

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2008

N° 16

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Gonzague DE BUCY

né le 8 juillet 1975 à Péronne

Présentée et soutenue publiquement le 12 septembre 2008

**ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET DE LA
PRATIQUE FACE À L'INCONTINENCE URINAIRE DU
SUJET AGÉ EN LOIRE-ATLANTIQUE :
ENQUÊTE AUPRÈS DE 33 MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

Président : Monsieur le Professeur Gilles BERRUT

Directeur de thèse : Madame le Dr Sophie FERREOL

ABREVIATIONS UTILISEES

AGGIR :	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Education à la Santé (=HAS)
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
BU :	Bandelette urinaire
BUD :	Bilan Uro-Dynamique
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRESIF :	Comité Régional d'Éducation pour la Santé d'Île-de-France
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECBU :	Examen Cyto-Bactériologique des Urines
EGS :	Evaluation Gériatrique Standardisée
HAS :	Haute Autorité de Santé (ex ANAES)
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
ICS :	Société Internationale de la Continence
IU :	Incontinence Urinaire
LPP :	Liste des Produits et Prestations remboursables par l'assurance maladie
SFGG :	Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
SIFUD :	Société Interdisciplinaire Francophone d'UroDynamique
SNIR :	Système National d'Information inter-Régimes
TOT :	Trans-Obturator Tape (bandelette vaginale posée par voie transobturatrice)
TVT :	Tension-free Vaginal Tape (bandelette vaginale à tension libre posée par voie rétro-pubienne)
URCAM :	Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	12
1. RAPPELS SUR L'INCONTINENCE URINAIRE DU SUJET AGE	14
1. 1. Rappels anatomiques	14
1. 2. Physiologie de la continence urinaire et effets du vieillissement	17
1. 2. 1. <i>Physiologie de la continence urinaire</i>	17
1. 2. 2. <i>Effets du vieillissement urinaire</i>	18
1. 3. Mécanismes physiopathologiques de l'IU du sujet âgé	20
1. 3. 1. <i>Incontinence urinaire transitoire</i>	20
1. 3. 2. <i>Incontinence urinaire chronique</i>	21
2. MATERIELS ET METHODE	23
2. 1. Objectifs de l'enquête	23
2. 2. Type d'enquête	23
2. 3. Choix de la population étudiée	23
2. 4. Méthode de recueil des données	24
2. 4. 1. <i>Le questionnaire</i>	24
2. 4. 1. 1. <i>Elaboration du questionnaire</i>	
2. 4. 1. 2. <i>Types de données recueillies</i>	
2. 4. 1. 2. 1. <i>Variables qualitatives</i>	
2. 4. 1. 2. 2. <i>Variables quantitatives</i>	
2. 4. 1. 3. <i>Test du questionnaire sous la forme de pré-entretiens</i>	
2. 4. 2. <i>Sources de données, l'entretien</i>	27
2. 4. 2. 1. <i>Sollicitation des médecins par un courrier postal</i>	
2. 4. 2. 2. <i>Fixation du rendez-vous à l'aide d'un contact téléphonique</i>	

2. 4. 2. 3. Conception de l'entretien	
2. 4. 2. 4. Déroulement de l'entretien	
2. 5. Méthode d'analyse des données	29
3. RESULTATS	30
3. 1. Population à l'étude	30
3. 1. 1. <i>Nombre de médecins interrogés</i>	30
3. 1. 2. <i>Répartition géographique des médecins</i>	30
3. 1. 3. <i>Âge et sexe des médecins</i>	31
3. 1. 4. <i>Expérience professionnelle</i>	32
3. 1. 4. 1. Durée d'exercice	
3. 1. 4. 2. Formation spécifique en gériatrie	
3. 1. 4. 3. Pourcentage des patients de plus de 70 ans dans la patientèle	
3. 2. Les non répondants	33
3. 2. 1. <i>Nombre de refus</i>	33
3. 2. 2. <i>Répartition géographique</i>	33
3. 2. 3. <i>Refus et répartition des sexes</i>	34
3. 2. 4. <i>Causes de refus citées par les médecins</i>	34
3. 3. Etat des lieux des connaissances des médecins	35
3. 3. 1. <i>Prévalence de l'IU chez le sujet âgé de plus de 65 ans à domicile</i>	35
3. 3. 2. <i>Facteurs précipitants de l'incontinence urinaire</i>	36
3. 3. 2. 1. Les connaissent-ils ?	
3. 3. 2. 2. Connaissance des médicaments pouvant influencer sur l'équilibre vésico-sphinctérien	
3. 3. 3. <i>Premier examen complémentaire à effectuer à la découverte d'une IU</i>	40
3. 3. 4. <i>Les différents types d'incontinence urinaire</i>	41
3. 3. 5. <i>Traitements médicamenteux de l'IU</i>	42
3. 3. 5. 1. Précautions d'emploi de l'oxybutynine	
3. 3. 5. 2. Effets indésirables de l'oxybutynine	
3. 3. 5. 3. Commentaires des médecins face à la prescription d'oxybutynine	
3. 4. Etat des lieux de la pratique des médecins face à l'IU du sujet âgé	44

3. 4. 1. <i>Le dépistage de l'IU par les médecins</i>	44
3. 4. 2. <i>Fréquence de nouvelles prises en charge d'IU par mois</i>	45
3. 4. 3. <i>Circonstance et fréquence de prises en charge de l'IU</i>	45
3. 4. 4. <i>Recherche des facteurs favorisants</i>	46
3. 4. 5. <i>Le bilan urodynamique et la consultation spécialisée</i>	47
3. 5. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de IU du sujet âgé	48
3. 6. Formations et aides possibles	51
3. 6. 1. <i>Besoins de formations</i>	51
3. 6. 1. 1. <i>Autoévaluation des médecins</i>	
3. 6. 1. 2. <i>Quelles formations ?</i>	
3. 6. 2. <i>Consultation gériatrique spécialisée sur l'IU</i>	51
4. DISCUSSION	52
4. 1. Intérêt de l'étude	52
4. 2. Commentaires sur la méthode	52
4. 2. 1. <i>Aspects positifs de la méthode</i>	52
4. 2. 1. 1. <i>Intérêt de l'entretien semi dirigé</i>	
4. 2. 1. 2. <i>Intégrité des réponses par l'enregistrement</i>	
4. 2. 1. 3. <i>Rencontre conviviale des médecins dans leur cabinet</i>	
4. 2. 2. <i>Aspects négatifs de la méthode</i>	53
4. 2. 2. 1. <i>Questionnaire regroupant trop d'items et compliquant donc l'exploitation des données</i>	
4. 2. 2. 2. <i>Certains aspects des connaissances et la prise en charge de l'IU n'ont pas été abordés</i>	
4. 2. 2. 3. <i>Méthode chronophage</i>	
4. 2. 2. 4. <i>Nécessité d'avoir de la persévérance et de l'humilité devant les refus d'entretien</i>	
4. 2. 3. <i>Biais</i>	55
4. 2. 3. 1. <i>Absence de biais de sélection</i>	
4. 2. 3. 2. <i>Présence de biais de mesure</i>	
4. 2. 3. 3. <i>Biais d'analyse</i>	

4. 2. 4. <i>Améliorations possibles de l'enquête par rapport aux difficultés rencontrées</i>	57
4. 3. Populations médicales urbaine et rurale peu différenciables	57
4. 4. Etat des lieux des connaissances théoriques des médecins généralistes.	58
4. 4. 1. <i>Méconnaissance des différents types d'IU</i>	58
4. 4. 2. <i>Méconnaissance des facteurs précipitants</i>	58
4. 4. 3. <i>La BU et/ou l'ECBU est l'examen de premier choix pour ¾ des médecins devant une IU récente</i>	60
4. 4. 4. <i>Méconnaissance de l'influence des traitements sur l'équilibre vésicosphinctérien</i>	60
4. 4. 5. <i>Méconnaissance de l'Evaluation Gériatrique Standardisée</i>	60
4. 4. 6. <i>Méconnaissance des précautions d'emploi et des effets indésirables de l'oxybutynine</i>	61
4. 5. Etat des lieux de la pratique des médecins face à l'IU du sujet âgé	63
4. 5. 1. <i>Les médecins manquent d'un raisonnement structuré pour faire face à l'IU du sujet âgé</i>	63
4. 5. 1. 1. Recherche partielle des facteurs précipitants une IU	
4. 5. 1. 2. Le BUD et la consultation spécialisée (Uro ou gynéco) demandés de façon courante	
4. 5. 2. <i>Il existe un défaut de prise en charge globale de l'IU du sujet âgé</i> ...	65
4. 5. 2. 1. Une seule nouvelle prise en charge d'IU du sujet âgé par médecin et par mois	
4. 5. 2. 2. Le patient âgé quand il s'en plaint n'est pas toujours traité	
4. 6. Pourquoi y a-t-il des déficits dans les connaissances et la pratique des médecins généralistes face à l'IU du sujet âgé	67
4. 6. 1. <i>La population médicale s'estime et est peu ou mal formée</i>	67
4. 6. 2. <i>L'IU du sujet âgé est considérée comme un vaste problème culturel</i> ..	68
4. 6. 2. 1. Le patient n'en parle pas ou ne veut pas en parler	
4. 6. 2. 2. Les médecins généralistes n'en parlent pas, c'est tabou	
4. 6. 2. 3. Le sujet âgé ne veut pas qu'on l'examine et le médecin n'examine pas ou peu	
4. 6. 2. 4. Le médecin, par fatalité, ne prend pas en charge l'IU du sujet âgé	
4. 6. 3. <i>Doute des médecins sur l'efficacité des thérapeutiques chez le sujet âgé</i>	71
4. 6. 4. <i>Problème du coût des traitements palliatifs</i>	72

