon traitement quotidien […] parce que j’ai un rhume, pour le renouvellement de mes médicaments ou parce que j’ai une plaie au pied”(E4)*

Les femmes interrogées ne consultent pas pour des bilans de santé de prévention :

- *“Comme on n’a pas de pathologie de révision, on révise dans l’urgence mais pas…”(E2)*
- *“on vient pour un problème précis, ça m’est jamais arrivé d’aller chez le médecin pour faire un check up sans alerte et sans maladie, sans douleur donc du coup c’est jamais le sujet.”(E10)*

- <u>Un motif repoussé par des « traitements-maison »</u>

Pour les femmes, **tant que les fuites sont « contrôlables »,** il n’y a pas d’intérêt à en parler avec un professionnel de santé :

- *“on attend, on se dit si ça reste juste… Si c'est quelques fuites voilà, qu'on arrive à contrôler, ça va”(E12)*

Pour « contrôler les fuites », les femmes utilisent les mécanismes d’adaptation évoqués précédemment, mais aussi d’autres stratégies ne nécessitant pas, selon elles, l’intervention d’un professionnel de santé, comme la **perte de poids** ou le **renforcement musculaire** :

- *“Je vais essayer de faire un régime donc je me dis que peut être en maigrissant ça va...”(E2)*
- *“moi je fais du yoga depuis longtemps, j’avais fait déjà des exercices pour remuscler mon périnée et faire en sorte que ça s’améliore avant”(E7)*
- *“vous pouvez le faire toute seule, c’est pas dur de muscler son truc du vagin”(E8)*

Les femmes ont souvent recours à **internet** pour rechercher des **« solutions-maison » ; l**a **consultation** ne sera envisagée que **si l’auto-traitement n’est pas efficace** :

- *“essayer de faire des choses « maison » soit même et puis si les résultats ne sont pas là ou si rien ne se passe, aller voir après un professionnel”(E9)*

II c. Différents niveaux d'IU pouvant motiver le recours aux soins

- <u>Un motif abordé quand la gêne liée à l'IU devient plus importante que la gêne d'en parler</u>

Certaines femmes n'en parlent pas car elles ne sont « pas assez gênées » par les fuites urinaires et s'en accommodent (E2) (E11) (E15). Cependant, **lorsque l'IU a un impact sur la qualité de vie**, elle peut **motiver le recours aux soins** (E3) (E4) (E5) (E11) (E14) (E15) :

- *"si un jour j'étais vraiment TRES gênée, je lui demanderai pour faire les bandelettes ou autre chose"(E3)*
- *"un moment donné c'est plus possible, physiquement, la fatigue, c'est plus possible"(E15)*
- *"mais si ça devient gênant et que ça commence à entamer le moral, je pense qu'effectivement c'est le médecin traitant qui va intervenir"(E11)*
- *"De ne plus supporter d'être dans cette situation […] ne pas pouvoir être libre de faire du sport, des choses comme ça"(E14)*

Les femmes rapportent différents « **stades** » ou « **degrés** » d'IU :

- *"là je pense qu'on est passé à un autre stade"(E5)*
- *"y a pas mal de femmes qui sont concernées, à différents degrés après"(E10)*

Cette graduation est **subjective** et **peut faire passer l'IU de physiologique à pathologique** :

- *"c'est subjectif hein, ça dépend des personnes […] je consulterai je pense... Si ça me semble anormal"(E10)*

- <u>Selon la fréquence des fuites urinaires</u>

➲ Quand la fréquence des fuites est **rare**, les femmes ne sont pas inquiètes et ne recourent pas aux soins :

- *"Mais moi c'est par moments donc c'est pas tout le temps, c'est pas tous les jours donc voila..."(E2)*
- *"c'est espacé, c'est rare […] du coup ça ne m'inquiète pas"(E10)*
- *"ça ne m'inquiètes pas, j'ai pas la nécessité d'en parler… Parce que je sais que c'est très rare, c'est ponctuel"(E11)*

C'est **l'absence de retentissement social** qui permet aux femmes de s'accommoder de ces fuites :

- *"ce n'est pas handicapant parce que c'est rare"(E10)*

Au point de **ne pas en parler à son médecin**, même s'il posait la question d'après E11 :

- *"c'est tellement très ponctuel, que ma première réponse serait de dire non"(E11)*

➲ Cependant, l'**augmentation de la fréquence** des fuites peut devenir problématique au quotidien et **inquiéter** les patientes, les **motivant ainsi à aborder le sujet** avec un professionnel de santé (E1) (E10) (E11) (E12) :

- *"si ça a tendance à arriver un peu n'importe quand c'est là que vient le souci"(E5)*
- *" c'est la fréquence qui m'alerterait […] ce qui m'inquièterai dans ce cas-là c'est : Est-ce que ça peut se dégrader ? Ou est-ce que ça peut durer longtemps ?"(E10)*
- *"Si cela devenait trop fréquent, plus fréquent, trop fréquent…"(E11)*

Des fuites plus fréquentes peuvent aussi contraindre les femmes à recourir à **des serviettes hygiéniques**, faisant passer l'IU à un stade « plus important » et **motivant une recherche de soins** :

- *"y en a c'est beaucoup plus important, ils sont obligés d'avoir des culottes exprès."(E8)*
- *"les protections style serviette hygiénique, ça ne traite pas le problème […] je serai allée consulter"(E10)*

▪ <u>Selon les types de fuites urinaires</u>

Les femmes interrogées différencient **plusieurs types d'IU** :

- *"Je sais qu'il y a plusieurs sortes de fuites urinaires"(E13)*

La notion de fuite à l'effort est bien identifiée comme nous l'avons vu précédemment. Une seule participante fait la **différence entre l'IUE et l'IUU** qu'elle qualifie « d'incontinence au quotidien », intégrant une notion de **fréquence plus importante** :

- *"incontinence urinaire face à l'effort ou au quotidien ? […] on a des fuites urinaires soit à l'effort, soit en riant, soit dans la vie de tous les jours"(E4)*

La notion d'impériosité fait aussi passer l'**IUU** à un **stade supérieur,** par rapport à l'IUE, car les **mécanismes d'adaptation** pour prévenir les fuites **ne sont plus applicables** :

- *"que vraiment tous les besoins deviennent impérieux, là je pense qu'on est passé à un autre stade oui, ce n'est pas juste : « il faut se retenir, y penser et serrer très fort et ça passe quoi »"(E5)*

Enfin, **l'absence de facteur déclenchant** « effort » dans l'IUU **inquiète** car les fuites deviennent imprévisibles, non « contrôlables », plus fréquentes, donc plus impactantes

sur le quotidien, voir « handicapantes ». C'est le retentissement social qui pourra alors **motiver une consultation** médicale, comme nous l'avons évoqué précédemment :

- *"cette instabilité vésicale me gêne, ça m'handicape dans le sens ou, je bois un verre d'eau, je fais pipi"(E4)*
- *"c'est lié à un élément déclencheur, du coup ça ne m'inquiète pas […] Si ça arrivait alors qu'il ne se passe rien du tout, là je m'inquiéterai et je consulterai je pense."(E10)*

III. Les femmes ont peu de connaissances sur l'IU car l'information est pauvre. Le médecin doit répondre aux attentes de sa patiente et a un rôle déterminant dans la délivrance des informations

III a. Un sujet si peu connu

Malgré la forte prévalence de l'IU dans la population, **les femmes ont très peu de connaissances** sur le sujet et le reconnaissent *(E7) (E8) (E9) (E10)* :

- *"Ca m'évoque pas grand-chose"*
- *"justement je ne connais pas […] je m'y connais pas du tout."(E10)*

➢ La manque de connaissance concerne tout d'abord l'**anatomie** de la femme :

- *"ma mère, on lui a fait une vessie ; on a placé un appareil urinaire à l'utérus"(E1)*
- *"c'est le muscle, je sais plus comment ça s'appelle, qui ne fonctionne plus très bien et ça arrive à passer à travers quoi"(E8)*

Une sage-femme rapporte son expérience avec des patientes qui n'ont **aucune connaissance sur « le périnée »** :

- *"je vois dans mon boulot avec certaines populations qui ne savent pas, quand je leur dis de faire de la rééducation du périnée elles me regardent avec des grands yeux « quoi ? Qu'est-ce que c'est que ça madame ? »"(E5)*

➢ En dehors de la grossesse et de l'accouchement, les femmes ne connaissent pas les **facteurs favorisants** les fuites d'urine :

- *"je sais pas si ça vient de la mais bon"(E2)*
- *"je ne vois pas quelles autres situations peuvent entraîner des fuites urinaires. Si ça se trouve elles sont multiples"(E11)*

Même pour des professionnels de santé, **la physiopathologie de l'IU est « floue »** comme nous le confient une sage-femme et une infirmière :

- *"on sait pas trop d'où ça vient, ça reste […] flou"(E5)*
- *"je ne connais pas vraiment le processus de pourquoi […] D'où ça vient exactement"(E13)*

➢ Au niveau **thérapeutique,** les femmes ne sont pas plus informées (E1) (E7) (E8) (E11) (E13) :

- *"Je ne connais pas ce qui peut être mis en place en cas de problème"(E7)*
- *"non non, je sais pas, j'ai aucune idée s'il y a des choses qui peuvent jouer au quotidien […] je ne sais pas s'il y a d'autres solutions qui existent que les protections."(E13)*

Souvent, la **rééducation du plancher pelvien** est le seul traitement **connu** (E2) (E3) (E8) (E9) (E13) :

- *"la rééducation… Je pense qu'il y a ça, après je ne connais pas le reste"(E2)*
- *"il y a tout ce qui est remuscler son périnée"(E13)*

Les **traitements médicamenteux et chirurgicaux** sont **peu connus** :

- *"est ce que ça se soigne par une chirurgie ?"(E1)*
- *"il y a peut-être des opérations qui existent ou un traitement qui existe, je ne sais pas"(E8)*
- *"ce serait pas un médicament qu'il faudrait"(E9)*

III b. Un manque d'information

Les femmes interrogées rapportent, à juste titre, que **n'ayant pas fait d'études médicales**, elles ne peuvent pas maîtriser ce sujet si on ne leur apporte pas l'information (E1) (E3) (E4) (E8) (E10) (E11) (E14) :

- *"maintenant je ne suis pas docteur […] je ne lis pas les livres de médecine ou quoi que ce soit"(E1)*
- *"Enfin j'en sais rien moi, je suis pas docteur"(E3)*
- *"je n'y connais rien en médecine […] en étant pas médecin"(E10)*

Une participante **infirmière** affirme elle aussi être **mal formée** sur ce sujet malgré sa formation professionnelle :

- *"même moi en étant infirmière je ne sais pas quels sont les facteurs de risque de l'incontinence […] je ne suis pas bien renseignée sur le sujet."(E13)*

Les sources d'information sont pauvres, l'IU n'est **pas au programme de l'éducation nationale** et il n'y a **pas de campagne d'information** sur ce sujet :

- *"Y a souvent des campagnes d'information sur des sujets médicaux, c'est vrai que là-dessus j'en ai pas spécialement vu..."(E10)*
- *"je ne sais pas si c'est dans les livres je n'ai pas de souvenir qu'on nous ait parlé de ça à l'école, en SVT ou en biologie en tout cas"(E13)*

▪ <u>Au moment de la maternité</u>

➲ Plusieurs femmes rapportent qu'elles **n'ont pas été informées** sur l'IU au moment de la maternité (E10) (E11) (E12) :

- *"non, je l'ai découvert... Je ne me souviens pas d'avoir été informé en amont […] je n'ai pas eu d'information et je ne suis pas allée en chercher"(E10)*
- *"moi j'en ai pas entendu parler, pendant les 3 grossesses, on ne m'en a pas parlé."(E12)*

La **multiplicité des sujets** abordés **pendant la grossesse** peut favoriser ce défaut d'information :

- *"on pense à plein d'autres choses à ce moment-là… Je me souviens avoir eu une information sur les infections urinaires parce que c'est un grand classique aussi pendant les grossesses mais pas sur les fuites urinaires."(E10)*

➲ Pour d'autres femmes, cet évènement a été **propice à l'information**, notamment en abordant la rééducation du périnée, à différents moments du suivi :

➢ **Lors des consultations obstétricales** :

- *"la rééducation du périnée, tout au long de ma grossesse, je me suis préparée à faire cette rééducation"(E7)*
- *"on dit tellement aux mamans quand elles ont accouché qu'il faut s'occuper de son périnée"(E14)*

➢ **A la maternité :**

- *"ça faisait partie des ordonnances en sortant"(E11)*
- *"on nous dit : « oui à la sortie… », le gynéco nous dit : « oui ce serait bien 2 mois après de faire la rééducation du périnée »"(E15)*

➢ **Lors de la consultation du post-partum** :

- *"j'avais moi-même parlé avec le gynécologue lors du RDV post accouchement de ce problème-là... On est un peu suivi après et du coup j'en ai parlé à ce moment-là... Je savais que j'allais avoir ce RDV là et je me doutais que c'était lié"(E10)*
- *"j'en avais parlé à mon gynéco après ma 2ème grossesse"(E12)*

➢ **Lors de la rééducation du périnée** :

- *"Et là je m'étais dit : « pouf, jamais avant la kiné là, jamais on ne m'avait sensibilisé à ça quoi »"(E11)*

Cette rééducation n'était pas aussi généralisée auparavant, ce que déplorent certaines femmes présentant une IU (E3) (E4) (E5) (E12) :

- *"on vous faisait l'épisiotomie et puis pof allé, vous vous débrouillez quoi […] on n'en parlait pas, ça se faisait pas"(E3)*
- *"Le gynéco de l'époque m'avait testé il m'avait dit : « bon voilà vous avez une bonne tonicité, je ne vous mets pas de séances de rééducation »"(E12)*

Elle est aujourd'hui vécue comme un véritable **progrès dans la prise en soins** de l'IU pour la plupart des femmes :

- *"Maintenant ils le font tout de suite après les accouchements, ils font directement la rééducation comme ça effectivement ça évite"(E3)*

- Le manque d'information génère de fausses croyances

Le manque d'information peut **laisser place à l'imagination** :

- *"je pense parce qu'on peut s'imaginer..."(E5)*
- *"Je ne sais pas du tout mais je dirai que peut être, je sais pas, je pense"(E8)*

Les femmes élaborent ainsi **leurs propres connaissances sur ce qu'elles croient être vrai :**

- Concernant la physiopathologie : « L'IU est génétique, s'associe à un prolapsus ou est liée au volume de la vessie ou à la composition de l'eau… » :

- *"ça me le fait à la montagne parce que l'eau là-bas, elle est pas calcaire comme ici"(E1)*
- *"Je pense qu'il y a une question de volume"(E3)*
- *"Est-ce que y a un côté héréditaire tissulaire ? […] J'aimerai le savoir parce que ma maman a eu 2 prolapsus"(E4)*