4. 6. 5. <i>Le patient (et/ou sa famille) n'est pas motivé(e) ou ne comprend pas les traitements</i>	73
4. 6. 6. <i>La consultation et la prise en charge de l'IU prennent trop de temps</i>	73
4. 7. Proposition d'aides peu plébiscitée !	74
4. 7. 1. <i>Acceptation d'une formation chez un médecin sur deux seulement ...</i>	74
4. 7. 2. <i>Réticence à une consultation gériatrique spécialisée sur l'IU</i>	74
CONCLUSION	75
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77
ANNEXES	80
Annexe n° 1 : Le questionnaire proposé lors de l'entretien	80
Annexe n° 2 : Courrier de sollicitation	84
Annexe n°3 : Retranscription écrite des entretiens des médecins généralistes interrogés	85
Annexes n° 4 à 24 : Résultats exhaustifs	122
Annexe n° 25 : Algorithme de raisonnement face à une IU récente du sujet âgé	136
Annexe n° 26 : Algorithme décisionnel devant une IU du sujet âgé en vue d'examens complémentaires	137
Annexes n° 27 a et b : Proposition d'une brochure sur l'IU du sujet âgé en médecine générale	138

INTRODUCTION

Chaque année, l'espérance de vie des Français augmente (en 2006 : 84,1 ans chez la femme et 77,2 ans chez les hommes)¹; La population âgée est en croissance continue. Nous vivons plus vieux et en meilleure santé.²

Malgré cela, ces chiffres élevés ne doivent pas masquer la fragilité de certaines personnes âgées atteintes de maladies chroniques ou invalidantes susceptibles de devenir rapidement dépendantes. L'âge d'entrée dans la dépendance s'élève. 50% des personnes les plus dépendantes ont plus de 85 ans³.

Ainsi avec l'avancée de l'âge et la survenue de multiples pathologies, conserver son indépendance et une vie sociale représente l'objectif principal du maintien de la qualité de la vie.

L'incontinence urinaire est un problème majeur affectant les personnes âgées dans leur vie quotidienne et constitue un réel facteur de fragilité. La Société Internationale de la Continence (ICS) définit l'incontinence urinaire comme une perte involontaire d'urine objectivement retrouvée, et entraînant une gêne sociale ou un problème d'hygiène⁴.

Il est difficile d'évaluer avec précision la prévalence de l'incontinence urinaire en raison des problèmes méthodologiques rencontrés pour comparer les différentes études épidémiologiques réalisées : définitions variables de l'incontinence ; nature variée des populations étudiées (patients en ambulatoires ou institutionnalisés) ; âge et sexe de la population concernée par l'enquête ; type d'entretien (auto questionnaire ou interrogatoire réalisé par le médecin, l'infirmière, ou des non professionnels de la santé voire par l'entourage). Ainsi la prévalence de l'incontinence urinaire chez les sujets âgés de plus de 60 ans non institutionnalisés varie en fonction des études entre 9 et 57 % avec une augmentation progressive avec l'âge^{1, 5, 6}. Elle atteint environ 10 % des sujets âgés de 70 à 75 ans et un quart des sujets après 85 ans⁷. La prévalence est plus élevée chez la femme que chez l'homme chez des personnes âgées non institutionnalisées de plus de 60 ans. Elle est fortement liée au déclin cognitif. Ainsi, 90% des déments avérés sont incontinents⁷.

L'IU est une pathologie qui ne menace pas directement le pronostic vital mais qui est surtout considérée comme honteuse et/ou inéluctable. En raison du tabou qui règne autour de l'incontinence urinaire, beaucoup de personnes hésitent à consulter et se privent donc de l'aide et des traitements qui pourraient leur être proposés.

Lorsque l'IU n'est pas traitée, elle altère la qualité de la vie et est donc un facteur d'isolement social. La personne âgée a tendance à ne plus sortir de chez elle. Lorsque la gêne devient importante, les risques de dépression et d'anxiété sont accrus. L'IU devient un handicap qui limite les activités physiques et qui augmente le risque de chute. Elle est étroitement associée à la dépendance⁸. En effet, l'IU de la personne âgée est un des facteurs décisifs d'institutionnalisation. La prévalence estimée de l'IU se situe entre 50 et 70 % des sujets âgés vivant en institution⁷.

Enfin les conséquences financières ne sont pas négligeables. Un traitement palliatif avec des changes peut aller par personne jusqu'à 150 € par jour, sans compter les coûts du personnel correspondant au temps soignant passé auprès du patient incontinent (accompagnement aux toilettes, change, soins d'hygiène, changement des draps...)⁹.

Les exigences de confort à tout âge, l'amélioration globale des soins, la prise de conscience des conséquences de l'IU chez le sujet âgé et la vulgarisation dans les magazines pour grand public a permis ces dernières années d'accroître l'intérêt de tous les acteurs de soins envers cette pathologie alors qu'elle était considérée comme un symptôme négligeable. Selon les recommandations de prise en charge de l'incontinence urinaire établies tant au niveau français par la Haute Autorité de Santé¹⁰ qu'au niveau international sous l'égide de l'OMS¹¹ notamment, le médecin généraliste doit être le premier acteur de la prise en charge.

Le médecin généraliste porte-t-il vraiment un intérêt envers l'IU du sujet âgé ? A-t-il des connaissances suffisantes pour effectuer une bonne prise en charge de la pathologie ? Qu'en est-il de sa pratique ?

Nous essayerons de dresser un état des lieux sur les connaissances des médecins et leurs pratiques en fonction des recommandations scientifiques et des données de la littérature en mettant en évidence les difficultés rencontrées vis-à-vis de l'IU du sujet âgé afin de proposer des axes d'amélioration de la pratique quotidienne.

1. RAPPELS SUR L'INCONTINENCE URINAIRE DU SUJET AGE

1. 1. Rappels anatomiques ¹²

Le réservoir :

La vessie est un organe creux musculo-membraneux qui reçoit de façon continue l'urine éjaculée par les uretères à un débit variable suivant les ingestas liquidiens. Au cours du remplissage, la vessie joue le rôle d'un réservoir s'adaptant progressivement à son contenu : la pression intravésicale reste basse. Le rôle actif de relaxation est dû à la paroi musculaire lisse de la vessie (le détrusor).

La paroi vésicale est composée de trois tuniques qui sont de l'intérieur vers l'extérieur :

- la muqueuse tapissée d'un épithélium
- la musculuse ou détrusor, en trois couches de fibres musculaires lisses (longitudinale interne, circulaire moyenne, longitudinale externe)
- l'adventice, tunique externe ou conjonctive.

Au moment de la miction, le détrusor (seul muscle lisse sous commande volontaire habituelle) se contracte pour vider la vessie. La base de la vessie ou trigone -habituellement plate- dont les bords sont relevés par la contraction du détrusor, devient canalaire, permettant l'évacuation de l'urine par le col.

Les vannes :

-Le col vésical :

Les fibres musculaires lisses du détrusor convergent pour former à la base de la vessie le col vésical autour de l'orifice uréthrale. Cet orifice est cravaté par l'anse du détrusor issue des fibres musculaires de la longitudinale externe. Le remplissage vésical déclenche la fermeture du col par l'anse du détrusor par stimulation alpha-sympathique.

- Le sphincter lisse de l'urèthre :

Le canal de l'urèthre mesure environ 3 à 4 cm chez la femme, environ 15 cm chez l'homme. Sa paroi est composée d'une muqueuse plissée, d'une musculuse lisse disposée en deux couches : longitudinale interne et circulaire externe. Son diamètre est d'environ 7 mm en moyenne.

Cette musculature joue un rôle occlusif passif par la pression intraluminaire qu'elle induit. C'est le sphincter lisse de l'urètre. Cette zone sphinctérienne chez l'homme ne s'étend que sur 4,5 à 5 cm à la sortie de la vessie et ne concerne pas l'urètre pénien.

Le sphincter lisse voit son tonus augmenter au cours du remplissage vésical par effet alpha sympathique.

- *Le sphincter strié :*

Il double extérieurement le sphincter lisse : chez la femme sur toute la longueur de l'urètre (mais ne l'entoure complètement que dans son tiers moyen). Chez l'homme il entoure complètement l'urètre membraneux en dessous du veru montanum, ses fibres latérales et postérieures entourant la prostate (cf. fig. 1 et 2).

Système d'amarrage et de soutien :

La vessie est amarrée en avant par le fascia ombilico-prévésical, l'ouraque, les ligaments pubo-vésicaux, en arrière :

- chez la femme, par les ligaments postérieurs (vésico-vaginaux) au vagin et à l'utérus,
- chez l'homme, par l'aponévrose prostatopéritonéale et les ligaments postérieurs de la vessie (encore appelés replis uréthro-vésicaux), en dessous, la base de la vessie (zone du trigone est amarrée au plancher pelvien par les structures péricervicales).

La vessie est donc solidaire du périnée.

L'urètre est attaché en avant, par les ligaments pubo-uréthro postérieurs, qui le maintiennent de telle sorte qu'il forme avec la vessie un angle uréthro-vésical postérieur de 110°; en arrière, à la paroi vaginale antérieure chez la femme (cf. fig. 3), à la prostate chez l'homme (cf. fig. 1); latéralement, au plancher périnéal (solidaire du releveur de l'anus) (cf. fig. 2). L'axe de l'urètre forme avec la verticale un angle inférieur à 45°. Cet angle et l'angle uréthro-vésical postérieur jouent un rôle dans le maintien de la continence.

La statique vésico-urétrale dépend essentiellement de l'intégrité du périnée (en particulier du noyau fibreux) et de la tonicité des éléments du plancher pelvien.

Fig. 1 : Anatomie de l'appareil vésico-sphinctérien chez l'homme

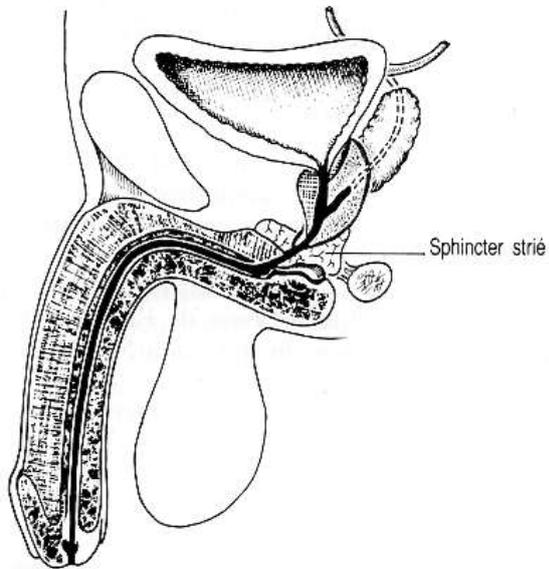


Fig. 2 : Les verrous de la vessie

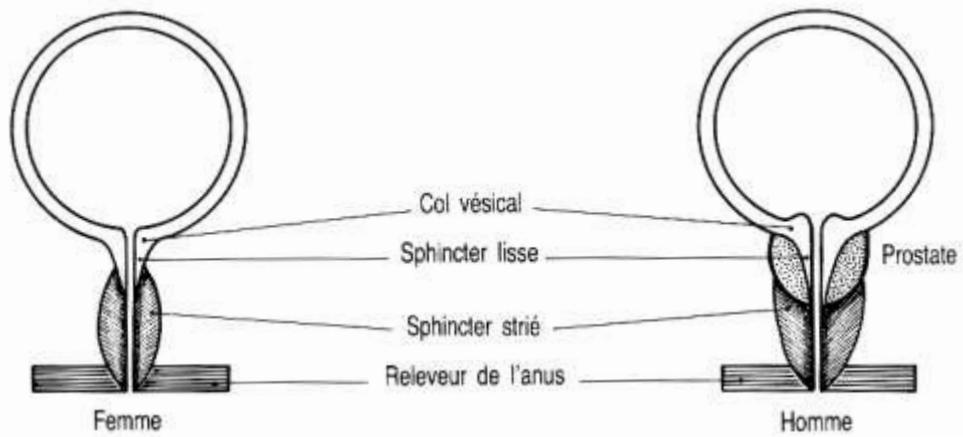
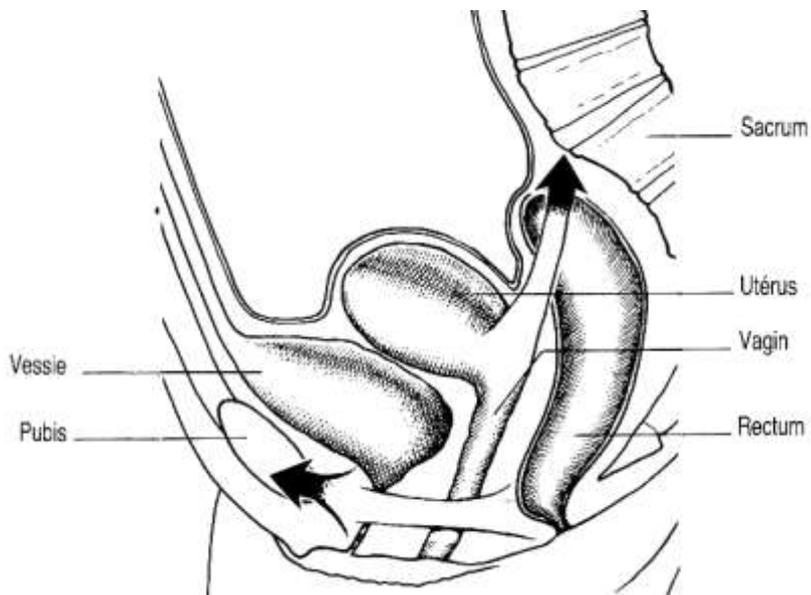


Fig. 3 : Le système de soutien chez la femme

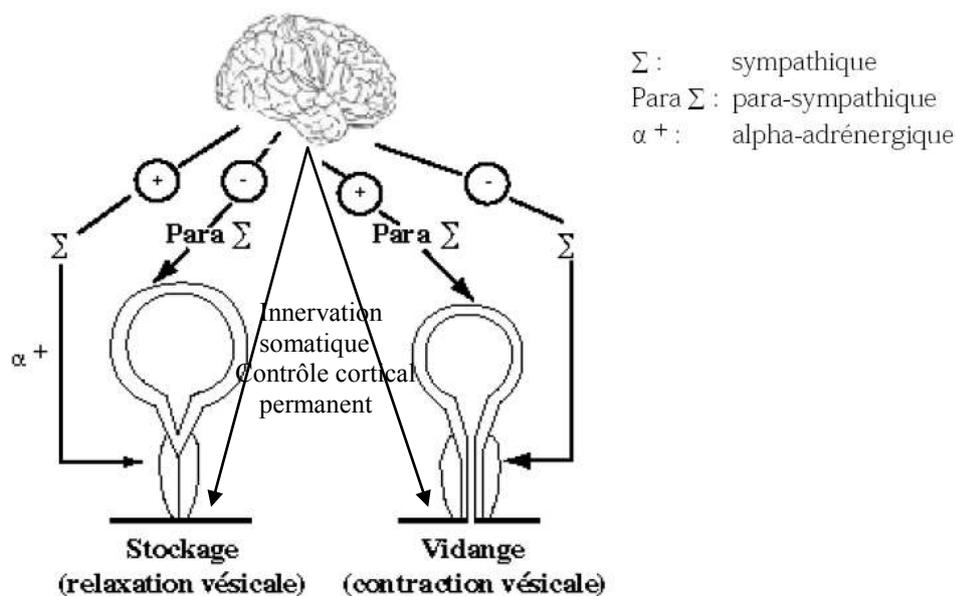


1. 2. Physiologie de la continence urinaire et effet du vieillissement ⁷

1. 2. 1. Physiologie de la continence urinaire

La continence urinaire nécessite l'intégrité d'un système de réservoir musculaire distensible et compliant (la vessie), d'un appareil résistif sphinctérien (associant les sphincter lisse et strié), d'un système de soutien (le périnée). La vessie et son système sphinctérien sont compris dans l'ensemble de pression abdominale. Lors d'une augmentation de la pression abdominale, la poussée de pression s'exerce aussi sur le sphincter et empêche les fuites. Le fonctionnement de cet appareil vésico-sphinctérien est coordonné par le système nerveux central et périphérique.

Fig. 4 : Le contrôle nerveux de l'appareil vésico-sphinctérien ⁷



Lors du remplissage vésical, le système parasymphatique est inhibé, ce qui empêche la contraction du détrusor et le système sympathique est activé, ce qui entraîne la contraction du sphincter lisse. La distension progressive du muscle vésical entraîne la sensation de besoins arbitrairement dénommés B1 ou premier besoin (pour 100 cc environ), B2, besoin normal (pour 250 cc environ) et B3 ou besoin impérieux (au delà de 350 cc environ). La miction fait suite à une sensation de besoin. Elle nécessite une contraction vésicale (récepteur bêta adrénergiques du détrusor) et un relâchement des sphincters lisse (récepteurs alpha adrénergiques) et strié (volontaire). Une miction normale doit permettre l'évacuation complète d'urine sans résidu post-mictionnel. Le contrôle neurologique de la continence nécessite l'intégrité du système nerveux central et des nerfs périphériques.