- Concernant la population touchée : « L'IU touche les femmes âgées, multipares » :

- *"c'est peut être que je suis mal informée […] j'ai pas entendu que ça touchait des femmes de ma génération […] C'est peut-être très biaisé de ma part, c'est vrai que c'est un problème que j'ai du mal à attribuer aux femmes jeunes mais encore une fois parce que j'en ai pas entendu parler."(E6)*
- *"si t'es jeune, que t'as pas d'enfant etc, pour moi c'est vrai que ça ne peut pas arriver"(E9)*

- Concernant les traitements : « Il n'existe pas de traitement ou ils sont réservés à une certaine population » :

- *"on ne leur a jamais parlé de solutions"(E5)*
- *"on parle pas du fait que il est possible de se faire opérer après pour ça"(E14)*
- *"je pensais que ça se faisait sur des personnes beaucoup plus âgées"(E15)*

Une **croyance non fondée** peut être **source d'inquiétude**. Une femme n'ayant pas reçu les informations thérapeutiques qu'elle attendait pense que son problème est trop grave pour être traité :

- *"ou alors c'est que mon problème est beaucoup plus important que ça"(E4)*

- Des connaissances expérimentales

Les connaissances des femmes sur l'IU se limitent souvent **à leur propre vécu** (personnel ou professionnel), souvent en post-partum ou dans le cadre d'un emploi avec des personnes âgées **/** poly-médicamentées :

- *"je l'ai vécu en fait suite à mes accouchements"(E13)*
- *"j'ai travaillé un peu en maison de retraite"(E8)*
- *"à part par rapport au vieillissement et aux médicaments que j'ai pu observer quoi […] moi ce serait plus au boulot, les médecins avec qui j'ai pu en parler par rapport à des soucis qu'on avait eu justement par rapport à des patients et des patientes"(E13)*

Le vécu **de leur entourage, via l'expérience racontée** de leur mère, de leur tante, d'amies ou de connaissances **pour qui un traitement a été bénéfique** est aussi une source d'information pour les femmes interrogées (E1) (E1) (E3) (E4) (E7) (E14) (E15) :

- *J'ai des amies que je connais qui ont mis des bandelettes, des choses comme ça, ma tante aussi"(E3)*
- *"elles ont eu recours des années en arrière à la bandelette, elles me disent : « ohlala c'est super, ça a résolu mon problème »"(E4)*
- *"il y avait quelqu'un de ma famille qui avait des soucis mais bon qui était beaucoup plus âgé et on lui avait fait les bandelettes […] donc je savais juste qu'il existait peut-être cette intervention"(E15)*

- Les médias : une source d'information controversée

➲ Les participantes rapportent aussi avoir trouvé des informations dans certains médias, que ce soit la **télévision**, via des **publicités** qui tentent de banaliser le sujet ou des **émissions sur la santé** mais aussi dans des **magazines** ou encore sur **internet** (E1) (E4) (E6) (E8) (E11) (E12) (E14) :

- *"On en parle quand même, parce qu'on en parle à la télé par des protections, des culottes etc."(E4)*
- *"maintenant c'est vrai qu'on regarde vachement sur internet"(E6)*
- *"la publicité qui fait que oui je vois bien que ça arrive à de nombreuses femmes"(E10)*
- *"Dans les magazines sur les grossesses, les difficultés post grossesse"(E11)*
- *"je regardais pas mal le journal de la santé et il y avait régulièrement les émissions là-dessus"(E12)*
- *"franchement, j'étais allée regarder sur internet un petit peu pour voir un peu d'où ça venait"(E14)*

Le recours à internet est privilégié, notamment sur les forums, car les femmes peuvent poser des questions et trouver des réponses, tout **en restant anonyme** :

- *"regarder d'abord sur internet, dans un groupe d'anonymes où c'est des personnes qui ont eu ce type de soucis, comment elles ont fait pour que ça s'améliore […] Parce que d'abord ça reste anonyme"(E9)*
- *"Internet c'est pratique parce que c'est anonyme"(E13)*

➲ Cependant, **les informations peuvent être contradictoires sur internet**, ce qui altère la fiabilité de la recherche :

- *"sur internet mais après il y a tellement d'informations contradictoires que c'est compliqué d'avoir une réponse fiable aussi"(E13)*

Le **média télévisé**, avec les publicités pour des serviettes hygiéniques est également **critiqué.** Il tend à « masquer le problème » en faisant la promotion des serviettes hygiéniques, **sans motiver la recherche d'un conseil médical au préalable** :

- *"elles m'énervent ces pubs-là ! c'est insupportable, « vous avez des fuites ? Bon bah mettez des protections ! ». […] Et c'est masquer le problème en fait"(E5)*
- *"tu as pas l'étape : « j'ai honte, j'aimerai en parler »"(E6)*
- *"c'est dire : « bah voilà vous avez des fuites urinaires c'est comme ça, la solution c'est ça » alors que la solution c'est pas ça ! […] c'est pas pousser les femmes à se renseigner sur ce qui est possible. […] Faut pas rester comme ça, faut pas regarder les pubs avec des supers serviettes, faut faire quelque chose […] j'interdirai ces pubs à la télé clairement parce que en fait je me dis : « c'est laisser les femmes dans l'inconnu »"(E14)*

III c. L'intérêt de l'information dans la prise en soins de l'IU

Comme le souligne le code de déontologie médicale, « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille **une information loyale, claire et appropriée** sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et **veille à leur compréhension** ».

Les témoignages des femmes interrogées reprennent ces recommandations et répondent en partie à notre ***objectif secondaire visant à améliorer la prise en soins de l'IU***.

- Les attentes des femmes

Les femmes sont peu informées et se posent par conséquent beaucoup de questions sur l'IU. Elles sont en attente de réponses concernant :

- La **physiopathologie** et les **facteurs favorisants** (E8) (E9) (E10) (E11) :

- *"elle m'expliquera exactement ce que c'est cette maladie."(E8)*
- *"qu'il me donne des informations sur le pourquoi, pourquoi médicalement ça arrive ? […] Est-ce que c'est vraiment un problème ?"(E10)*

- *"Les **évolutions** possibles"(E11)*

- Les **solutions** possibles (E1) (E2) (E4) (E6) (E7) (E8) (E9) (E10) (E11) :

- *"en disant il y a un traitement ou une opération"(E1)*
- *"j'espèrerai dans cette situation (rire) qu'on me propose, je sais pas, soit des séances de rééducation, soit un médicament […] voilà, une solution purement médicale"(E6)*
- *"des conseils, peut être des préconisations auxquelles je n'aurai pas pensé, des solutions médicales ou non médicales"(E7)*

L'**objectif** principal de ces informations étant de trouver des solutions pour **pallier les fuites urinaires** (E2) (E6) (E7) (E9) :

- *"qu'il ait un petit miracle à me proposer en termes de solution et d'efficacité"(E6)*
- *"pour pouvoir remédier à ce problème"(E7)*
- *"pour résoudre l'inconfort assez rapidement […] trouver la solution quoi"(E9)*

- L'information thérapeutique est essentielle pour amorcer une prise en soins

Une information thérapeutique doit avoir lieu **en amont d'une première consultation** ; les femmes veulent **savoir qu'il existe des traitements** et **être rassurées sur leur efficience** avant même de consulter un médecin :

- *"on devrait dire aux gens […] que la prise en charge elle est hyper simple et pas très chère"(E5)*
- *"Il y a des nouvelles techniques qui existent etc. donc les femmes ne doivent pas être gênées parce qu'il y a des solutions alors autant en profiter."(E12)*
- *"que c'est quelque chose […] qui peut aussi être soigné"(E13)*
- *"qu'il y a des solutions pour ça, voilà je pense que c'est à partir de là qu'on pourrait être plus informées."(E14)*

Les femmes consultant leur médecin sont **en attente d'une proposition de traitement**, sous peine d'être déçues de la consultation et de ne plus évoquer le sujet :

- *"une doctoresse généraliste m'avait parlé qu'on faisait comme des ultrasons je sais pas quoi la... Un truc avec de l'électricité. Mais bon, je ne l'ai pas fait, je ne suis pas allée jusque-là, elle m'a dit que j'étais pas à ce point donc ça s'est arrêté là. Puis après entre temps j'ai déménagé, changé de médecin et puis ça s'est plus reposé […] elle avait l'air de dire que c'était des solutions en extrême quoi."(E3)*
- *"je suis un peu déçue parce que je pensais que ça avait beaucoup évolué face à ça […] parce que je sais pas ce qui pourrait m'aider à pallier à ça"(E4)*

- L'information doit être complète et éclairée

Nombre de femmes interrogées ont rapporté qu'**une information incomplète ou mal comprise pouvait générer une non-adhésion aux soins, une mauvaise observance ou encore un arrêt des traitements**.
Le médecin doit donc apporter à sa patiente une information claire et s'assurer de sa bonne compréhension concernant :

- **Les modalités du traitement**

Une femme ne semble pas avoir compris la façon d'utiliser la sonde avec le biofeedback et a donc stoppé d'elle-même le traitement :

- *"j'ai pas vu du tout d'amélioration, avec le biofeedback je parle, c'est la sonde avec l'électrostimulation."(E4)*

Au contraire, les patientes informées de façon claire sur l'intérêt de la rééducation adhérent plus facilement aux soins :

- *"je leur explique avec des images et ce que ça peut faire plus tard et tout de suite elles me disent : « oh oui alors je vais le faire »"(E5)*
- *"j'avais déjà entendu qu'après la grossesse effectivement il pouvait y avoir un relâchement du périnée, par précaution je les avais faites"(E11)*

- **Les autres possibilités thérapeutiques en cas d'échec d'un traitement**

E2 a arrêté ses séances de rééducation face à l'absence d'efficacité, elle n'est plus prise en charge car aucune autre possibilité thérapeutique ne lui a été proposée :

- *"à chaque fois que j'en ai parlé on m'a fait faire cette rééducation électrique avec des ondes… C'est bien mais bon, ça revient quoi […] s'il y a des nouveautés je veux bien les prendre."(E2)*

- **Les effets indésirables du traitement**

E4 a stoppé son traitement suite aux effets indésirables des anticholinergiques et n'ayant pas été informées sur les autres options thérapeutiques, elle n'en a plus reparlé à son médecin :

- *"j'ai eu recours à des médicaments type vesicare etc. mais j'ai pas du tout supporté, les effets indésirables, ça a été une horreur […] je l'ai pris pendant 1 mois et je l'ai arrêté […] si je dis au médecin que j'ai arrêté le traitement, elle va me dire que y a peut-être que ça que je peux vous proposer, il faut persévérer et moi j'ai des effets indésirables"(E4)*

- **Les avantages du traitement**

Les femmes **seraient moins réticentes à une intervention chirurgicale** si elles bénéficiaient d'une information éclairée sur les avantages de ce type de traitement. Deux participantes sont déçues de ne pas avoir été informées plus tôt :

- *"si je l'avais su avant […] que ça allait s'accentuer en fait […] ça a commencé vraiment donc il y a 10 ans, 11 ans […] et ça fait 3 ans que j'ai été opéré […] comme je ne savais pas que ça existait en fait, que cette opération existait"(E12)*
- *"si elle en avait eu connaissance, elle l'aurait fait même peut-être un peu plus tôt"(E14)*

Toutes **ces informations doivent aussi être cohérentes**. Un examen physique trop rassurant peut renvoyer l'information que la patiente n'a pas besoin de traitement ; certaines femmes retenant surtout les informations positives, sans prendre en compte les recommandations thérapeutiques :

- *"la gynécologue quand j'y vais elle me dit « serrez » puis « bon vous serrez bien, vous avez des muscles », voilà ce qu'elle me dit. (Rire) Elle me dit : « ça, faites-le tous les soirs 10 fois » mais moi je ne le fais pas tous les soirs 10 fois de faire la gymnastique, enfin de serrer quoi."(E3)*

- L'information doit être répétée

L'IU est un **problème chronique,** certaines participantes vivent avec depuis des dizaines d'années (E2) (E3) (E4) :

- *"il y a une dizaine d'années, j'avais déjà ces problèmes"(E3)*
- *"j'avais essayé à l'époque il y a très longtemps"(E4)*

Les **symptômes d'IU évoluent** dans le temps, avec une tendance à s'aggraver pour la plupart des femmes interrogées :

- *"j'avais même pas de protection à l'époque"(E3)*
- *"plus ça va, plus ça peut m'arriver"(E5)*
- *"ça va pas en s'arrangeant quoi"(E12)*

Les techniques thérapeutiques évoluent et les patientes doivent être informées des nouvelles recommandations. Deux femmes rapportent qu'elles appliquent une méthode de rééducation qui n'est plus recommandée et qui est même délétère pour le périnée, « le stop pipi » :

- *"la kiné elle m'avait dit à l'époque qu'il fallait essayer de bloquer quand on va aux toilettes mais ça marche plus maintenant"(E2)*
- *"même quand vous faites pipi, vous le faites, c'est pas compliqué"(E8)*

Les femmes peuvent aussi **oublier des informations** qu'elles ont reçu au moment de leur grossesse ou ne pas avoir eu « besoin » de soins à ce moment-là :

- *"je m'en souviens pas hein, c'est une période où on peut aussi oublier des choses"(E10)*
- *"on me l'avait proposé mais j'en avais pas besoin à ce moment-là"(E3)*
- *"parce qu'à 25 ans on vous dit que ce serait bien de faire la rééducation du périnée pour plus tard, on est jeune, on pense pas à ça, on se dit pas que dans 20 ans il va nous arriver ça non."(E15)*

III d. Le rôle du professionnel de santé dans la délivrance de l'information

Les informations expérimentales de l'entourage ou celles des médias **ne se substituent pas aux connaissances d'un professionnel** de santé, qui **inspire plus de confiance** (E1) (E6) (E9) (E10) (E13) (E14) :

- *"si j'en parle, admettons à ma sœur, ou à perlimpinpin ou à n'importe qui, ils vont me dire : « bah écoute tu en parle au docteur, tu verras bien. »"(E1)*
- *"je vois pas le retour que ça pourrait m'apporter d'en parler… Peut être juste de la compréhension, mais pas pour régler le problème quoi […] quand on a un problème, on sait jamais si vraiment le nôtre correspond à celui de la personne qui le décrit sur internet et c'est pour ça que c'est toujours bon, enfin on se trouve plus en confiance avec un professionnel de santé"(E6)*
- *"j'aimerai bien avoir des informations d'un professionnel ou les conseils d'un professionnel"(E9)*
- *"je pense que c'est essentiel quand on souffre d'incontinence d'en parler avec son médecin"(E13)*

En parlant de « professionnel de santé », les femmes pensent en priorité à leur **médecin généraliste ou leur gynécologue** :

- *"Au médecin traitant ou gynécologue"(E6)*
- *"le gynécologue ou alors le médecin traitant"(E9)*