1. 2. 2. Effets du vieillissement urinaire ^{7, 12, 13}

Le vieillissement de l'appareil vésico-sphinctérien se fait à plusieurs niveaux :

Vieillessement vésical :

Avec l'âge, l'appareil vésical subit de nombreuses modifications. La capacité vésicale se réduit. Le taux de collagène augmente et les fibres musculaires diminuent, entraînant une réduction des capacités mécaniques du détrusor. Le nombre de récepteurs parasympathiques augmente par rapport aux récepteurs sympathiques déséquilibrant le système et entraînant des contractions vésicales accidentelles. Il apparaît des phénomènes de dépolarisation en tache d'huile favorisant l'hyperactivité vésicale. Ainsi chez le sujet âgé, les modifications neurologiques sont très fréquentes, on observe une diminution voire une disparition de B1 ce qui a pour conséquence un volume de sécurité diminué entre le premier besoin et le besoin urgent.

De plus, une réduction de l'élasticité vésicale provoque souvent l'apparition d'un résidu post- mictionnel.

Vieillessement urétral et sphinctérien :

Le vieillissement urétral se traduit par une diminution de calibre et de longueur de l'urètre avec un enfouissement du méat. L'urètre devient plus rigide participant à l'altération du système de transmission des pressions.

Le tonus sphinctérien lisse et strié ainsi que la force de contraction des muscles du plancher pelvien diminuent avec l'âge (parallèlement à tous les autres muscles).

Chez la femme, la carence hormonale est responsable d'un affaiblissement de la musculature striée pelvienne entraînant ainsi une insuffisance sphinctérienne avec moindre résistance à l'effort.

Chez l'homme, l'hypertrophie prostatique s'accompagne souvent d'une hyperactivité vésicale ou d'une hypertonie urétrale.

Vieillesse rénale :

Une diminution des sécrétions de l'hormone antidiurétique ainsi qu'une diminution du nombre des néphrons (conduisant à une réduction des capacités tubulaires de concentrations des urines et favorisant donc des urines moins concentrées) sont responsables d'une nycturie (augmentation du volume de diurèse la nuit).

Vieillesse du système d'amarrage et de soutien :

La faiblesse musculaire du plancher pelvien, acquise avec l'âge, peut modifier les rapports anatomiques et altérer le mécanisme de transmission des pressions qui devient moins fiable chez l'homme comme chez la femme. Chez la femme, les lésions obstétricales, auxquelles s'ajoute plus tard l'atrophie post ménopausique constituent des prolapsus.

Vieillesse neurologique :

Chez le sujet âgé, contrairement à l'adulte jeune, on assiste à un déséquilibre des systèmes sympathique et parasympathique en faveur du système parasympathique : la vessie devient hyperactive. De même, un déficit des voies afférentes avec diminution du nombre de mécanorécepteurs vésicaux est observé. Une baisse de la qualité du contrôle inhibiteur du détrusor assuré par les structures sous-corticales du cerveau contribue aussi aux contractions vésicales accidentelles. Il est également à noter que l'âge contribue à une diminution du contrôle cortical conduisant à des syndromes démentiels. Ainsi toute baisse passagère ou définitive de l'efficacité cérébrale pourra –en venant s'ajouter aux faiblesses physiologiques décrites plus haut – précipiter le sujet âgé dans l'incontinence par mauvais contrôle nerveux vésical.

Le sujet âgé est physiologiquement plus exposé que le sujet jeune au risque d'incontinence. Ce qui explique la grande fréquence de cette maladie avec l'avance de l'âge.

1. 3. Mécanismes physiopathologiques de l'IU du sujet âgé^{7, 12, 13}

L'incontinence urinaire a des causes multiples et intriquées.

1. 3. 1. Incontinence urinaire transitoire

L'incontinence urinaire transitoire, en rapport avec une circonstance étiologique aiguë, est le plus souvent réversible. Négligée et non traitée à temps, elle risque de devenir chronique. L'incontinence urinaire, quel que soit son stade, mérite toujours une prise en charge active. Erreur à ne pas commettre : mettre des couches au patients âgés dès qu'apparaît une incontinence. Cette façon d'agir est un court-circuit intellectuel, nocif pour le patient. Ce geste ne peut qu'aggraver l'incontinence et la rendre définitive. Autre erreur à ne pas commettre : placer une sonde urinaire.

Les facteurs pouvant entraîner une incontinence transitoire (si elle est prise en charge) sont appelés « facteurs précipitants » de l'incontinence.

Facteurs écologiques ou environnementaux :

- Perte de mobilité (douleur, essoufflement, hypotension orthostatique...)
- Modification récente de l'environnement (hospitalisation, changement d'environnement entraînant une non connaissance des lieux, toilettes non repérées dans un nouveau lieu de séjour...)
- Environnement inadapté (barres au lit la nuit, toilettes trop lointaines ou inaccessibles avec un déambulateur, retard du personnel soignant à l'appel de la sonnette...)

Facteur d'affaiblissement du contrôle nerveux de la continence :

- délire ou état confusionnel, dépression
- iatrogénie par la prescription récente de médicaments : psychotropes, atropiniques, inhibiteurs calciques, diurétiques etc. (cf. tableau 1) ou des erreurs hygiéno-diététiques.
- Désordre métabolique (hypoxie, déshydratation, hypo- ou hyperglycémie)

Tableau n° 1 : Effets des médicaments sur l'équilibre vésico-sphinctérien ^{12, 14}

Favorisent la rétention urinaire	Par diminution de la vigilance	Neuroleptiques Antidépresseurs Sédatifs Barbituriques Benzodiazépines Morphiniques (et par spasme du sphincter strié)
	Par effet atropinique (diminue la contractilité des fibres musculaires lisses)	Anticholinergiques (mais aussi constipation, et confusion mentale) Antidépresseurs tricycliques Antihistaminiques Antiparkinsoniens Antiarythmiques (disopyramide : Rythmodan®) Antispasmodiques Opiacés Antidiarrhéiques Vincristine
	Par effet indirect	Inhibiteurs calciques (en diminuant la contraction du détrusor)
	Par effet direct	Alpha stimulants (Olmifon®, Gutron®)
Favorisent la miction	En facilitant l'ouverture du col vésical et du sphincter	Alpha bloquants (incontinence d'effort)
	Par action directe sur les fibres musculaires	Bêta bloquant (contribue aussi à une hyperactivité vésicale par contraction accrue du détrusor) Valium®, Liorésal®
	Par augmentation de la fréquence mictionnelle	Diurétiques (en augmentant la diurèse et donc créant un remplissage brutale de la vessie) Caféine Théine Chocolat (théobromine)

Facteurs d'irritation vésicale

Ces Facteurs irritent les voies para sympathique et sympathique qui vont alors entraîner une instabilité vésicale ou une rétention d'urine :

- fécalome
- ablation récente de sonde à demeure
- escarres sacrées
- fissures anales
- sciatique
- traumatisme du bassin
- infection urinaire
- lithiases vésicales,
- hémorroïdes
- ongle incarné
- anesthésie péridurale
- fracture du col du fémur

1. 3. 2. Incontinence urinaire chronique

On décrit différents types d'incontinence urinaire chronique qui sont plus ou moins intriqués :

L'incontinence par rétention chronique d'urine ou « les mictions par regorgement » :

Il existe un résidu post-mictionnel rompant l'équilibre miction/rétention. Sur le plan clinique, la vessie est palpable et percutable. La courbe débitmétrique est abaissée et indique soit l'existence d'un obstacle soit une faible contractilité du détrusor. Les causes sont généralement en dehors des facteurs précipitants un obstacle ou une atonie du détrusor.

L'instabilité vésicale ou hyperactivité vésicale ou encore impériosité mictionnelle :

C'est le type le plus fréquent chez le sujet âgé (>70% des incontinenances) et le plus invalidant dans la vie quotidienne. C'est la conséquence de contractions prématurées du détrusor. Elle est caractérisée par des contractions vésicales durant la phase de remplissage (détectable au bilan urodynamique) que le patient ne peut inhiber : les fuites sont abondantes et entraînent un réel problème d'hygiène.

L'incontinence urinaire d'effort ou incontinence sphinctérienne :

L'incontinence urinaire d'effort représente environ 30 % des cas d'incontinence des personnes âgées. Elle est rarement pure, généralement associée à une hyperactivité vésicale. Elle se définit comme la fuite involontaire de petites quantités d'urine lorsqu'une personne éternue, tousse, rit ou soulève des objets lourds, change de position. L'incontinence urinaire à l'effort est due à une déficience périnéale notamment à la perte de soutien de l'urètre et du col vésical (provoquant une hypermobilité de ces structures) mais elle peut aussi être causée par une insuffisance sphinctérienne ou par des lésions neurologiques.

2. MATERIELS ET METHODE

2.1. Objectifs de l'enquête

Objectif principal :

- Dresser un état des lieux sur les connaissances des médecins généralistes de Loire-Atlantique et leur pratique en fonction des recommandations scientifiques et des données de la littérature.