- Un débat sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'IU

➲ En **dehors d'une grossesse**, le médecin généraliste est **l'interlocuteur privilégié** pour aborder l'IU (E1) (E7) (E8) (E10) (E13) :

- *"premièrement à son docteur ou sa doctoresse, lui en parler"(E1)*
- *"mon médecin généraliste"(E7)*

Il est aussi le **premier prescripteur pour la rééducation du périnée** :

- *"c'était chez le médecin traitant qui m'avait marqué des séances"(E3)*
- *"s'il y a des séances de rééducation du périnée à faire, l'ordonnance ne peut venir que du médecin traitant"(E11)*
- *"pour le kiné j'avais demandé à mon docteur généraliste"(E14)*

La **proximité entre le médecin généraliste et sa patientèle** par rapport au spécialiste est une explication à cela :

- *"c'est la première personne à laquelle il faut le dire... une sage-femme par exemple hors grossesse, non, pour moi c'est le médecin traitant […] peut-être le gynéco aussi, mais bon le gynéco on le voit une fois par an donc ce n'est peut-être pas l'interlocuteur privilégié je pense"(E11)*

➲ Cependant, certaines femmes **doutent des connaissances théoriques** du médecin généraliste concernant l'IU et pensent que le sujet ne fait pas partie de leur programme de formation :

- *"si elle en connait, je suppose qu'elle doit connaitre un peu ça. Un docteur normalement… Qu'elle me dise au moins quelques choses si elle sait quelque chose"(E1)*
- *"Que les médecins généralistes soient au fait de ça, parlent à leurs patientes, je pensais pas que c'était […] dans leur programme"(E4)*

De plus, **le temps de consultation** d'un médecin généraliste ne lui permettrait pas **d'aborder ce sujet** :

- *"ils n'ont pas le temps les médecins de faire tout ça."(E2)*
- *"ça fait peut-être parti justement d'un dialogue qu'il faudrait avoir avec son médecin mais qu'on n'a pas forcément toujours faute de temps"(E10)*

➲ Le rôle du MG serait donc d'**orienter les patientes vers un médecin spécialiste** pour certaines participantes :

- *"j'aimerai bien qu'elle m'oriente vers quelqu'un de compétent pour essayer d'apporter des réponses"(E4)*
- *"m'orienter vers un autre professionnel si lui ne peut pas m'aider là-dessus"(E9)*

- Le rôle du médecin spécialiste

Quelques femmes interrogées aborderaient plutôt l'IU avec un **médecin spécialiste** : **gynécologue ou urologue** qui serait **mieux formé** sur ce sujet selon elles, notamment pour l'IU du post-partum :

- "*un bon gynéco qui soit spécialisé là-dedans où aller voir un urologue qui soit spécialisé là-dedans"(E4)*
- *"plutôt le gynécologue parce que comme c'est un problème plutôt intime, je pense que le gynécologue comme il est spécialisé dessus lui saura peut-être bien me répondre parce qu'il est spécialisé dans la chose"(E9)*
- *"Je pense pas que ce soit le généraliste […] parce que je pense que le problème des fuites urinaires c'est souvent lié aux accouchements"(E14)*

- Le choix du médecin

Pour parler d'IU, les femmes veulent **choisir leur médecin** :

- "*je ferais attention à quel médecin je vais en parler aussi"(E13)*

Ainsi, certaines femmes se tourneraient plutôt vers **un autre médecin que leur médecin de famille**, qu'elles voient pour d'autres motifs « courants » évoqués précédemment :

- *"j'ai toujours vu pour des problèmes un peu banal type rhume, vraiment des petits soucis classiques"(E6)*
- *"Alors que le médecin que j'avais avant, que je connaissais depuis 30 ans on était dans la routine, la bobologie classique"(E4)*
- "*Un médecin de famille par exemple qui connaît mes parents etc. qui connaît toute ma famille, j'oserais pas forcément en parler"(E13)*

Ce choix **différencie les soins primaires des prises en charge hospitalières** et **favorise la relation de confiance** entre le médecin et sa patiente :

- *"quand j'ai été hospitalisé et qu'on est obligé d'avoir les médecins qui sont là mais si on a le choix, voilà quoi !"(E2)*
- *"le médecin généraliste tu le choisis quand même donc c'est que quelque part t'es en confiance avec lui, en tous cas, tu oses lui raconter tes problèmes"(E5)*

Un médecin de sexe féminin

Une majorité de participantes rapporte qu'elles seraient « **plus à l'aise** » et « **plus en confiance** » **avec un médecin du même sexe** pour aborder l'IU car elles estiment qu'une femme est **plus sensible** à ce sujet qu'un homme (E2) (E4) (E6) (E7) (E9) (E11) (E13) :

- *"mes gynécos, mes médecins ça a toujours été des femmes […] si je choisi des médecins femmes c'est aussi parce que je suis plus à l'aise de parler de ces choses-là à une femme qu'à un homme"(E2)*
- *"comme c'est en plus une médecin femme je me sentirai à l'aise de lui dire ce que je ressens et la gêne que j'ai au quotidien"(E4)*
- "*c'est aussi une certaine confiance que j'éprouve plus, oui peut-être parce que c'est une femme"(E6)*
- *"c'est une femme et je pense que c'est plus facile aussi pour aborder les choses que si c'est une femme qui se confie à un homme"(E7)*
- *"je pense qu'il y a peut-être une plus grande sensibilité là-dessus, peut-être que mes pensées sont à tort mais voilà je lui parlerai plus facilement de cette question-là"(E11)*

Un médecin féminin serait aussi **plus apte à comprendre** les problèmes d'une autre femme car elle pourrait davantage s'identifier à sa patiente et ainsi **être plus empathique** :

- *"il y a certains maux que les femmes médecins peuvent comprendre alors qu'un médecin homme, bah ça reste un homme, il est pas dans le corps d'une femme donc il ne peut pas tout savoir. Il a pas l'expérience de ce que c'est"(E2)*
- *"une femme est peut-être plus à même de comprendre le ressenti d'une femme qui a ce type de problème même si elle, elle n'en a pas"(E4)*

A contrario, pour certaines femmes, un médecin **homme** serait **moins sensible** aux « problèmes féminins », donc moins formé et moins impliqué dans la prise en charge de l'IU :

- *"les médecins hommes, je dis pas qu'ils sont pas compétents, attention […] ils sont peut-être moins au fait et moins à l'écoute des problèmes de femme"(E4)*

Ainsi, certaines participantes ne parleraient de fuites urinaires **avec un médecin de sexe masculin seulement si elles devenaient très gênées** :

- *"si je devais voir un homme et que ça me gênait, je pense que j'en parlerai quand même, si ça devait s'aggraver"(E2)*
- *"Après voilà si vraiment le problème se posait et que c'était trop inconfortable et si je pouvais pas faire autrement, j'irai voir mon médecin traitant"(E9)*

Une seule femme interrogée parlerait plus facilement avec un médecin **homme pour sa « neutralité » face à la situation**, c'est-à-dire son incapacité à s'identifier à une femme, ce qui va à l'encontre de la plupart des entretiens :

- *"je préfère même presque un homme qu'une femme […] je me dis qu'il ne fonctionne pas de la même manière et que du coup ils vont peut-être aller chercher un peu plus […] c'est ce côté qui me rassure en fait"(E14)*

<u>Un médecin jeune</u>

Les femmes parleraient plus facilement d'IU avec un médecin jeune, « moderne » « **dynamique** » et « **plus investi dans la démarche diagnostique »** :

- *"C'est un jeune médecin […] elle est dynamique et elle cherche à comprendre"(E4)*
- *"mon médecin traitant actuel, officiel, non. Je suis pas sure parce que… C'est un… Un garçon déjà, euh… Beaucoup plus âgé que moi […] je pense beaucoup plus facilement avec ma gynéco qui est plus jeune, voilà qui me semble plus moderne, plus dynamique etc."(E6)*
- *"elle est jeune"(E11)*

Un médecin jeune est aussi **mieux formé sur cette pathologie** et plus **à jour des nouvelles recommandations et des nouveaux traitements** par rapport à un médecin plus âgé :

- *"quelqu'un de plus jeune ou peut être plus au fait des dernières nouveautés, des dernières solutions qui pourraient être proposées"(E6)*
- *"je pense que maintenant les jeunes gynécos ils sont plus sensibilisés à ça […] J'avoue que peut-être qu'il faudrait qu'il refasse des formations (rire), que les anciens se remettent un peu à la page"(E12)*

Le fait que le médecin ait des **enfants ou non** ne semble pas un critère de choix pour les participantes :

- *"pourtant je ne pense pas qu'elle ait eu d'enfant"(E11)*

<u>Un médecin « de qualité »</u>

Enfin, les femmes parleraient plus facilement d'IU avec un médecin possédant certaines qualités professionnelles essentielles :

- Un médecin à l'**écoute** :

- *"moi je serai à la recherche de quelqu'un qui est à l'écoute"(E4)*
- *"de l'écoute"(E6)*

- Un médecin **empathique,** qui comprend et rassure :

- *“de la compréhension, qu’il me rassure”(E6)*
- *“Du réconfort…”(E1)*

- Un médecin **paternaliste**, qui aide à la prise de décisions :

- *“c’est elle qui formule des décisions”(E1)*

- Un médecin **bien formé** :

- *“compétente” (E4)*
- *“que ce soit un problème qu’il connait et qu’il maitrise”(E6)*

- Un médecin établissant une **relation « médecin-malade » de confiance** (E4) (E6) (E7) (E8) (E13) :

- *“ça me gêne pas d'en parler parce que j'ai une bonne relation avec elle […] autant il y a des médecins, on se sent pas à l’aise, moi avec elle, il y a aucun problème”(E4)*
- *“C'est aussi la relation qu'on a avec les professionnels de santé qui peut nous amener à en parler et nous inciter à aller voir d'autres professionnels”(E7)*

IV. Les femmes souhaitent libérer la parole. Patiente et médecin doivent avoir un rôle proactif tandis que dépistage et prévention peuvent être développés

La dernière partie de notre étude va tenter de répondre également à l'objectif secondaire qui est d'***élaborer des stratégies pour aborder l'IU avec les femmes en soins primaires*** *et ainsi améliorer la prise en soins.*

IV a. Libérer la parole

- Lutter contre un tabou partagé par le médecin et sa patiente

➲ Pour la majorité des femmes interrogées, **le médecin généraliste n'aborde pas le sujet** de l'IU en consultation (E4) (E6) (E10) (E15) :

- *"ma généraliste […] j'ai pas eu recours à ce genre de dialogue […] je pense pas que le médecin pense à parler à sa patiente : "voilà, est-ce que vous avez des problèmes d'incontinence urinaire ?"(E4)*
- *"Moi on ne m'a jamais parlé de ça en consultation"(E6)*

Ce n'est pas un sujet abordé par **le gynécologue non plus** :

- *"moi mon gynéco il ne m'en a jamais parlé […] il y a des gynécos qui ne s'intéressent pas […] Il n'avait pas trop attaché d'importance à ça quoi"(E12)*
- *"j'en ai pas le souvenir"(E13)*

Il ne semble **pas** y avoir **de prévention primaire** (E4) (E6) (E10) **ou secondaire** (E6) (E9) (E11) sur ce sujet, **ni auprès des médecins généralistes, ni auprès de la médecine du travail** comme le souligne une des participantes :

- *"qu'il y ait une prévention au niveau des médecins, pas vraiment, honnêtement"(E4)*
- *"bah je savais pas que ça pouvait se dépister. (Rire)"(E9)*
- *"J'ai vu mon médecin du travail il se trouve cette année, il m'en a pas parlé par exemple"(E10)*

➲ Le **tabou** autour de l'IU semble être **le frein principal** limitant les femmes pour aborder l'IU avec un professionnel de santé, comme nous l'avons déjà évoqué**.** Dans notre société, ce tabou semble autant **altérer la qualité de vie des patientes** que les conséquences physiques des fuites urinaires :

- *"c'est aussi invalidant parce que c'est un sujet tabou"(E10)*

Si la société était moins « stigmatisante » envers les femmes incontinentes, la **composante sociale** du problème serait **allégée,** d'après plusieurs participantes :

- *"il faut que les femmes se libèrent de ça parce que c'est un problème qui peut devenir gênant et invalidant et il faut pas qu'il y ait de honte à ça."(E4)*
- *"c'est plus le tabou qu'il y a autour qu'il serait bien d'enlever […] s'il y avait moins de tabou à ce sujet-là... Ce serait une pression sociale en moins"(E13)*

Une femme fait le parallèle avec un autre sujet qui était très tabou il y a quelques années : **les fausses couches**. Les femmes vivent mieux ce moment difficile à notre époque car le sujet est **couramment évoqué** :

- *"Moi pour avoir vécu plusieurs fausses-couches, je me rends compte, que ça on n'en parlait pas non plus avant, je me rends compte que de génération en génération, on en parle beaucoup plus"(E11)*

Les participantes expriment leur **souhait de faire évoluer les mentalités** pour que l'IU ne soit plus un sujet « honteux » et que les nouvelles générations osent en parler en consultation médicale :

- *"pour ma mère, je sais qu'elle n'en a jamais parlé"(E3)*
- *"la génération de ma mère par exemple ne parlait pas de ces problèmes d'incontinence avec leur médecin […] peut-être que la mienne en parlera et qu'au fur et à mesure ça se déliera"(E11)*

Elles insistent aussi sur le fait que l'IU chez les « jeunes » ne doit pas être minimisée :

- *"d'avoir déjà ce problème d'inconfort, je pense que pour les femmes c'est quand même important et à prendre en considération."(E4)*

Ainsi, la communication devrait aussi avoir pour objectif de **« briser le tabou de l'âge »** en **rassurant les femmes** sur le fait que l'IU peut survenir à tous âges (E5) (E7) (E9) (E10) :

- *"il faudrait dire que c'est quelque chose de normal, parce que ça nous arrive à toutes en fait... Que c'est pas grave"(E5)*
- *"un peu plus d'informations sur le sujet parce qu'on peut être concerné à tous les âges et pas uniquement à 50 ans"(E7)*
- *"expliquer aussi que voilà aujourd'hui il y a plusieurs filles qui sont touchées"(E9)*

Elles aimeraient pouvoir **aborder le sujet *"le plus simplement possible**, et le plus franchement possible"(E1), "en discuter librement."(E9)*

- Développer une communication orale

Autrement dit : "***rien que de libérer la parole"****(E10)* pourrait aider les femmes à aborder l'IU en consultation et amorcer une prise en soins :

- *"si le langage, enfin la communication se développait par rapport à ça je pense que ce serait plus facile et moins handicapant pour les personnes qui en souffrent, le fait de pouvoir en parler de pouvoir échanger en fait"(E13)*
- *"je pense qu'on devrait un peu plus en parler"(E14)*

D'ailleurs, ce travail a permis d'illustrer **le poids de la parole** :

- A l'issue des entretiens, certaines participantes ont changé leur regard sur cette pathologie ; d'autres ont envisagé d'évoquer le sujet avec leur MG après des années de silence :

- "*la démarche à l'issu de cet entretien va faire que je vais en parler à ma généraliste […] cet entretien-là aura permis de faire un cheminement dans ma tête"(E4)*
- *"peut-être que suite à cet entretien j'aurai un autre regard"(E11)*

- Certaines femmes ont été motivées à consulter un professionnel de santé suite aux témoignages de leur entourage :

- *"je pense que c'est moi à force d'en parler à travers mon boulot qu'elle s'est dit : « ah oui, on peut peut-être faire quelque chose au fait »"(E5)*
- *"je fais passer le message, voilà en disant il y a des solutions quoi... Elle m'avait dit : « Tu me donneras l'adresse du gynéco » et qu'elle allait en parler à son gynéco"(E12)*
- *"j'ai une nounou qui a été opérée par rapport à des fuites urinaires et du coup ça a été l'élément déclencheur parce que du coup à partir de là je suis allée voir quelqu'un de spécialisé là-dedans […] la nounou m'avait tellement dit que c'était merveilleux depuis qu'elle s'était fait opérer que du coup j'ai dit : « allé, c'est parti »"(E14)*

- Promouvoir des campagnes d'information

Les participantes proposent plusieurs sources d'information possibles, pour ***"donner accès à l'information qu'elles n'iront peut-être pas chercher elle-même."****(E10)*
En dehors de tous les freins abordés précédemment, certaines femmes **ignorent même à qui s'adresser** pour parler de leur incontinence :

- *"je sais pas où je pourrai aller"(E2)*
- *"Mais je me dis : « vers quoi m'orienter ? Vers ou aller ? »"(E4)*
- *"j'aurais pas pensé que le gynécologue faisait ce type d'intervention par contre."(E14)*

- **Via l'Assurance Maladie**

Ces campagnes permettraient de **diffuser une information claire et fiable**, **délivrée par un organisme de santé**. Elles permettraient aux femmes de comprendre que l'IU est un véritable **enjeu de santé public,** pour lequel **il existe des solutions** :

- *"je pense honnêtement qu'il faudrait qu'il y ait des campagnes un peu plus marquées sur ça"(E4)*
- *"une campagne d'information qui permet d'être informé"(E10)*
- *"il faudrait quand même faire des campagnes d'informations pour que les femmes n'hésitent pas à en parler quoi"(E15)*

- **Via les médias**

Comme nous l'avons déjà évoqué, les médias (internet, radio, télévision) sont la principale source d'information de nos jours. Les participantes proposent de les exploiter davantage pour **sensibiliser un plus grand nombre de femmes** sur l'IU :

- *"c'est un peu plus la facilité, t'es chez toi, t'as une question, tu regardes sur internet et t'as une réponse en quelques temps" (E9)*
- *"les journaux sur internet ou les réseaux sociaux ou à la radio […] ça permet sur un sujet un peu tabou d'aborder la question"(E10)*
- *"Je pense que c'est vrai que la télé pourrait être aussi un bon moyen […] voilà il y a des émissions, plus on va diffuser l'info, plus on va en parler dans les médias, plus la parole se libèrera quoi"(E12)*

Les publicités télévisées notamment, devraient participer à la propagation du message visant à « dé-stigmatiser la femme jeune incontinente » :

- *"ça passe beaucoup par la télé : « cette personne elle est jeune, elle a une incontinence urinaire, ah bah moi aussi, ben peut-être que je ne suis pas anormale entre guillemets, je pourrai en parler plus librement."(E12)*
- *"faire des campagnes de publicité peut-être plus ciblées... Pas ciblées sur les personnes âgées en fait, pas que sur les seniors mais aussi sur la population plus large, une communication plus large sur la population que les plus de 60 ans parce que ça peut arriver à n'importe quel âge."(E13)*

Cependant, toutes les femmes n'ont pas accès à la télévision ou à internet :

- *"tout le monde ne sait pas s'en servir"(E8)*
- *"j'ai pas la télé donc c'est plus le média le plus opérant"(E10)*

- **Dans la salle d'attente du médecin**

Les informations peuvent être accrochées sous forme d'**affiches** dans la **salle d'attente du médecin** ou accessibles sous forme de **brochures ou prospectus** :

- *"Chez les médecins quelques fois dans les salles d'attente il y a des flyers ou des affiches"(E10)*
- *"dans les brochures dans les salles d'attente chez le médecin"(E11)*

- *“des affiches dans la salle d'attente sur l'incontinence”(E13)*
- *“de laisser des prospectus quand on vient faire une visite chez le gynéco […] dans les salles de médecins généralistes avoir des revues qui parlent de ce sujet”(E15)*

➢ **Dans le pack maternité**

Une femme cite les **fiches d’informations** données aux patientes à la sortie de la **maternité**, elle aimerait que cette information soit davantage mise en valeur :

- *“dans les prospectus qu’on nous donne, bien le noter, dire que c’est quand même quelque chose d’important.”(E15)*

IV b. Le rôle proactif de la patiente

Enrichies par ces informations, les femmes pourraient alors être proactives dans la prise en soins de l’IU, en **amenant le praticien à évoquer le sujet**, voire **en faisant « le premier pas »** (E4) (E6) (E7) (E10) (E11) :

- *“elle a pas abordé ce sujet la parce que c’est vrai que je lui ai pas tendu la perche non plus”(E4)*
- *“c’est quand même plutôt une demande qui viendrait du patient”(E6)*
- *“le mieux ce serait que chaque femme aille en parler à son médecin”(E10)*
- *“la demande doit forcément venir du patient, sauf dans des cas très particuliers”(E11)*

Le moment approprié pour en parler à son médecin diffère d’une femme à l’autre :

➢ Dès **l’apparition des premiers signes** d’IU :

- *“si on a ces petits signes le dire et le médecin peut être dire : « bah voilà on va commencer une rééducation », il ne faut pas attendre que ça ça s'installe quoi.”(E12)*

➢ A partir de **50 ans,** de façon systématique, avec ou sans symptôme d’IU *:*

- *“quand je vais approcher la cinquantaine, faudra peut-être que je lui en parle. (Rire)”(E6)*

Cependant, croire que toutes les femmes aborderaient d’elles-mêmes le sujet avec leur médecin est illusoire :

- *“on sait que ce n’est pas réaliste et qu’on ne le fera pas toutes”(E10)*

IV c. Développer le dépistage

- Le rôle proactif du médecin généraliste

Pour la majorité des femmes interrogées, le médecin doit avoir un **rôle proactif** et aller au-devant de sa patiente pour **initier la prise en soins de l'IU par le dépistage** (E1) (E3) (E5) (E7) (E12) (E13) (E14) (E15) :

- *"posez-lui la question ! C'est à vous de poser des questions aux dames"(E1)*
- *"J'ose espérer qu'on va au moins une fois par an chez le gynéco, c'est à eux de poser la question"(E12)*
- *"Ne serait-ce que de poser la question, ça inciterait au dialogue pour certains"(E12)*
- *"Je pense que les médecins généralistes devraient essayer d'en parler eux, d'amener la chose"(E15)*

Un **questionnement direct** du praticien permettrait aux femmes de **s'exprimer plus facilement**, **quelque soit la gêne** ressentie :

- *"Ce serait plus facile […] vous lui posez la question et je suppose qu'elle vous répondra librement... Si elle a un petit truc elle vous en parlera un peu plus longuement à ce moment-là"(E1)*
- *"ça pourrait peut-être faciliter la chose si la patiente ne formule pas elle-même le problème"(E13)*
- *"poser la question […] je pense que ce serait plus facile pour les femmes d'en parler"(E15)*

Elles pourraient alors **confier leurs attentes** à leur médecin :

- *"si j'allais voir mon médecin généraliste et qu'il me posait la question, je lui dirai que j'aimerai bien faire de la rééducation"(E5)*

COMMENT ? :

- Pour certaines, par une **question directe binaire** :
  - *"vous avez pas de problème urinaire ? [ou] Est ce que quand vous faites des efforts vous avez des fuites urinaires"(E3)*
  - *"Est-ce que vous avez des fuites urinaires : oui-non ?"(E5)*

Pour d'autres, par une **série de questions** ou **sous forme de « tests »** :

- *"C'est à vous de dire : « tiens, on fait un test, on pose des questions sur ce sujet-là, qu'est-ce que vous en pensez madame ? »"(E1)*
- *"Pour moi quelque chose plutôt de simple mais comme des questions : "Est-ce que tout se passe bien ? et du côté urinaire ?"(E13)*

- Pour d'autres encore, **avec tact : une question trop directe pourrait braquer la patiente** et l'empêcher de s'exprimer :

- *"si vous posez la question directement : « est ce que vous avez des IU ? », y en a qui vont… Y a des femmes qui vont le prendre mal"(E15)*

Une femme suggère que le médecin l'**aborde de façon « non brutale »** et **« avec humour** » :

- "*y a peut-être une façon de l'aborder dans la conversation […] essayer de l'amener sur ce terrain doucement quoi, sans être brutal. […] moi il l'a abordé avec humour […] il l'a très bien tourné."(E15)*

A QUELLE FREQUENCE ? :

- Pour certaines**, régulièrement**, en moyenne **de 1 à 5 ans,** en fonction du professionnel de santé (MG, gynécologue ou médecin du travail) :

- *"une fois par an ou tous les 2 ans"(E3)*
- *"lors des consultations annuelles"(E9)*
- *"Y a des visites périodiques obligatoires à la médecine du travail […] tous les 2 ou 5 ans"(E10)*

- Pour d'autres, **systématiquement**, à chaque consultation :

- "*A chaque fois que vous en voyez une, vous lui posez la question."(E1)*
- "*l'essentiel c'est que les médecins généralistes demandent en systématique à leurs patientes si elles ont ce problème […] ils ne posent pas encore mais je pense que ça pourrait être chouette ouai"(E5)*

A QUEL MOMENT DE LA VIE D'UNE FEMME ? :

- Lors du **suivi de la grossesse et du post-partum** :
  - *"le médecin de famille quand il voit les dames avoir des enfants etc. il pourrait poser la question"(E12)*
  - *"c'est plus le gynécologue, dans le suivi de la grossesse et l'après grossesse quand souvent on choisit son mode de contraception ou là forcément c'est quelques temps après et savoir si le périnée il est bien revenu"(E14)*

- Ou à partir « d'un certain âge », **vers la quarantaine** (E2) (E3) (E4) (E5) (E15) :
  - *"à partir d'un certain âge parce que quand on est jeune, c'est rare qu'on ait ces problèmes-là... quarantaine je pense, à peu près"(E3)*
  - *"je pense que 40-45 ans c'est un sujet qui peut être abordé"(E4)*
  - *"je pense que vers l'âge de 40 ans, c'est pas mal de peut-être commencer à poser la question à des patients"(E15)*

- Ou encore à **toutes les femmes, quel que soit l'âge** *:*

- *"Même si t'as 20 ans ça t'arrive... Faut la demander à toutes... Ca ne me choquerait pas moi."(E5)*

A QUEL MOMENT DE L'EXAMEN CLINIQUE ? :

- Lors de **l'interrogatoire**, notamment si la patiente tousse ou fume :

- *"on vous dit : « vous toussez ? » Ou alors : « le matin comment vous êtes ? » et à ce moment-là on peut demander"(E3)*
- *"si ça faisait partie de l'interrogatoire comme : « est-ce que vous fumez : oui, non ? est-ce que vous avez des fuites urinaires : oui-non ? Avec d'autres questions qui pourraient se poser"(E5)*

- Ou au **moment de l'examen physique** :

  - *"quand on vous demande votre gorge, qu'on vous ausculte de partout."(E3)*

- Voire lors d'un **examen physique gynécologique** :

  - *"mon médecin généraliste, je vais la voir, il arrive de temps en temps que ce soit elle qui me fasse par exemple, on va dire mon frottis vaginal ou… et peut être à ce moment-là […] quand elle me fait mon frottis vaginal elle me pose quand même des questions assez intimes liées au frottis et je pense qu'elle peut amener cette question-là aussi"(E15)*

- Ou encore, **en fin de consultation**, en laissant à la patiente un temps d'expression libre pour qu'elle puisse en parler si elle le souhaite :

  - *"Voilà on a fait l'ordonnance, est-ce que vous avez d'autres problèmes particuliers dont vous voudriez me parler ?"(E4)*

- <u>Les limites du dépistage systématisé par le MG</u>

Le dépistage systématique par le médecin généraliste semble difficile à mettre en place pour certaines femmes interrogées car :

- **L'IU peut survenir à des moments très différents** dans la vie d'une femme :

- *"De façon automatique je ne sais pas si c'est réaliste"(E10)*
- *"c'est difficile parce que chaque cas est unique"(E11)*

- Les dépistages organisés actuellement sont nombreux et portent sur des maladies graves ou chroniques, à risque de complications. L'IU n'étant pas considérée comme une pathologie pour la plupart des femmes, **son dépistage n'est pas justifié, ou tout du moins pas prioritaire** :

- *“Mais après dans ce cas-là il y aurait plein de dépistages à faire pour plein de pathologies différentes... Potentiellement il y a plein de choses qui peuvent être à risque... donc pourquoi ils parleraient de ça plus que d’autres soucis ?”(E10)*
- *“là les médecins ils vont pas s'en sortir, c'est pas possible de penser à ça, enfin en tout cas pour moi… Il y a tellement d'autres choses à penser à côté que...”(E11)*

- Un dépistage systématique par l’interrogatoire peut même sembler **déplacé en fonction du motif** de consultation :

- *“C'est difficile, à chaque fois que vous allez chez le médecin pour un rhume ou autre chose, il ne va pas vous demander à chaque fois si côté fuites urinaires ça va, ça tomberait comme un cheveu sur la soupe”(E11)*
- *“ça peut être compliqué ou délicat en fonction de la raison déjà pour laquelle la patience vient, si on vient pour un corps au pied on ne s'attend pas à ce qu'on nous demande si on est incontinente”(E13)*

- Un dépistage de masse

En complément de ce dépistage par le MG, les femmes interrogées proposent donc la réalisation d’un dépistage de masse, en comparaison avec d’autres **campagnes de dépistage** comme celle du cancer du sein, du cancer du col de l’utérus ou du cancer colorectal :

- *“Entre le frottis et la mammographie.”(E1)*
- *“peut-être par le biais de la CPAM comme on fait pour le cancer colorectal ou les mammographies”(E4)*
- *“on en entend beaucoup parler par exemple pour le cancer du sein”(E10)*

En effet, ce mode de dépistage s’adresse à une large population et **favorise le recours aux soins par son caractère systématisé et ses explications claires incitant à consulter un médecin** :

- *“on reçoit un papier : « donc voila, par rapport à certaines tranches d’âge si vous rencontrez des difficultés... Pensez à en parler à votre médecin », comme certaines campagnes qu’on fait pour la vaccination ou autre quoi”(E4)*
- *“on serait au clair […] on saurait si on est concerné par le problème ou pas... de me positionner, d’arriver à savoir si justement mon cas personnel nécessite que j’aille consulter ou pas ?”(E10)*

Par contre, d’autres participantes restent **sceptiques** à l’égard de ce type de dépistage :

- *“après est-ce que les gens feraient le dépistage, je n'en sais rien”(E11)*

IV d. Promouvoir la prévention primaire

Face aux nombreuses limites du dépistage de l'IU, les femmes semblent donc plus ouvertes au développement d'une prévention primaire.
Pour rappel, le dépistage, d'après l'OMS, est une « prévention secondaire qui agit à un stade précoce de l'évolution d'une maladie ou d'une incapacité. La prévention primaire, elle, consiste à **agir plutôt en amont de la maladie** ».