Objectifs secondaires :

- Proposer des pistes d'amélioration au niveau des connaissances et de la pratique des médecins en vue d'une meilleure prise en charge de l'incontinent urinaire âgé.

2. 2. Type d'enquête

Nature

L'étude est une enquête épidémiologique qualitative et quantitative descriptive transversale.

Date de l'enquête

Elle a débuté le 14 mars 2007, début des pré-tests. Le recueil de données s'est déroulé du 23 avril (premier entretien) au 15 juin 2007 (dernier entretien).

2. 3 Choix de la population étudiée

Dans notre étude, le nombre souhaité de médecins généralistes à interroger a été fixé à trente minimum.

Critère d'inclusion :

La sélection des médecins généralistes a été réalisée à partir des données du fichier ADELI fournies par la D.D.A.S.S. (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) de Loire-Atlantique. Nous avons ainsi pu disposer d'une liste de tous les médecins généralistes installés de Loire-Atlantique (c'est-à-dire détenteurs d'une thèse de médecine générale et inscrits à l'ordre des médecins) avec un classement par ordre alphabétique numéroté sur fichier « Excel ». Ainsi chaque médecin de la liste a été affilié à un numéro allant de 1 à 1218.

Au 8 février 2007, la Loire-Atlantique comptait 1218 médecins généralistes diplômés inscrits à l'ordre et installés. Le tirage au sort s'est effectué par une calculatrice en utilisant la touche « rand ». En faisant : « 1 + rand (1218) » nous avons obtenu un nombre tiré au hasard entre 1 et 1218 associé d'une virgule et des décimales. Nous avons éliminé les décimales et gardé le nombre entier qui correspondait à un médecin généraliste de la liste fournie. Une première liste brute de médecins comprenant les médecins urbains et ruraux a donc été obtenue : environ un soixantaine de médecins dans l'hypothèse d'un refus ou d'impossibilité de rendez vous.

Critère d'exclusion :

N'ont pas été sélectionnés les médecins généralistes ne pratiquant pas la « médecine de famille » (Mésothérapeute, Angiologue, Ostéopathe, Acupuncteur, Urgentiste (SOS-médecin)) c'est-à-dire ayant une spécialité non renseignée par le fichier ADELI et ceci grâce à l'annuaire téléphonique « Pages Jaunes ».

Différenciation ville campagne :

Enfin, nous avons séparé la médecine de ville et la médecine de campagne. Les médecins ruraux sont considérés comme tels si la commune fait moins de 5000 habitants, hors agglomération.

2. 4. Méthode de recueil des données

2. 4. 1. Le questionnaire

2. 4. 1. 1. Elaboration du questionnaire

L'enquête a été réalisée à partir d'un questionnaire composé de questions directives, de questions à choix multiples, de questions semi ouvertes et de questions ouvertes.¹⁵

(Questionnaire cf. annexe n° 1)

Les questions ont été élaborées en vue d'apprécier les connaissances théoriques, l'expérience et la pratique du médecin généraliste.

2. 4. 1. 2. Types de données recueillies

2. 4. 1. 2. 1. Variables qualitatives

- Age du médecin,
- Sexe,
- Lieu d'exercice,
- Formation en gériatrie,
- Connaissance de la prévalence de l'IU du sujet âgé de plus de 65 ans à domicile par QCM,
- Connaissance du premier examen complémentaire à faire devant la découverte d'un IU du sujet âgé par une question fermée,
- Connaissance des traitements médicamenteux pouvant influencer sur l'équilibre vésico-sphinctérien et leur mécanisme d'action par une question semi ouverte à partir d'une liste de médicaments proposés,
- Connaissance des facteurs précipitants de l'IU par une question semi ouverte,
- Connaissance des précautions à prendre lors de la prescription de l'Oxybutynine chez le sujet âgé par une question semi ouverte,
- Connaissance des effets indésirables de l'oxybutynine par une question semi ouverte,
- Connaissance des trois types principaux d'IU et leur mécanisme physiopathologique par une question semi ouverte
- Auto estimation de leur connaissance sur l'IU du sujet âgé par QCM,
- Evaluation du besoin d'une formation et laquelle (FMC, brochure) par QCM,
- Evaluation du besoin d'une consultation gériatrique spécialisée sur l'IU du sujet âgé (QCM),
- Connaissance des difficultés que rencontre le généraliste face à l'IU du sujet âgé par une question semi ouverte.

2. 4. 1. 2. 2. Variables quantitatives

- Proportion de plus de 70 ans dans la patientèle
- Fréquence de dépistage de l'IU du sujet âgé dans les situations cliniques suivantes (lors d'une évaluation gériatrique standardisée, lors de l'existence de pathologies pouvant entraîner l'apparition d'une IU, lors d'un bilan de chute, lors d'un bilan d'un état dépressif) par QCM,
- Fréquence de prise en charge de l'IU dans les situations cliniques suivantes (lorsque la gêne est exprimée par le patient, lorsque la gêne est exprimée par la famille ou l'entourage, à l'occasion d'un autre motif de consultation pouvant entraîner un IU) par QCM,
- Le nombre de nouvelles prises en charge d'IU par le généraliste chez le sujet âgé (question fermée),
- Fréquence d'évaluation de la mobilité du patient devant une IU par QCM,
- Fréquence de réévaluation de l'environnement devant une IU par QCM,
- Fréquence de dépistage d'une infection urinaire devant une IU par QCM,
- Fréquence de recherche d'un trouble du transit à type de constipation devant une IU par QCM,
- Fréquence de demande d'un bilan urodynamique devant une IU par QCM,
- Fréquence de demande d'une consultation spécialisée (gynécologique ou urologique) devant une IU par QCM,

2. 4. 1. 3. Test du questionnaire sous la forme de pré-entretiens :

Nous avons réalisés deux pré entretiens auprès de deux médecins généralistes.

Le but était de tester :

- la faisabilité du questionnaire. Il s'agissait de revoir certaines questions mal rédigées ou ambiguës ainsi que leur ordre,
- la mise en application du concept d'entretien semi directif non expérimenté auparavant de façon à être plus opérationnel lors des entretiens suivants,
- le respect des temps prévus à l'entretien afin de ne pas déborder sur le temps de consultation, soit au maximum vingt minutes,
- le matériel d'enregistrement.

2. 4. 2. Sources de données, l'entretien :

Une fois le questionnaire rédigé, il a été proposé à un panel de médecins généralistes de Loire-Atlantique tirés au sort sous la forme d'un entretien semi dirigé, enregistré au cabinet du médecin.

2. 4. 2. 1. Sollicitation des médecins par un courrier postal

Selon Bourgault ¹⁶: « Le but de la sollicitation est de convaincre la personne approchée de vous accorder l'entretien, cela malgré que ce sujet ne lui soit pas d'un grand intérêt professionnel ou personnel, malgré un emploi du temps trop chargé, (...) malgré des frustrations professionnelles que la personne sollicitée peut avoir sur le sujet de l'entretien, et enfin malgré une expérience passée qui fut plus ou moins satisfaisante dans le cadre d'une autre recherche ».

Le courrier de sollicitation nous permettait de présenter l'incontinence urinaire du sujet âgé comme un enjeu de santé publique, d'expliquer le cadre de la recherche et la place qu'y tient l'entretien. Il mentionne le temps moyen nécessaire à l'entretien (10 à 20 min c'est-à-dire le temps d'une consultation) de façon à ce que le médecin puisse s'organiser.

Cf. annexe n° 2

La lettre de sollicitation portait sur l'en-tête les références du service de soins de suites et de réadaptation gériatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes avec les différents médecins qui y exerçaient ainsi que les coordonnées téléphoniques. Cela permettait de montrer le sérieux de l'étude et ainsi de rassurer le médecin sollicité. ¹⁶

La lettre indiquait le processus de prise de rendez-vous : je devais appeler le médecin sollicité, 8 à 10 jours après postage de la lettre : délai suffisant pour recevoir le courrier, y donner considération et faire les vérifications éventuelles. Nous avons envoyé les courriers de sollicitation par vagues de dix ou quinze.

2. 4. 2. 2. Fixation du rendez-vous à l'aide d'un contact téléphonique :

Le contact téléphonique nous permettait de préciser les modalités de l'enquête et de l'entretien. Il précisait comment le médecin sollicité avait été choisi (ici par tirage au sort d'une liste exhaustive des médecins généralistes de Loire-Atlantique issu du fichier ADELI). Il rassurait sur la confidentialité des propos et sur la durée de temps de l'entretien (10 minutes minimum à 20 minutes maximum, c'est-à-dire le temps d'une consultation). Enfin, il permettait de vérifier si le médecin sélectionné correspondait bien aux critères d'inclusion et d'exclusion. Dans le cas contraire, il fallait renvoyer un autre courrier à un autre médecin généraliste tiré au sort.

2. 4. 2. 3. Conception de l'entretien :

Le questionnaire a été soumis par entretien semi directif¹⁵ au cabinet du médecin.