Les participantes proposent que le sujet soit abordé uniquement lors de **consultations dédiées**, à type de « check-up » :

- *"quand on fait des visites générales, enfin des « check-up » la, quand fait la prise de sang..."(E3)*
- *"pour un bilan de santé par exemple, que ce soit une des questions classiques"(E13)*

Elles aimeraient recevoir des **conseils délivrés par les médecins** afin d'éviter la survenue de fuites urinaires :

- *"si on pourrait prévenir plutôt que guérir…"(E2)*
- *"En prévention, faire des petits bilans"(E3)*
- *"qu'ils puissent nous conseiller de façon préventive […] là t'es jeune mais tu vieillie, tu prends de l'âge, et voilà voir si y a d'ores et déjà des exercices à faire pour remuscler un petit peu les choses ou certains organes."(E9)*
- *"peut-être y aurait des choses toutes simples à faire pour que ça ne se reproduise pas donc oui... J'aimerai bien savoir."(E10)*

Cette démarche implique que **le médecin recherche les facteurs de risque et en informe sa patiente** :

- *"voir si y a une prédisposition à ça"(E9)*
- *"Quand il y a des causes bien identifiées par rapport à ce risque d'incontinence, là l'information doit venir du médecin"(E11)*
- *-"En fonction des traitements qu'elle prend ou de symptômes qu'elle décrit de stress etc. le médecin généraliste peut penser qu'il y a une possibilité qu'elle ait une incontinence"(E13)*

Les femmes interrogées proposent aussi que d'autres acteurs participent à cette prévention, dans le but de ***"toucher les personnes cibles d'une autre manière*** *[…]* ***pas forcément lors d'une consultation avec un généraliste."****(E10)*

Cette prévention pourrait donc **faire intervenir plusieurs professionnels** médicaux et non médicaux :

- **Le médecin du travail**

Une des participantes propose que le **médecin du travail** joue un rôle proactif dans cette prévention, pour **toucher des femmes jeunes, actives** dans le monde professionnel :

- *"la médecine du travail […] ça toucherait déjà beaucoup de gens et beaucoup femmes actives justement."(E10)*

- **Les entraineurs sportifs**

D'autres femmes suggèrent que les entraineurs sportifs reçoivent eux même une formation afin de délivrer des conseils de prévention contre l'IUE :

- *"dans les formations de prof de sport, qu'il y ait un module sur le périnée"(E12)*
- *"y a beaucoup de personnes qui font beaucoup de sport et qui peuvent abimer leur périnée"(E4)*

- **L'obstétricien, le médecin généraliste ou la sage-femme au moment de la maternité**

La plupart des femmes interrogées considèrent que le **moment de la maternité** est le plus approprié pour une première information de prévention, en **consultation** ou lors des **cours de préparation à l'accouchement** :

- *"peut-être qu'il faudrait en parler déjà lors d'une première grossesse"(E11)*
- *"quand ils font la préparation à l'accouchement là, enfin il y a plusieurs séances à suivre et ça devrait être ajouté ça en disant voilà vous risquez d'avoir des fuites"(E12)*
- *"il faudrait peut-être appuyer un peu plus, de bien dire aux mamans que c'est important de faire la rééducation du périnée […] que ce soit fait par des sages-femmes au moment de la grossesse"(E15)*

- **Le gynécologue**

Une infirmière pense que la prévention doit débuter lors de la **première consultation avec** le gynécologue, chez une femme jeune, nullipare :

- *"ce serait d'en parler au premier rendez-vous gynéco […] donner des clés en fait si jamais ça se passe, ce qu'elle doit faire."(E13)*

- **Les instituteurs**

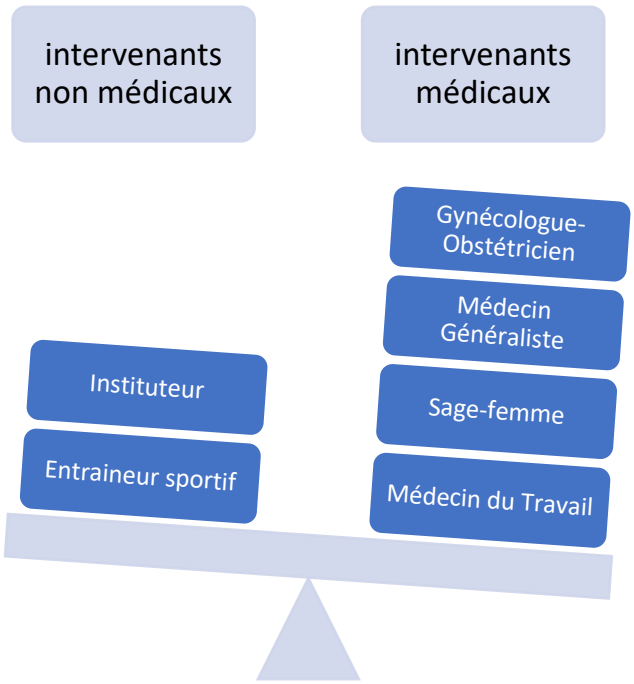
Pour une femme, l'IU est un sujet qui doit être abordé **à l'école** afin sensibiliser les enfants dès le plus jeune âge *:*

- *"en parler à l'école en fait enfin que dans l'éducation ça rentre dans un programme."(E13)*

Cependant, une autre participante ne partage pas du tout cet avis :

- *"Mais les enfants on ne va pas les bassiner dès tout petit avec cette histoire de périnée."(E11)*

Figure 3. Les acteurs de la prévention primaire de l'IU



IV e. Une prise en soins pluridisciplinaire

Les femmes ont cité divers professionnels de santé pouvant intervenir dans la prise en soins de l'IU (médecin généraliste, médecin du travail, gynécologue-obstétricien, urologue, sage-femme, kinésithérapeute). Pour certaines, c'est la **coordination pluridisciplinaire entre ces différents intervenants** qui permet la bonne prise en charge des patientes :

- *"le réseau de médecin par lequel je suis entourée est relativement compétent et sait m'orienter vers les bonnes personnes"(E7)*
- *"ils peuvent aussi vous envoyer à un spécialiste et les spécialistes il sont là aussi pour vous informer, vous aider et puis vous soigner si vous êtes malade de ça"(E8)*
- *"j'en avais parlé au docteur R, qui m'avait dit d'en parler avec le gynéco... elle m'avait dit si la rééducation ne marche pas Je vous orienterai vers mon collègue, l'autre gynéco de Ganges qui pose des bandelettes donc voilà après elle m'avait orienté vers ce collègue."(E12)*

En effet, les femmes interrogées ayant été bien orientées **ont pu bénéficier d'un traitement efficace qui a changé leur vie** :

- *"ça change la vie mais tout du moins, on revient à la vie d'avant"(E12)*
- *"c'était la meilleure solution de se faire opérer"(E14)*
- *"moi le gynéco il m'a rendu ma féminité, enfin je me sens femme quoi !"(E15)*

Enfin, les femmes ont souligné **l'importance d'un suivi**, **« rassurant »** dans la prise en soins de cette pathologie chronique :

- *"y a 30 ans en arrière alors il m'a laissé quoi […] à l'époque il y a 30 ans, c'était pas le même suivi qu'on a maintenant" (E4)*
- *"il fallait que je lui en reparle si la rééducation n'avait pas d'effet"(E10)*
- *"Je ne pensais pas qu'à la suite de la rééducation du périnée, il pouvait y avoir un suivi. Et donc oui je trouve ça très bien et rassurant"(E7)*

DISCUSSION

1) Synthèse des résultats

Notre travail nous a permis d'explorer le ressenti des patientes concernant les obstacles à aborder l'IU avec le médecin généraliste et plus généralement avec les professionnels de santé.

Le principal obstacle pour aborder l'IU semble être sociétal. La femme incontinente se tait par crainte d'être perçue comme une personne vulnérable, dans un monde ou le paraître est essentiel. Selon les codes de notre société, la femme doit être « propre sur elle » et « maître de son corps ». La peur de la stigmatisation confine donc les femmes dans le silence, les obligeant à s'adapter aux fuites urinaires, plutôt que de rechercher des soins. Pourtant, elles espèrent tout de même des solutions pour pallier ce problème…
Afin de rendre la prise en soins accessible, briser le tabou autour de cette pathologie est primordiale. Cela doit commencer par une meilleure information de la population générale. Les femmes doivent savoir que l'IU est une pathologie fréquente, touchant tous les âges et qu'il existe des traitements pour y remédier.

Un autre obstacle mis en évidence dans notre étude est la minimisation de l'IU par les femmes, considérant que c'est une conséquence inéluctable de la maternité et du vieillissement. Pourtant, ce ne sont que des facteurs favorisants, pour lesquels il existe des moyens de prévention. Il incombe au médecin d'en informer ses patientes et de les rassurer à ce sujet.

2) Forces de l'étude

2.1. Type d'étude

L'étude qualitative avec analyse phénoménologique était l'analyse la plus adaptée pour répondre à notre objectif principal. Il est justifié de choisir ce type d'étude lorsque les données à recueillir portent sur des perceptions, des représentations, des évaluations personnelles.
A l'inverse des études quantitatives qui induisent des réponses fermées, l'étude qualitative permet de laisser libre cours aux participantes d'exprimer ce qu'elles ressentent de manière spontanée et riche. Cela nous a permis de mieux comprendre

leurs expériences et émotions pour connaitre leurs réticences à aborder l'IU en consultation médicale.

2.2. Les participants

Lors du recrutement des participantes, l'objectif n'était pas d'être représentatif de la population, mais d'essayer d'obtenir un échantillon le plus varié possible.

2.3. Méthodologie, recueil et analyse des données

Tout d'abord, l'élaboration du guide d'entretien avec plusieurs personnes ayant des regards différents sur le sujet a été enrichissant pour notre étude.

La réalisation de deux entretiens tests semi-dirigés inclus dans notre analyse a permis de réduire le manque d'expérience de l'investigatrice pour ce type d'étude. Des questions de relance avaient été préétablies, mais elles se sont spontanément enrichies au fil des entretiens, l'expérience acquise à la réalisation de chaque nouvel entretien ayant permis d'améliorer la dynamique de l'échange.

De plus, les entretiens se sont voulus individuels afin d'éviter l'inhibition pouvant être induite par la présence d'une tierce personne et permettre au contraire une certaine liberté d'expression. Un focus group semblait difficilement envisageable pour traiter un sujet qui « touche à l'intimité » et reste « tabou ». L'enregistrement audio a pu aussi constituer un frein au discours des participantes et les maintenir dans une certaine réserve, cependant, le fait de les interroger dans un cadre connu a permis de passer outre et de favoriser la confidence. Les entretiens par téléphone avaient aussi cet effet, la personne interrogée se sentait moins intimidée par la présence de l'investigatrice et se livrait plus facilement.

3) Limites et biais de l'étude

Il s'agissait d'un premier travail de recherche reposant sur une étude qualitative, la méthodologie a donc été donc simplifiée. A postériori, quelques points auraient pu être améliorés.

3.1. Validité interne

La validité interne consiste à vérifier si les observations faites représentent la réalité. Tout d'abord, il aurait fallu soumettre notre analyse à l'avis des participantes de l'étude, ce qui n'a pas été fait dans notre travail. De plus, une triangulation des données aurait permis d'augmenter la valeur scientifique de notre étude mais n'a pas pu être faite.
Il existe aussi plusieurs biais qui peuvent compromettre la validité interne de notre étude. Cependant, certains de ces biais sont propres à la nature même de l'étude qualitative et peuvent difficilement être évités.

- **Biais de sélection** des personnes interrogées :

Certaines femmes ont été recruté dans l'entourage de l'investigatrice. D'autre part, ce sont probablement les femmes les plus sensibles au sujet qui ont répondu à nos demandes d'entretien.
Cependant, le fait d'avoir pu en interroger, pour la plus grande partie, à l'occasion du confinement, a pu conduire certaines participantes à accepter l'entretien davantage pour occuper leur temps ou par simple curiosité que pour un intérêt personnel plus prononcé que d'autres pour ce sujet.

- **Biais de mesure :**

Tous les entretiens n'étaient pas immédiatement retranscrits et analysés, il en résulte un biais de mesure.

- **Biais de mémorisation :**

Les femmes rapportaient parfois des évènements anciens et ont pu oublier certains détails de leur vécu.

- **Biais d'intervention :**

Ce biais a pu être créé inconsciemment par l'investigatrice via certaines questions de relance spontanées, mais aussi par la communication non verbale lors des entretiens en face à face.

- **Biais de recueil :**

Certains entretiens ont eu lieu par téléphone, sans contact visuel entre l'investigatrice et la participante, ce qui représente un biais important dans une analyse qualitative car

l'émotion et le langage corporel des femmes interrogées n'ont pu être pris en compte. Certains entretiens ont même été interrompus à plusieurs reprises par des soucis de réseau téléphonique.

- **Biais d'interprétation / d'investigation :**

Il y a toujours un biais d'interprétation dans une analyse qualitative car elle est subjective. Nous n'avons pas réalisé de triangulation des idées qui aurait pu limiter ce biais.

3.2. Validité externe

La validité externe consiste à généraliser les observations recueillies à l'aide d'un échantillon ciblé et représentatif de la problématique. Notre échantillon était surtout diversifié afin d'inclure des participantes ayant autant que possible un vécu et une expérience propre à elles.

Un nombre suffisant de participantes était nécessaire afin d'obtenir la saturation des données et ainsi une validité scientifique correcte.

4) Comparaison à la littérature

En 2003, une revue de la littérature internationale [43] a mis en évidence que « l'écrasante majorité des patientes atteintes d'IU n'avait pas demandé d'aide médicale (93% des études) et que, en dépit d'une IU sévère, seules 42,5% des patientes avait consulté un professionnel de santé. De plus, bien que 50% des patientes avaient déclaré que l'IU affectait au moins légèrement leur qualité de vie, 77% n'avaient pas demandé d'aide ».
Cette étude conduit à considérer que l'IU reste **une condition sous-déclarée auprès des professionnels de santé dans tous les pays et toutes les cultures.**

Plusieurs explications à ce constat :

Le tabou et la stigmatisation entrainent un repli social et inhibent le dialogue :

L'IU reste au XXIème siècle **un sujet tabou** [43][44]. Il apparaît même que le mot « périnée » est tabou en raison de son caractère intime et sexuel ou pour des raisons de pudeur culturelle [45].

De plus, la gêne provoquée par **les odeurs** est retrouvée dans plusieurs études et favorise l'isolement social [13][48]. Dans une société où les parfums sont utilisés contre toute odeur corporelle naturelle, il est évident que l'odeur désagréable d'urine est un tabou. Pour de nombreuses femmes, l'odeur, ainsi que les sentiments de honte et de dégradation de l'image de soi, sont « le pire et le plus difficile à gérer » dans l'IU [23].

Une étude australienne [46] a d'ailleurs montré que 70% des femmes signalant une IU sévère, entre 3 et 12 mois d'un post-partum, n'avaient pas fait part de leurs symptômes avec un professionnel de santé car elles se sentaient honteuses ou gênées. Le même constat a été fait dans des études anglaise et israélienne [15][47].

Les femmes ressentiraient cela par **crainte d'être jugées ou stigmatisées** pour leur IU, comme l'a mis en évidence une étude canadienne de Southall K et al. [48] : « Les individus sont stigmatisés lorsqu'ils possèdent un attribut ou une caractéristique qui véhicule une identité sociale dévalorisée dans un contexte social particulier ». « Les personnes atteintes d'IU peuvent être à la fois gênées et honteuses de leur état car les symptômes d'IU sont des indicateurs de perte de contrôle des fonctions corporelles ». En effet, dans les sociétés occidentales, nous sommes formatés pour comprendre que « l'élimination des déchets corporels est une affaire privée qui doit être faite de manière ordonnée ». Les personnes présentant des fuites urinaires peuvent alors être perçues comme « différentes » et être stéréotypés comme étant fragiles, dépendantes, incompétentes ou simplement vielles.

Par conséquent, des études ont démontrées que les patientes souffrant d'IU étaient « plus déprimées, émotionnellement perturbées et socialement isolées ». Elles présentaient également des niveaux d'anxiété plus élevés et **une satisfaction de vivre plus faible**, notamment pour les personnes âgées [17][28].

Ce tabou autour de l'IU peut provoquer également « le déni, la dissimulation et la réticence à reconnaître son état de santé », constituant un obstacle pour aborder l'IU avec un médecin, empêchant ou retardant ainsi l'entrée en traitement et réduisant la possibilité d'une intervention réussie [37].

Enfin il semblerait que ce tabou soit aussi partagé par le médecin. Dans son travail de thèse sur le « vécu du dépistage de l'IU chez les femmes ménopausées » [44], E. Vexlard a montré que ce tabou sociétal empêchait d'aborder la question « de façon bilatérale : patiente et corps médical ».

Le manque d'information génère des croyances limitantes :

Le manque de connaissance des femmes sur l'anatomie, la physiopathologie de l'IU ou sur les possibilités thérapeutiques constitue également un frein à la recherche de soins car il engendre de fausses croyances, limitantes.

Dans l'étude de H. Tonneau et al. en 2005 [45], sur 154 nullipares, 50 % des femmes interrogées ne visualisaient pas du tout leur périnée. La civilisation judéo-chrétienne a toujours valorisé l'esprit, partie haute du corps, en « bas », on n'en parle pas ou très peu, le langage est toujours empreint d'allusions et de périphrases. Il est alors difficile de se représenter la « partie dont on ne doit pas prononcer le nom ».

De plus, les programmes scolaires abordent, dans la biologie de la reproduction et la transmission de la vie, l'appareil génital féminin, la contraception et les IST, mais les schémas anatomiques citent les principaux organes pelviens sans évoquer l'ensemble des muscles constituant le périnée. Le plancher pelvien n'est donc jamais abordé en France, ni au collège [49] ni au lycée, en cours de SVT ou en cours d'éducation physique et sportive [50]. Pourtant en Suède, dès l'âge de douze ans, les jeunes filles reçoivent des explications sur les mécanismes de la sexualité et de l'accouchement ; on leur enseigne des attitudes et des mouvements renforçant la poitrine et le périnée [51].

En France, il n'y a **pas de recommandation sur l'éducation périnéale**, ce qui explique aussi le manque d'information délivrées par les professionnels de santé [45].

E. Vexlar [44] proposait que l'information soit délivrée en 3 temps dans la vie d'une femme avec une phase éducative centrée sur l'anatomie et la physiologie du corps humain dès le plus jeune âge, une phase de prévention qui décrit l'IU en tant que pathologie chez la femme jeune, en expliquant les moyens de prévention et une phase de dépistage au moment de l'apparition des troubles.

Certaines **actions d'information** existent pourtant déjà en France :

L'Association Française d'Urologie a créé en 2001 la « *Semaine de l'Incontinence* » avec pour objectif principal l'information du public sur cette pathologie [26].

De plus, une brochure d'information a été élaborée en 2004 par le département d'Education de santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris. Cette brochure a connu un vif succès démontrant le besoin d'éducation sur cette thématique.

La littérature met aussi en exergue le rôle clé des **médias** dans la délivrance de cette information et comme moteur à la recherche de soins :

Yu et al. [11] a montré que les femmes chinoises recherchaient une aide médicale suite aux conseils des médias (internet, télévision ou publicités imprimées).

Dans l'étude de Gonzalez et al. [52] ,les femmes incontinentes recherchaient des informations sur internet, notamment sur les communautés en ligne qui aident à « gérer l'impact de l'IUE sur la qualité de vie » mais aussi à orienter « une prise en charge chirurgicale ou non chirurgicale ».

D'ailleurs, au Canada, il existe une *fondation d'aide aux personnes incontinentes* avec un site internet [53] destiné à renseigner le grand public sur l'IU. Ce site déculpabilise les patientes et les incitent à consulter : « Beaucoup de gens pensent qu'ils perturbent leur médecin avec un problème mineur car ils pensent que leur médecin a des problèmes plus graves à traiter. Votre qualité de vie et bien-être psychologique sont extrêmement importants ». De plus il existe une rubrique *Diagnostic et traitement* commençant par : « La première étape est de consulter votre médecin pour un examen complet ».

- **L'IU est considérée comme un phénomène naturel de la vie d'une femme**

Dans l'inconscient collectif, l'IU est souvent considérée comme un signe de **vieillissement inéluctable**, voire une **conséquence normale de la maternité** [8].

Seulement 30,7% percevaient l'IU comme une maladie nécessitant une intervention médicale dans une étude taïwanaise de Yu H-J et al. [11]

Le fait de considérer l'IU comme un problème mineur, « peut s'inscrire dans une **stratégie d'adaptation »** [47] :

Horrowitz (1974), Lazarus et Folkman (1984) ont décrit **le déni ou l'auto-tromperie** comme des moyens courants de faire face à un problème.

De même, Ashworth et Hagan (1993) ont décrit **la minimisation de l'IU** comme un moyen d'y faire face : certaines femmes considèrent cette condition comme une conséquence inévitable de la maternité et la vivent ainsi avec moins d'inquiétude. Cette forme de stratégie d'adaptation, connue sous le nom d'**acceptation passive**, ne fait rien sur la condition elle-même mais **atténue la détresse** et a été rapportée dans plusieurs études.

Il faut aussi considérer que pour certaines femmes, l'IU est « une normalité pour le médecin, qui ne s'intéresse pas à ce sujet » [41]. Dans ce cas, les consultations peuvent être vécues comme « une autre situation potentiellement stigmatisante » [48] et freiner la recherche de soins.

- **Par manque d'information thérapeutique, les femmes sont réticentes aux traitements**

Les femmes incontinentes sont souvent réticentes à consulter des professionnels de santé concernant les traitements, seules 5 à 25 % le font [54][55] :

Tout d'abord, considérant que l'IU n'est pas pathologique, de nombreuses femmes pensent qu'**il n'y a pas de traitement** [8][47].

De ce fait, la plupart des femmes semblent s'être adaptées à « continuer à vivre avec ». Une étude de Harris Susan S et al. [56] menée à Boston sur un large échantillon, a en effet montré qu'une majorité de femmes souffrant d'IU ne recherchait pas de soins car elles pouvaient « **tolérer les fuites d'urine** ». Les femmes interrogées semblaient être mieux informées et expérimentées dans les **stratégies d'adaptation** personnelles avec, par exemple, des serviettes hygiéniques et d'autres dispositifs que dans les stratégies thérapeutiques, expliquant aussi le manque de recours aux soins.

La **peur de la chirurgie** était aussi un frein évoqué dans les études pour expliquer la non-consultation : en Angleterre [47] 14% des femmes ne cherchaient pas d'aide parce qu'elles craignaient que le médecin ne recommande une intervention chirurgicale et c'était la 3ème raison pour lesquelles les femmes retardaient le moment d'en parler à un médecin dans une étude en Israël [15].

- **Le niveau d'éducation peut influencer la prise en soins**

Le taux de traitement chez les femmes incontinentes serait « plus faible pour celles ayant moins d'éducation et de revenu » [57].

Dans l'étude de Eason E et al. [58], le niveau scolaire élevé était significativement associé à l'incidence de l'IU. Ce constat tenait probablement plus d'un simple effet déclaratif : « les femmes les plus diplômées déclarant plus souvent des troubles de ce type, considèrant moins ces symptômes comme stigmatisants et honteux par rapport

aux femmes de faible niveau d'étude ». Elles étaient par conséquent plus nombreuses à être prises en soins.

Au contraire, les femmes dotées d'un niveau d'éducation plus faible considéraient plus l'IU comme « une normalité, ne les inquiétant pas et ne les motivant pas à rechercher un traitement » [59].

- **Les médias maintiennent les femmes dans l'ignorance**

Un autre point souvent évoqué dans la littérature est la **banalisation de l'incontinence urinaire par les médias**.

Les femmes rapportent souvent être choquées par les messages publicitaires montrant des femmes portant des protections. Pour les médecins aussi, ces messages dérangent, allant à l'encontre du message qu'ils veulent délivrer à leurs patientes : « elles peuvent discuter de leurs fuites d'urines avec leur médecin et ils réfléchiront ensemble aux solutions qui peuvent être apportées » [30].

A. Delavaquerie dans sa thèse sur « le dépistage de l'incontinence urinaire féminine en médecine générale » [60], évoquait déjà ce problème en notant que les différentes enseignes de palliatifs absorbants « favorisaient les non-dits et la banalisation du symptôme ». Les enjeux économiques étaient rappelés et un extrait du site internet de la marque Tena® était donné : « La bonne nouvelle, c'est que cela n'est pas une fatalité : en prenant les bonnes habitudes et en choisissant la bonne protection, vous pouvez sortir et rencontrer du monde, faire de l'exercice et effectuer l'ensemble de vos activités quotidiennes tout en restant détendue et confiante. »
10 ans plus tard, les messages diffusés par ces enseignes sont toujours les mêmes.

Le médecin lui-même conditionne le recours aux soins :

Tout d'abord, certaines femmes n'en parlent pas, tout simplement car **elles ne savent pas à quel professionnel s'adresser** [46].

Le **sexe du médecin** peut aussi avoir son importance : un médecin de sexe féminin sera privilégié pour les patientes [30][43][61] tout comme un médecin de se sexe masculin sera privilégié pour l'IU chez les hommes [62].

Les femmes « se sentent mieux comprises par un médecin de sexe féminin », comme on le retrouvait dans la thèse de C. Gérard sur le ressenti des patients vis-à-vis de la féminisation de la médecine générale [63]. Les femmes « communiqueraient mieux que

leurs confrères masculins et établiraient une relation plus favorable à la prévention, ainsi qu'à l'éducation thérapeutique », ce que confirme une enquête réalisée à Québec en 2007 [64].

De plus les femmes parleraient plus facilement avec **un médecin d'un certain âge** [44], plus expérimenté [61]. Ces données vont à l'encontre de notre étude ; les participantes ayant plutôt exprimé le souhait de consulter un médecin jeune, qui serait selon elles, plus dynamique et plus à jour des nouvelles recommandations.

Enfin, certaines études mettent en avant les attentes des patientes sur le rôle **proactif** que doit avoir leur médecin, en les interrogeant sur la présence d'une IU afin d'en faire le dépistage [14][38].
Dans le rapport de la HAS de 2003, les experts précisaient que le diagnostic de l'IU était un diagnostic d'interrogatoire et qu'une simple question comme : « Vous arrive- t- il d'avoir des fuites urinaires ? » permettait de faire le dépistage [7].
Cependant, nombre d'études ont au contraire révélées que les praticiens ne posaient pas cette question à leurs patientes [61].

A l'inverse, parmi les facteurs favorisant le recours aux soins, la gêne est le plus important :

Aux termes d'une étude norvégienne EPICONT [65], une corrélation a été démontrée significativement entre la gêne et le recours à une consultation : parmi celles qui étaient le plus affectées par leur incontinence, 64% avaient consulté.

La gêne est liée au type d'IU

Cette gêne semble liée à la « gravité de l'IU » [18] mais aussi **au « type d'IU »**.

Dans l'étude EPICONT, parmi les femmes ayant déclaré des symptômes, 47% étaient gênées par une IUM contre 36% avec une IUU et 24 % avec une IUE. Les femmes souffrant d'incontinence par impériosité ont également rapporté une qualité de vie moins bonne que les femmes souffrant d'incontinence à l'effort dans une étude suédoise. Une explication possible à ces résultats était que les femmes souffrant d'IUE pouvaient prévenir les fuites dans une certaine mesure, en évitant les activités physiques. A l'inverse, les femmes souffrant d'IUU avaient **moins de facilités à anticiper les fuites** en raison d'une contraction involontaire du détrusor [12] : « la fuite

est inattendue, soudaine et souvent de grand volume » [22]. Ces femmes affichaient par conséquent de moins bons scores sur la qualité de vie et sur la qualité de leur sommeil avec une fonction sexuelle altérée et une productivité plus faible au travail.

La gêne est liée à la fréquence de l'IU

Une étude suédoise de Samuelsson E et al. [66], sur un échantillon de population de 20 à 59 ans a révélé que la **fréquence** des épisodes d'incontinence **affectait le bien-être**, plus que le type d'IU.

De plus, une étude autrichienne [67] a souligné que « la détérioration de la qualité de vie était liée de façon statistiquement significative ($p < 0,05$) à la **fréquence** et au degré d'incontinence (quel que soit le type d'incontinence).