L'entretien était enregistré dans sa totalité par un appareil numérique. Puis l'enregistrement était écouté à l'aide d'un micro-ordinateur en lisant la carte mémoire afin d'être retranscrit en traitement de texte.

2. 4. 2. 4. Déroulement de l'entretien

Le rendez-vous fixé, l'entretien se passait au cabinet. Je commençais par une brève présentation personnelle puis je faisais une présentation rapide de l'étude, ce qui me permettait de rappeler l'objet de ma venue. Je rappelais le caractère anonyme de l'entretien et enfin qu'il était enregistré. Puis le questionnaire était lu à voix haute au médecin qui bénéficiait d'un support visuel. Si la réponse n'était pas possible par défaut de compréhension, la question était reformulée sans pour autant en orienter la réponse.

2. 5. Méthode d'analyse des données

Les données ont été saisies et analysées à partir du logiciel « Excel ».

Tous les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, sachant que certains commentaires qui n'avaient aucun rapport avec le sujet n'ont pas été pris en compte. Les résultats ont été traduits de manière uniquement descriptive, sans ambition statistique étant donné le faible effectif de l'échantillon. Les réponses fermées et les QCM ont été codés de façon numérique. Les réponses semi ouvertes et ouvertes ont été codées également a posteriori, quand cela était possible, par les items revenant le plus fréquemment, afin de faciliter l'interprétation. L'interprétation des résultats purement qualitatifs non cotables s'est faite de manière descriptive.

3. RESULTATS

(Re transcription des entretiens : *Cf. Annexe n° 3*)

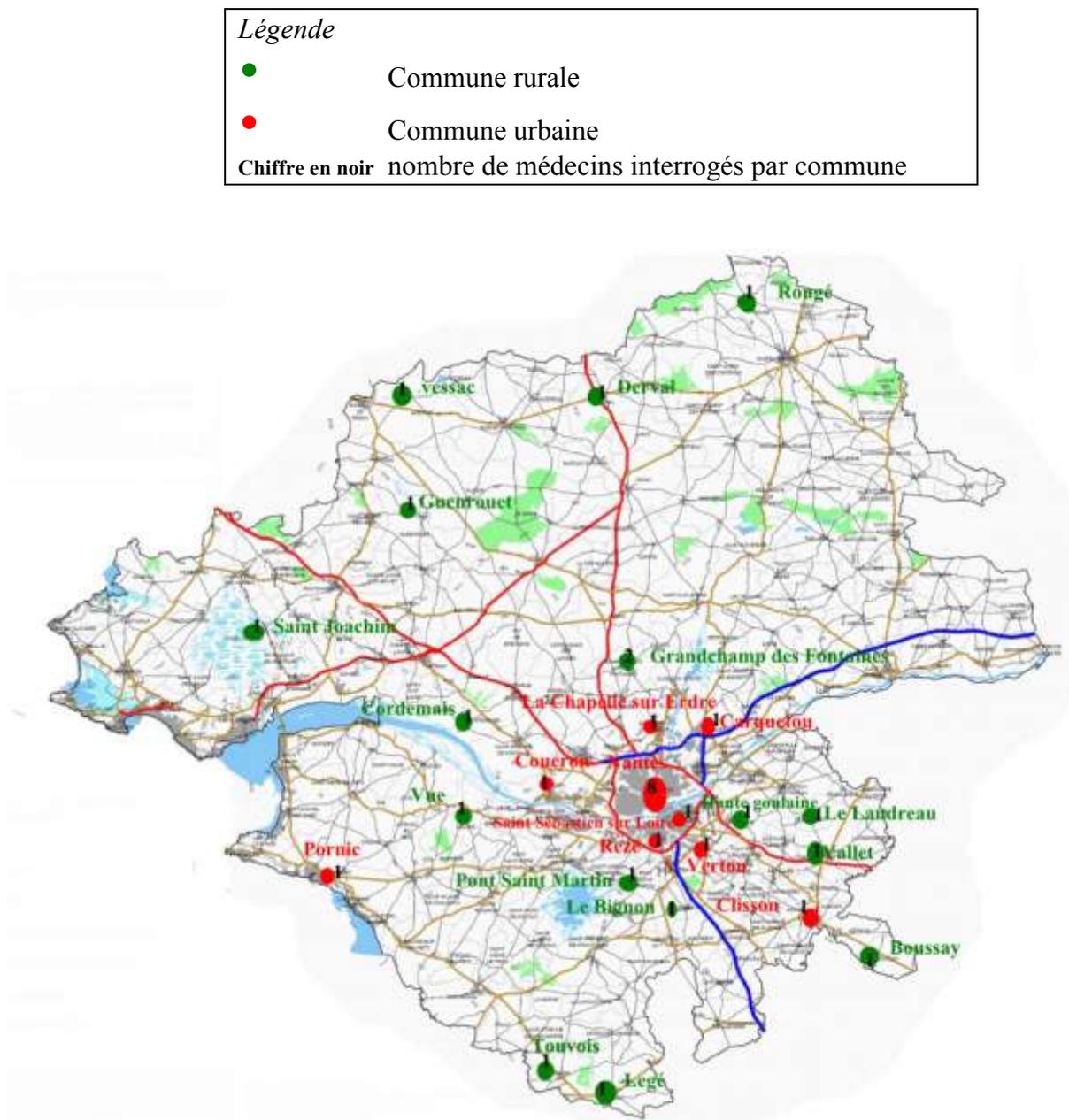
3. 1. Population à l'étude

3. 1. 1. Nombre de médecins interrogés

Sur les 59 courriers envoyés, 33 entretiens ont été réalisés (répartis en 17 ruraux et 16 urbains)

3. 1. 2. Répartition géographique des médecins

Fig. n° 5 : Répartition des généralistes interrogés sur la Loire Atlantique



3. 1. 3. *Âge (Question 1) et sexe des médecins*

Âge :

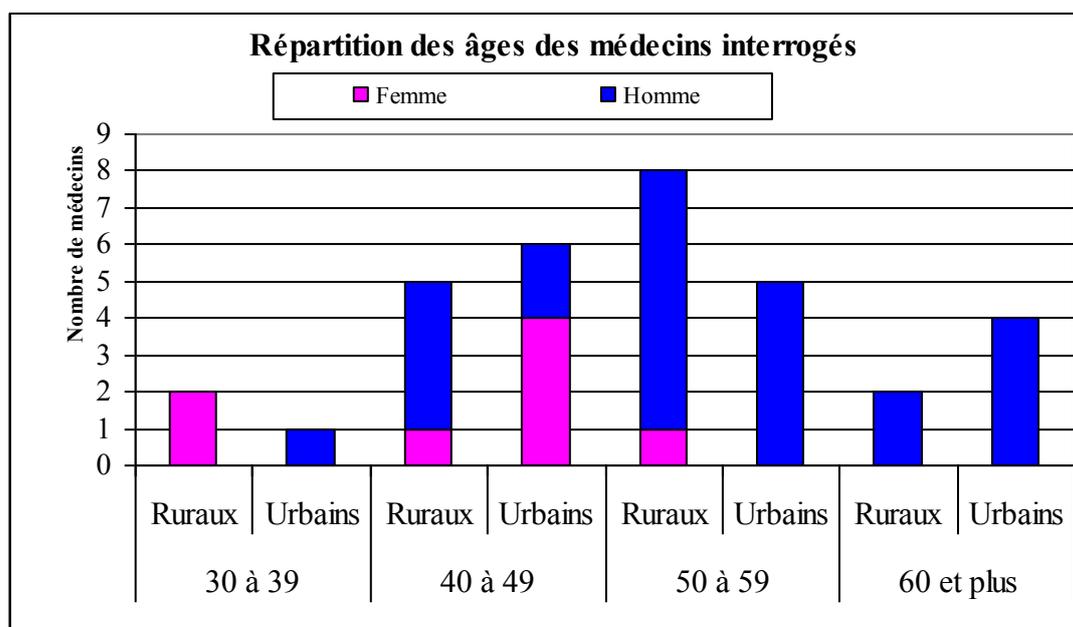
La moyenne d'âge des médecins interrogés est de 50,4 ans [36-64] à la campagne et de 52,4 ans [38-63] en ville, soit une moyenne de 51,6 ans [36-64].

Cf. Annexe n° 4

Pour les femmes, la moyenne d'âge est de 43,2 ans [36-52] à la campagne, et de 44,2 ans [41-49] en ville, soit une moyenne de 43,7 ans [36-52].

Pour les hommes, la moyenne d'âge est de 53,1 ans [41-64] à la campagne, et de 55,2 ans [38-63] en ville, soit une moyenne de 54,1 ans [38-64].