Tableau 7. Les freins et les motivations des femmes à aborder spontanément l'IU avec un professionnel de santé, revue de la littérature

Les Freins	Les Motivations
○ Ne **pas savoir à qui s'adresser** [46] ○ **Penser que l'IU est physiologique :** ➢ la **perception causale** ou « l'**acceptation passive »** [68] ➢ la **minimisation** du problème [47] ➢ le **déni ou** l'**auto-tromperie** [47] ○ Le **tabou**, la honte, la **gêne** d'en parler [46][42][69][45] ○ La réticence à une **intervention chirurgicale** [69][45] ○ La réticence à un **traitement médicamenteux au long court** [45] ○ La croyance que le problème **ne peut être résolu** [69] ○ Le **manque de temps** pour consulter [45] ○ Un **niveau d'éducation plus faible** [59] ○ Un **médecin de sexe masculin** [30][43][61]	○ Un **score de qualité de vie plus faible :** [26][12][43][44][45] ➢ l' **inquiétude** d'un possible **accident embarrassant et que** d'autres puissent **sentir une odeur** [70] ➢ une gêne dans les **activités quotidiennes** [70][45][47] ➢ des **problèmes sexuels** [45] ○ Une inquiétude que la fuite soit le symptôme d'**un état plus grave** [70][47] ou la crainte que la **condition ne soit pas normale** [26][70][44][47] ○ La crainte d'une **aggravation** [70] / augmentation de la **fréquence** [23] ○ La nécessité de recourir à des **palliatifs absorbants** [70] ○ L'incontinence par **impériosité** [12][44][45] ○ L'**âge** [12][44] ○ Une bonne **relation médecin-malade** [43][44][45] ○ Les **conseils des médias** [11]

4) Perspective et intérêt pour la pratique

Les femmes de notre étude nous ont apporté des pistes pour aborder plus facilement l'IU en consultation de médecine générale et ainsi favoriser la prise en soins de cette affection.

Le médecin doit avoir un rôle proactif et aller au-devant de sa patiente par l'interrogatoire :

- Soit dans une démarche de **prévention primaire**, en recherchant des facteurs de risque et en apportant des conseils pour prévenir les fuites urinaires.
- Soit dans une démarche de **dépistage**, en recherchant des symptômes d'IU et en proposant des solutions.

Un examen gynécologique, une consultation concernant la grossesse, le post-partum ou la ménopause sont des moments décrits comme propices pour aborder l'incontinence urinaire en consultation.

L'information en amont d'une première consultation est également essentielle, notamment sur la physiopathologie de l'IU et sur ses possibilités thérapeutiques : les femmes doivent savoir qu'il s'agit d'un phénomène pathologique plurifactoriel pour lequel des solutions existent. Elles pourront ainsi avoir un rôle proactif et aborder librement l'IU avec leur médecin généraliste, dès l'apparition des premiers signes. Pour cela, le développement de campagnes d'informations est proposé, via les médias ou encore l'Assurance maladie. Cette information devra toucher les femmes de tous âges pour limiter la stigmatisation et casser le tabou autour de ce sujet.

Enfin, il ne faut pas oublier l'intérêt d'une coordination pluridisciplinaire, pour une prise en soins optimale de cette pathologie.

CONCLUSION

L'analyse de cette étude qualitative, ancrée dans les verbatims, a permis de mettre en évidence 4 catégories conceptualisantes nous aidant à comprendre les raisons pour lesquelles les patientes abordent peu l'IU avec leur médecin généraliste.

Il existe d'abord des freins propres à cette pathologie, considérée comme taboue, par la stigmatisation et la gêne qu'elle provoque. Les femmes cherchant plutôt à minimiser ce problème, voire à le cacher.

Il existe aussi des obstacles liés au manque d'information des femmes, considérant souvent le problème comme physiologique, lié à l'âge ou à la maternité et donc dénué de traitement.

Enfin, le choix du médecin et la relation qu'il entretien avec sa patiente peuvent aussi être déterminant dans le recours aux soins.

La compréhension de ces obstacles nous permets de dégager des pistes fécondes pour améliorer la prise en soins de l'incontinence urinaire.

Tout d'abord, il est crucial que les patientes reçoivent une information sur cette pathologie, en amont d'une première consultation. L'objectif est d'**apporter des connaissances théoriques** sur l'IU, **indirectement**, par les médias (TV, internet) ou des campagnes d'informations réalisées par la sécurité sociale (affiches, courrier postal…) afin de libérer la parole sur ce sujet.

Dans un deuxième temps, une **information directe** pourra être délivrée, dans une démarche de **prévention primaire**, par des intervenants médicaux (médecin généraliste, médecin du travail, gynécologue / obstétricien, sage-femme, kinésithérapeute) ou non-médicaux (enseignant scolaire, professeur de sport).

Enfin, le médecin généraliste devra avoir un rôle proactif pour **dépister l'IU par l'interrogatoire** et apporter à sa patiente une information claire et exhaustive concernant la prise en soins possible : exposer les différentes possibilités thérapeutiques et les différents intervenants.

Le moment opportun pour le dépistage de l'IU par le médecin généraliste est cependant difficile à estimer dans notre étude. Cette pathologie n'étant pas létale, un dépistage systématisé est évoqué mais semble difficile à mettre en place.
Il serait donc intéressant de compléter notre travail par une recherche quantitative afin de déterminer l'âge le plus adapté pour aborder ce dépistage en consultation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function : report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. Urology 2003.

2. Steenstrup B, Bakker E, Nouhaud FX, Cornu JN, Grise P, Steenstrup B, et al. Recommandations de bonnes pratiques pour l'incontinence urinaire. Analyse critique du guidelines EAU pour les physiothérapeutes francophones. Kinésithérapie Rev 2017.

3. Collège universitaire des urologues. Item 121 : Incontinence urinaire de l'adulte. UMVF 2014.

4. DeLancey JOL, Trowbridge ER, Miller JM, Morgan DM, Guire K, Fenner DE, et al. Stress Urinary Incontinence : Relative Importance of Urethral Support and Urethral Closure Pressure. J Urol 2008.

5. Holroyd-Leduc JM. What Type of Urinary Incontinence Does This Woman Have ? JAMA 2008.

6. Shamliyan T, Wyman J, Bliss DZ, Kane RL, Wilt TJ. Prevention of Urinary and Fecal Incontinence in Adults. Agency for Healthcare Research and Quality (US) 2007.

7. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale 2003.

8. Bedretdinova D. Vers une modélisation de l'incontinence urinaire des femmes. Thèse de Doctorat d'Université, Santé publique 2015.

9. Faltin D-L. Épidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod 2009.

10. Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on Quality of Life of Urinary Incontinence and Overactive Bladder: A Systematic Literature Review. Urology 2010.

11. Yu H-J, Wong W-Y, Chen J, Chie W-C. Quality of life impact and treatment seeking of Chinese women with urinary incontinence 2003.

12. Hägglund D, Walker-Engström M-L, Larsson G, Leppert J. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence 2001.

13. Bedretdinova D, Fritel X, Zins M, Ringa V. The Effect of Urinary Incontinence on Health-related Quality of Life: Is It Similar in Men and Women ? 2016.

14. Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunskaar S, Espuna-Pons M, et al. Patient Characteristics Associated with Quality of Life in European Women Seeking Treatment for Urinary Incontinence: Results from PURE. Eur Urol 2007.

15. Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary Incontinence in Women Under 65 : Quality of Life, Stress Related to Incontinence and Patterns of Seeking Health Care. Qual Life Res 2004.

16. Lose G, Fantl JA, Victor A, Walter S, Wells TL, Wyman J, et al. Outcome measures for research in adult women with symptoms of lower urinary tract dysfunction 2001.

17. Koch LH. Help-Seeking Behaviors of Women with Urinary Incontinence : An Integrative Literature Review. J Midwifery Womens Health 2006.

18. Yu Ko, MS; Swu-Jane Lin, PhD; J. Warren Salmon, PhD; and Morgan S. Bron, PharmD, MS The Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life of the Elderly. AJMC 2005.

19. Gasquet I, Tcherny-Lessenot S, Gaudebout P, Goux BBL, Klein P, Haab F. Influence of the Severity of Stress Urinary Incontinence on Quality of Life, Health Care Seeking, and Treatment: A National Cross-Sectional Survey. Eur Urol 2006.

20. Jundt K, Peschers U, Kentenich H. The Investigation and Treatment of Female Pelvic Floor Dysfunction. Dtsch Aerzteblatt Online 2015.

21. Duralde ER, Rowen TS. Urinary Incontinence and Associated Female Sexual Dysfunction. Sex Med Rev 2017.

22. Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary Incontinence in Women: A Review. JAMA 2017.

23. Lagro-Janssen T, Smits A, Van Weel C. Urinary Incontinence in Women and the Effects on their Lives. Scand J Prim Health Care 1992.

24. Vigod SN, Stewart DE. Major Depression in Female Urinary Incontinence. Psychosomatics 2006.

25. Debus G, Kästner R. Psychosomatic Aspects of Urinary Incontinence in Women. Geburtshilfe Frauenheilkd 2015.

26. Pr Haab F. Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire. Ministère de la Santé et des Solidarités 2007.

27. Pr Chassagne P. Université médicale virtuelle francophone - Autonomie et dépendance 2009.

28. De Vries HF, Northington GM, Bogner HR. Urinary incontinence (UI) and new psychological distress among community dwelling older adults. Arch Gerontol Geriatr 2012.

29. Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on quality of life of Urinary Incontinence and Overactive Bladder : A systematic Literature Review. Urology 2010.

30. Guicheteau-Magnier A-C. La prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale 2015.

31. D. Cado-Leclerc, T. Thubert, G. Demoulin, E. Faivre, C. Trichot, A. Naveau et al. Diffusion des recommandations pour la pratique clinique concernant l'incontinence urinaire de la femme 2012.

32. L'Assurance Maladie. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés 2021 [En ligne] https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes.

33. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer 2013.

34. Ciofu C, E.D. Montefiore, and E. Chartier-Kastler. Evaluation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes vues en consultation de médecine générale en France métropolitaine. Rapport d'étude épidémiologique 2007.

35. Le rôle essentiel du médecin traitant 2018. [En ligne] http://leparticulier.lefigaro.fr/jcms/p1_1691758/le-role-essentiel-du-medecin-traitant.

36. Association Française d'Urologie- Fiche d'information aux patientes 2012 [En ligne] www.urofrance.org.

37. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Malakoff, France: Armand Colin 2016.

38. Kaufmann J-C, Singly F de. L'entretien compréhensif. 4e édition. Paris : Armand Colin 2016.

39. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 2007.

40. Bichsel N. La stigmatisation : un problème fréquent aux conséquences multiples 2017.

41. Larousse É. Définitions : honte - Dictionnaire de français Larousse.

42. Larousse É. Définitions : traumatisme - Dictionnaire de français Larousse.

43. Demirel S. Incontinence urinaire : Pourquoi les femmes n'en parlent pas ? -Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale 2016.

44. Vexlard E. L'incontinence urinaire : marqueur de la temporalité de la vie d'une femme - Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale 2019.

45. Bernard L. L'éducation périnéale d'une population ciblée de jeunes femmes nullipares : une recherche-action. Mémoire de sage-femme 2018.

46. Brown S, Gartland D, Perlen S, McDonald E, MacArthur C. Consultation about urinary and faecal incontinence in the year after childbirth: a cohort study. BJOG Int J Obstet Gynaecol 2015.

47. Mason L, Glenn S, Walton I, Hughes C. Women's reluctance to seek help for stress incontinence during pregnancy and following childbirth. Midwifery 2001.

48. Southall K, Tuazon JR, Djokhdem AH, van den Heuvel EA, Wittich W, Jutai JW. Assessing the stigma content of urinary incontinence intervention outcome measures. J Rehabil Assist Technol Eng 2017.

49. Lenoir M. L'incontinence urinaire de la jeune fille nullipare : état des lieux dans un collège et rôle du médecin de l'Education Nationale 2005.

50. Jean-Baptiste J, Hermieu J-F. Fuites urinaires et sport chez la femme. Prog En Urol 2010.

51. De Tinguy-simon Anais. Le périnée dans la vie d'une femme première partie. In : Les dossiers de l'obstétrique 2000 ; n° 283.

52. Gonzalez G, Vaculik K, Khalil C, Zektser Y, Arnold C, Almario CV, et al. Women's Experience with Stress Urinary Incontinence : Insights from Social Media Analytics. J Urol 2020.

53. The Canadian Continence Foundation. Diagnostic et traitement Incontinence urinaire 2021 [En ligne] https://www.canadiancontinence.ca/FR/diagnostic-et-traitement.php.

54. Hagglund D, Walker-Engstrom M-L, Larsson G, Leppert J. Reasons why women with long-term urinary incontinence do not seek professional help: a cross-sectional population-based cohort study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2003.

55. Hunskaar S, Burgio K, Diokno A, Herzog AR, Hjälmås K, Lapitan MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. Urology 2003.

56. Harris Susan S, Link Carol L, Tennstedt Sharon L, Kusek John W, McKinlay John B. Care Seeking and Treatment for Urinary Incontinence in a Diverse Population. J Urol 2007.

57. Li Y, Cai X, Glance LG, Mukamel DB. Gender Differences in Healthcare-Seeking Behavior for Urinary Incontinence and the Impact of Socioeconomic Status : A Study of the Medicare Managed Care Population. Med Care 2007.

58. Legendre G. Incidence et rémission de l'incontinence urinaire des femmes entre 45 et 60 ans. Thèse de Doctorat d'Université, Santé publique 2016.

59. Duralde ER, Walter LC, Van Den Eeden SK, Nakagawa S, Subak LL, Brown JS, et al. Bridging the gap : determinants of undiagnosed or untreated urinary incontinence in women. Am J Obstet Gynecol 2016.

60. Delavaquerie A. Dépistage de l'incontinence urinaire féminine en médecine générale : étude auprès de 26 médecins généralistes picards. Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale 2011.

61. Journel C. Pertinence de l'USP dans les conditions actuelles de la médecine générale. Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale 2016.

62. Rostam M. Obstacles à la prise en charge de l'incontinence urinaire masculine, étude qualitative auprès des médecins généralistes du Var. Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale 2018.

63. Videcoq E. Ressenti des patients vis à vis de la féminisation de la médecine générale en Haute Normandie : approche qualitative - Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale 2017.

64. Contandriopoulos A-P, Fournier M-A. Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal 2007.

65. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. J Clin Epidemiol 2000.

66. Samuelsson E, Victor A, Tibblin G. A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years. Acta Obstet Gynecol Scand 1997.

67. Christian Temml, Gerald Haidinger, Jörg Schmidbauer, Georg Schatzl, and Stephan Madersbacher. Urinary incontinence in both sexes: Prevalence rates and impact on quality of life and sexual life 2000.