Fig. n° 6 :



Répartition des sexes

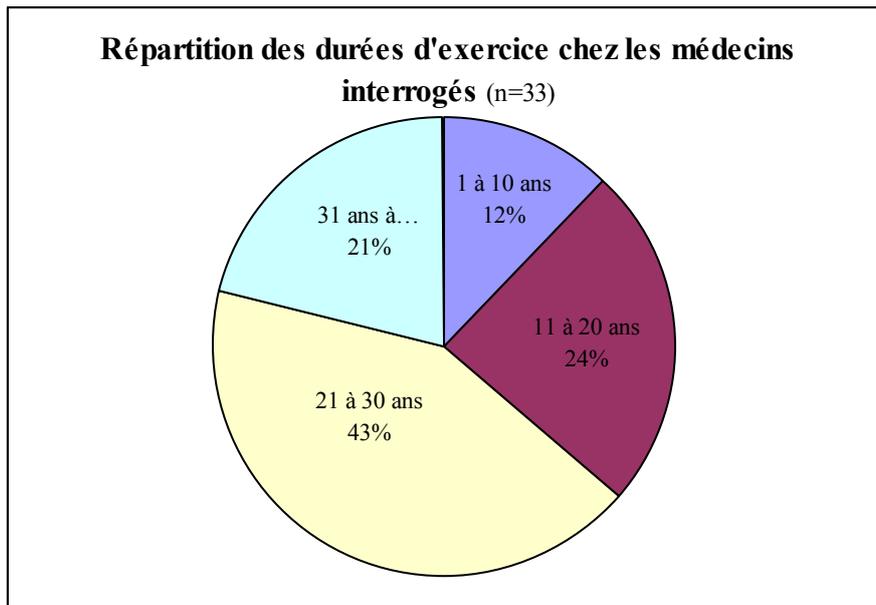
Il y a 4 femmes pour 13 hommes en campagne et 4 femmes pour 12 hommes en ville, soit sur l'ensemble des médecins 24,2 % de femmes.

3. 1. 4. *Expérience professionnelle*

3. 1. 4. 1. **Durée d'exercice** (Question 2)

La moyenne d'exercice est de 21,5 ans en campagne [5-37], et de 24,3 ans en ville [7-36], soit une moyenne d'exercice de 22,9 ans [5-37] sur la population étudiée.

Fig. n° 7 :



3. 1. 4. 2. **Formation spécifique en gériatrie** (Question 3)

Quatre médecins en campagne ont une formation [3 capacités de gériatrie, 1 module de gériatrie], aucun en ville, soit 12,1 % des médecins interrogés.

3. 1. 4. 3. **Pourcentage des patients de plus de 70 ans dans la patientèle** (Question 4)

Dans le cas de notre étude, à la campagne, la moyenne des patients de plus de 70 ans par médecin généraliste interrogé est de 11,4 % [5-37%] ; en ville, elle est de 14,5 % [3-30%], soit une moyenne sur l'ensemble des médecins interrogés de 12,9 % [3-37%].

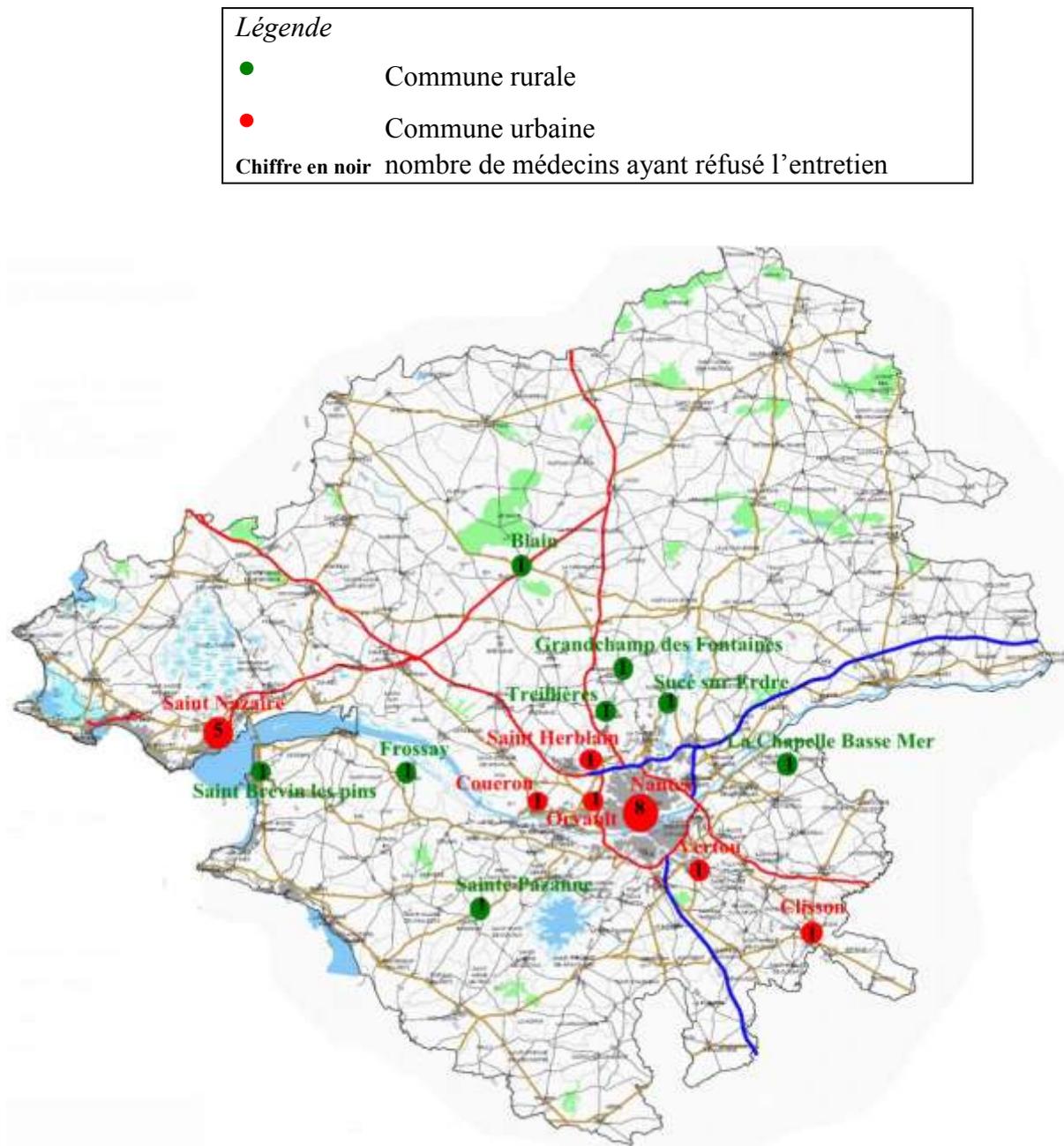
3. 2. Les non répondants

3. 2. 1. Nombre de refus

Lors des contacts téléphoniques permettant de fixer les rendez-vous, il y a eu 44% (n=26) de refus [32% (n=8) chez les médecins de campagne, 53% (n=18) chez les médecins de ville].

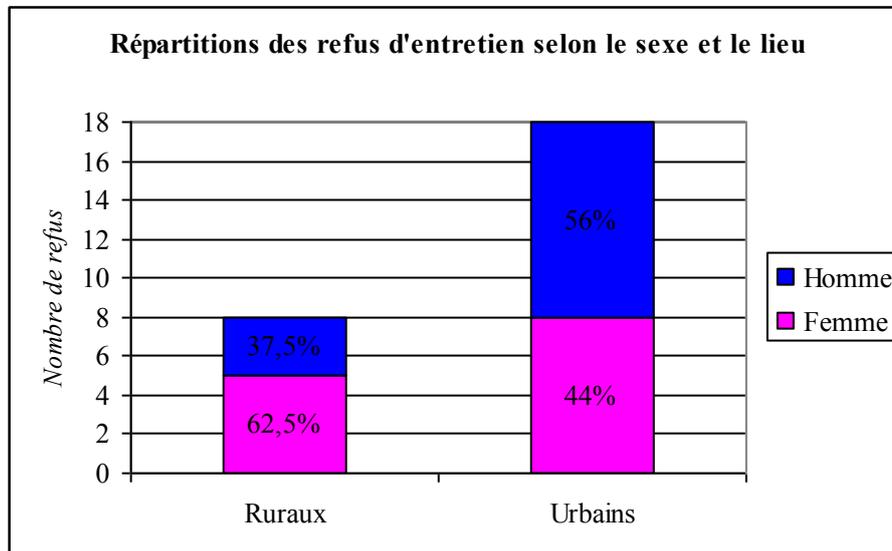
3. 2. 2. Répartition géographique

Fig. n° 8 : Répartition des refus sur la Loire Atlantique



3. 2. 3. Refus et répartition des sexes

Fig. n° 9 :



3. 2. 4. Causes de refus citées par les médecins

- Peu de patients âgés pris en charge (23,1%, n=6)
- Trop de sollicitations, manque de temps (15,4%, n=4)
- Aucune raison (38,5%, n=10) [*un médecin a accepté le rendez-vous puis a fait appeler sa secrétaire pour l'annuler sans donner de raison ; un autre a donné son refus en faisant rappeler la secrétaire*]
- Exercice spécifique (homéopathie, addictologie, nutritionniste) (15,4%, n=4)
- Congé de maternité (3,8%, n=1)
- Départ en retraite proche (3,8%, n=1)