68. Botelho EM, Elstad EA, Taubenberger SP, Tennstedt SL. Moderating Perceptions of Bother Reports by Individuals Experiencing Lower Urinary Tract Symptoms. Qual Health Res 2011.

69. Koch LH. Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence : an integrative literature review. J Midwifery Womens Health 2006.

70. Kinchen KS, Burgio K, Diokno AC, Fultz NH, Bump R, Obenchain R. Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. J Womens Health 2002.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille AGGIR

La grille AGGIR cherche à définir le profil de dépendance d'un sujet âgé donné. Elle est inscrite dans la loi française (J.O. : n°97-60 du 24 janvier 1997). La dépendance y est évaluée en termes de niveau de demande de soins requis (appelé " Groupe Iso-Ressource (GIR)". La grille comporte 10 items ou "variables discriminantes". Un algorithme classe les combinaisons de réponses aux variables discriminantes en 6 Groupes Iso-Ressources. Seules les personnes dont le GIR est côté 1, 2 ou 3 peuvent prétendre à la Prestation Spécifique Dépendance.

Les 10 variables discriminantes du modèle A.G.G.I.R

Les variables Cohérence Converser er/ou se comporter de façon logique et sensée	Autonomie fait seule totalement, habituellement, correctement = A fait partiellement = B ne fait pas = C
Orientation Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
Toilette du haut et du bas du corps Assurer son hygiène corporelle (AA=A, CC=C, autres=B)	
Habillage (haut, moyen, bas) S'habiller, se déshabiller, se présenter (AAA=A, CCC=C, autres=B)	
Alimentation Se servir et manger les aliments préparés (AA=A, CC=C, BC=C, CB=C, autres=B)	
Élimination urinaire et fécale Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale (AA=A, CC=C, AC=C, CA=C, BC=C, CB=C, autres = B)	
Transfert Se lever, se coucher, s'asseoir	
Déplacements à l'intérieur Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
Déplacements à l'extérieur A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
Communication à distance Utiliser les moyens de communications : téléphone, alarme, sonnette...	

Annexe 2 : Lettre d'information

LETTRE D'INFORMATION
Madame, Mademoiselle, **Je suis étudiante en médecine générale. Pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine Générale, je dois réaliser une thèse. J'ai choisi d'étudier l'incontinence urinaire chez la femme et notamment les obstacles pour aborder ce sujet lors d'une consultation de médecine générale. C'est un sujet qui me tient à**

cœur. Pour cela, je souhaite interroger des femmes de 18 à 88 ans afin de connaître leur vécu et leur représentation concernant l'IU, dans leur quotidien et face à des professionnels de santé. Ceci nous permettra d'élaborer des stratégies pour faciliter la prise en soins de cette affection.
Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

L'étude est supervisée par mon directeur de Thèse le Dr SERAYET Philippe (Médecin généraliste à Remoulins) et le Département de Médecine Générale de la Faculté de médecine Montpellier-Nîmes.

Vous trouvez ci-joint nos coordonnées. Pour toutes questions, merci de me joindre en priorité.

Mademoiselle LEMONNIER Emilie, interne en Médecine générale.

[Données anonymisées pour mise en ligne]

Pourquoi les femmes abordent peu l'incontinence urinaire avec leur médecin généraliste ?

Merci de bien vouloir prendre le temps de lire ce document avant de confirmer votre participation.

Problématique :

L'incontinence urinaire chez la femme est une véritable pathologie, dont la prévalence est élevée et qui entraine des conséquences directes sur la qualité de vie. En effet, 1 femme sur 3 serait atteinte de fuite involontaire d'urine avec des répercussion sur la vie sociale, sexuelle et sur l'estime de soi.

Le sujet est peu abordé en médecine générale. Pour expliquer cela, plusieurs hypothèses peuvent être évoquées : les médecins eux même ne seraient pas à l'aise avec la pathologie, le sujet serait tabou à la fois pour le médecin et la patiente ou les femmes estiment qu'il s'agit d'un problème lié au vieillissement naturel contre lequel il n'y a pas de solution thérapeutique…

Quoi qu'il en soit, il est important de savoir comment les femmes vivent cette pathologie, pourquoi elles en parlent peu et comment elles aimeraient en parler avec leur médecin généraliste.

Déroulement de l'étude :

Il s'agit d'une étude dite qualitative par entretiens individuels. Les informations seront recueillies à l'aide d'un enregistrement audio avec un dictaphone. Avant de débuter cet entretien je répondrai à vos questions. Je solliciterai ensuite votre accord oralement. Une fois l'entretien terminé, je procèderai à une anonymisation des données et retranscription en texte puis synthèse du travail.

Votre participation :

L'objectif est de participer à un échange sur le sujet avec enregistrement audio. Interne en médecine, LEMONNIER Emilie, je vous poserai quelques questions ouvertes. L'entretien se

déroulera à l'endroit souhaité par la patiente. La durée de cet entretien sera d'environ 15 à 30 minutes. Vous pourrez l'arrêter sans justification à tout moment ou choisir de ne pas répondre à une question si vous ne le souhaitez pas.

Précautions particulières :

Les enregistrements seront détruits une fois la retranscription réalisée.

Traitement informatique des données personnelles :

Un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre l'analyse des résultats dans des conditions assurant leur confidentialité.

Vous disposerez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition quant à la transmission de vos données personnelles utilisées dans le cadre de cette étude.

Participation volontaire :

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et libre.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me lire et de votre précieuse coopération.

Si vous souhaitez participer à mon étude, il vous suffit de me contacter au [Données anonymisées pour mise en ligne] de me répondre par courrier électronique pour organiser une date d'entretien.

Annexe 3 : Grille COREQ (Traduction française appliquée à notre étude)

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion			
	Caractéristiques personnelles		
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Emilie LEMONNIER
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en 3ème année du DES de médecine générale
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Remplacements en cabinet de médecine générale
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Aucune expérience en recherche qualitative mais participation à des ateliers organisés au sein de la fac de médecine de Montpellier - Nîmes pour nous aider à appréhender au mieux nos recherches et analyses.

	Relations avec les participants		
6	Relations antérieures	Enquêteur et participants se connaissent-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui pour 3 participantes sur 15
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation par l'enquêteur oralement et/ou sur la fiche d'information donnée à la patiente en consultation ou par mail avant l'entretien ainsi qu'au début de l'entretien
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Pas de conflit d'intérêt. Intérêt pour le sujet de recherche.

Domaine 2 : Conception de l'étude			
	Cadre théorique		
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Etude qualitative avec analyse phénoménologique par théorisation ancrée
	Sélection des participants		
10	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Les 3 premiers entretiens par recrutement direct en consultation de médecine générale puis les suivants par effet boule de neige
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	En face à face en consultation pour les 3 premiers puis par appel téléphonique ou par mail en fonction des coordonnées laissées par les personnes qui m'ont conseillée ces femmes
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	15
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	0 refus 0 abandon
	Contexte		
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies	En cabinet de médecine générale et à mon domicile lorsque les entretiens ont été fait par téléphone.
15	Présence de non-participants	Y-avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non, uniquement l'enquêteur et le participant.
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Elles sont référencées dans le tableau 6.

	Recueil des données		
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide fourni par l'enquêteur avec quelques relances, testé au préalable avec ajout de questions au fur et à mesure pour apporter plus de précisions.
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés? Si oui, combien de fois ?	Non
19	Enregistrement audio / visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio via un dictaphone.
10	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne = 19 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, atteint à l'entretien 13 et complété par 2 entretiens supplémentaires
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et Résultats			
	Analyse des données		
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	1 : L'enquêteur
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données pour des énoncés phénoménologiques puis en catégories
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Microsoft Word
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
	Rédaction		
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui et identifiées à chaque fois.
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui

31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui avec une analyse phénoménologique et formation de catégories conceptualisantes
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 4 : Avis du comité d'éthique

Comité Ethique du CNGE
155 rue de Charonne 75011 PARIS
Courriel : comite-ethique@cnge.Fr
IRB00010804
Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 15 Octobre 2019,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude « Incontinence urinaire - femme - MG / pourquoi les femmes abordent elles peu l'incontinence urinaire avec leur MG ? »
AVIS 190919124

Le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de la recherche intitulée « Incontinence urinaire. Femme. Médecin généraliste. Pourquoi les femmes abordent peu l'incontinence urinaire avec leur médecin généraliste ».
Les membres du comité ont par ailleurs fait les remarques suivantes, qui sont transmises aux auteurs à visée informative :

- Dans le paragraphe 5.2., le fait de faire apparaitre un paragraphe sur le consentement des parents est à l'évidence inapproprié, alors que l'on s'adresse à des femmes majeures.
- L'usage des mots « freins », « réticences », le fait d'affirmer en préambule « les femmes abordent peu… » n'orient pas vers un recueil ouvert et vers une analyse non orientée des verbatims. Le comité incite les auteurs à revoir la lettre d'information.

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

SERMENT

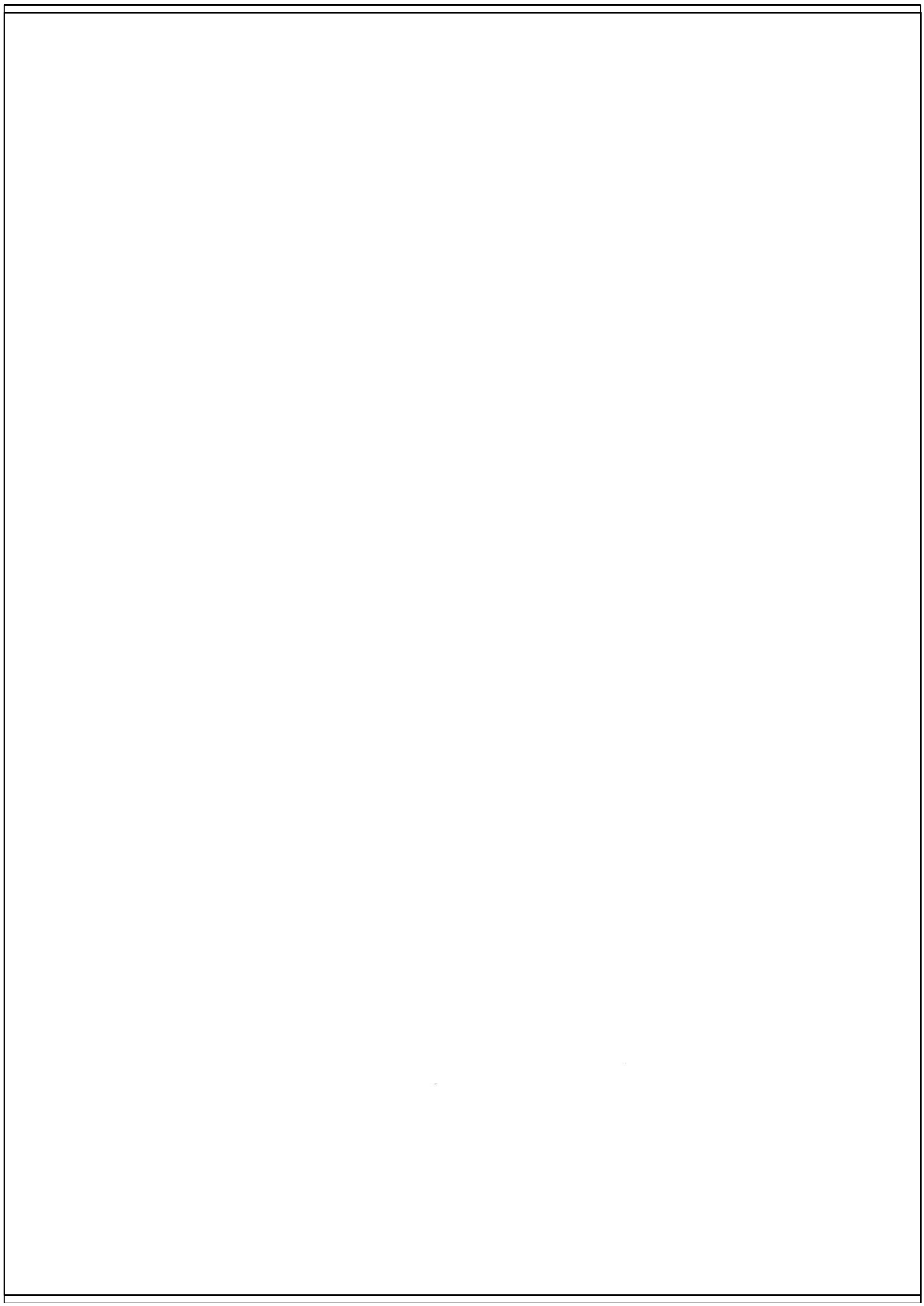
- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*



RESUME

Introduction : L'incontinence urinaire (IU), définie par l'ISC comme « la plainte de toute fuite involontaire d'urine » touche environ 1 femme sur 3 en France et la prévalence augmente avec l'âge. Cette pathologie a des répercussions délétères sur la qualité de vie des patientes, entrainant des complications physiques et psychiques. De plus, son poids financier n'est pas négligeable pour les patientes et l'Assurance Maladie. Ainsi, l'IU féminine est un réel problème de santé publique. Malgré ces répercussions majeures et les progrès thérapeutiques récents, le sujet reste peu abordé en consultation de médecine générale. L'objectif de cette thèse est d'identifier les freins à la prise en charge initiale de l'IU chez la femme adulte.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative avec analyse phénoménologique par théorisation ancrée. 15 femmes résidant en régions Haute Normandie et Occitanie ont été interrogés lors d'entretiens semi-dirigés entre Novembre 2019 et Juin 2020.

Résultats : Plusieurs freins à la prise en charge de l'IU féminine ont été mis en évidence. En premier lieu, le sujet reste tabou car il touche la sphère uro-génitale et donc l'intimité de la femme, mais aussi par crainte de la stigmatisation. L'absence de sensibilisation de la population générale concernant l'IU, s'associe à l'effet néfaste de certains médias pour renforcer le tabou. De plus, la majorité des femmes considère l'IU, notamment à l'effort, comme une conséquence physiologique de la grossesse et de la ménopause, ne nécessitant pas de traitement.
Afin d'améliorer la prise en soins de cette pathologie, les femmes insistent sur l'intérêt de la sensibilisation de la population par des campagnes d'informations, avec pour objectif de libérer la parole des patientes. Elles aimeraient aussi plus de prévention primaire. Le médecin doit lui avoir un rôle proactif en interrogeant ses patientes pour dépister l'IU.

Conclusion : Les obstacles pour aborder l'IU en consultation de médecine générale sont multiples, à la fois liés à la nature de la pathologie mais aussi au manque de connaissance des patientes et à la relation médecin-malade. L'information, ainsi que la prévention primaire et secondaire sont essentielles pour améliorer la prise en soins et doivent être développées.

Mots-clés : Incontinence urinaire – Femme – Médecine Générale – Dépistage – Prévention