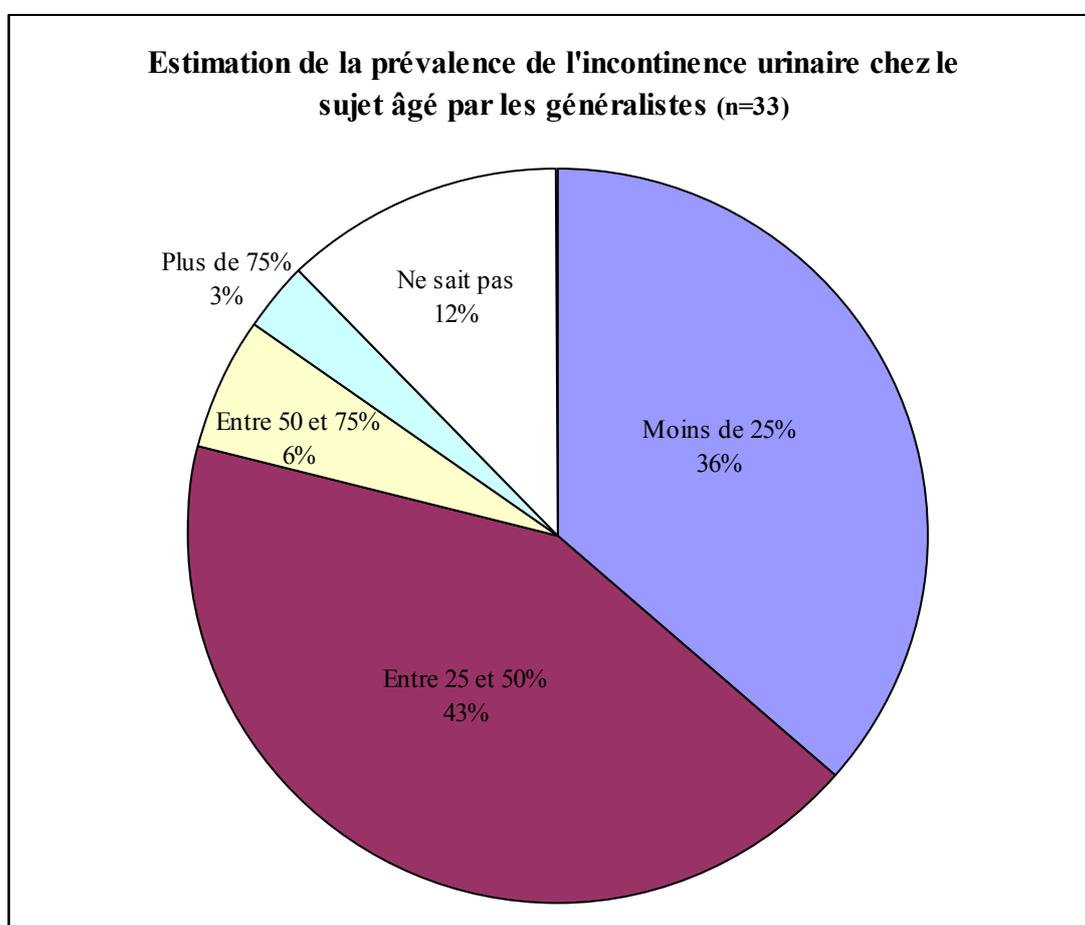
3. 3. Etat des lieux des connaissances des médecins

3. 3. 1. Prévalence de l'IU chez le sujet âgé de plus de 65 ans à domicile

L'estimation de la prévalence de l'IU du sujet âgé de plus de 65 ans à domicile selon les médecins interrogés rentre majoritairement dans la tranche « 25 à 50 % ».

Cf. annexe n° 5

Fig. n° 10 :

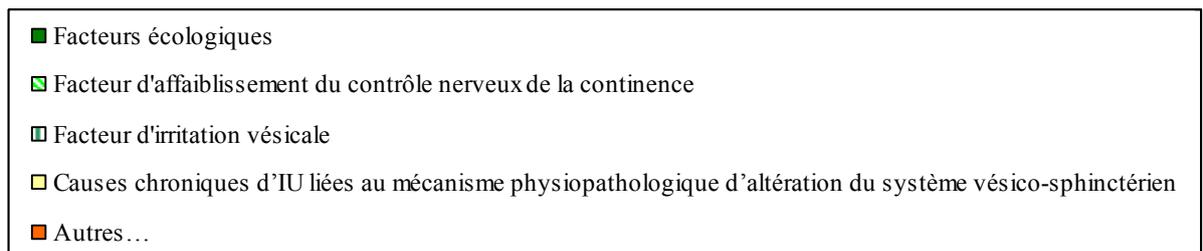
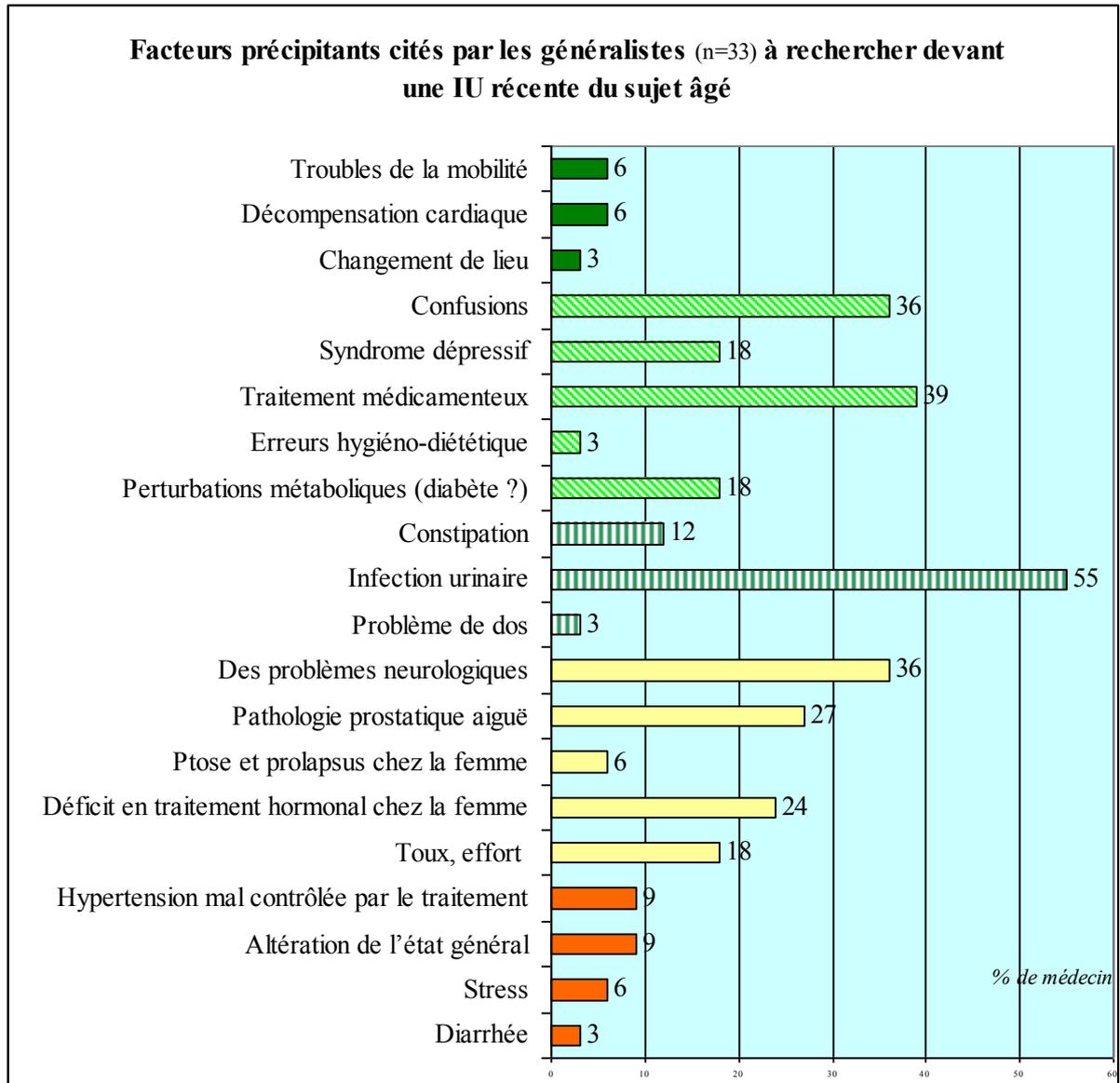


3. 3. 2. Facteurs précipitants de l'incontinence urinaire

3. 3. 2. 1. Les connaissent-ils ? (Question 11)

A la question ouverte, « quels sont les facteurs précipitants la survenue d'une IU chez le sujet âgé et à rechercher lors de la découverte d'une incontinence urinaire récente ? » les médecins généralistes ont répondu. *Cf. annexe 6 et 7*

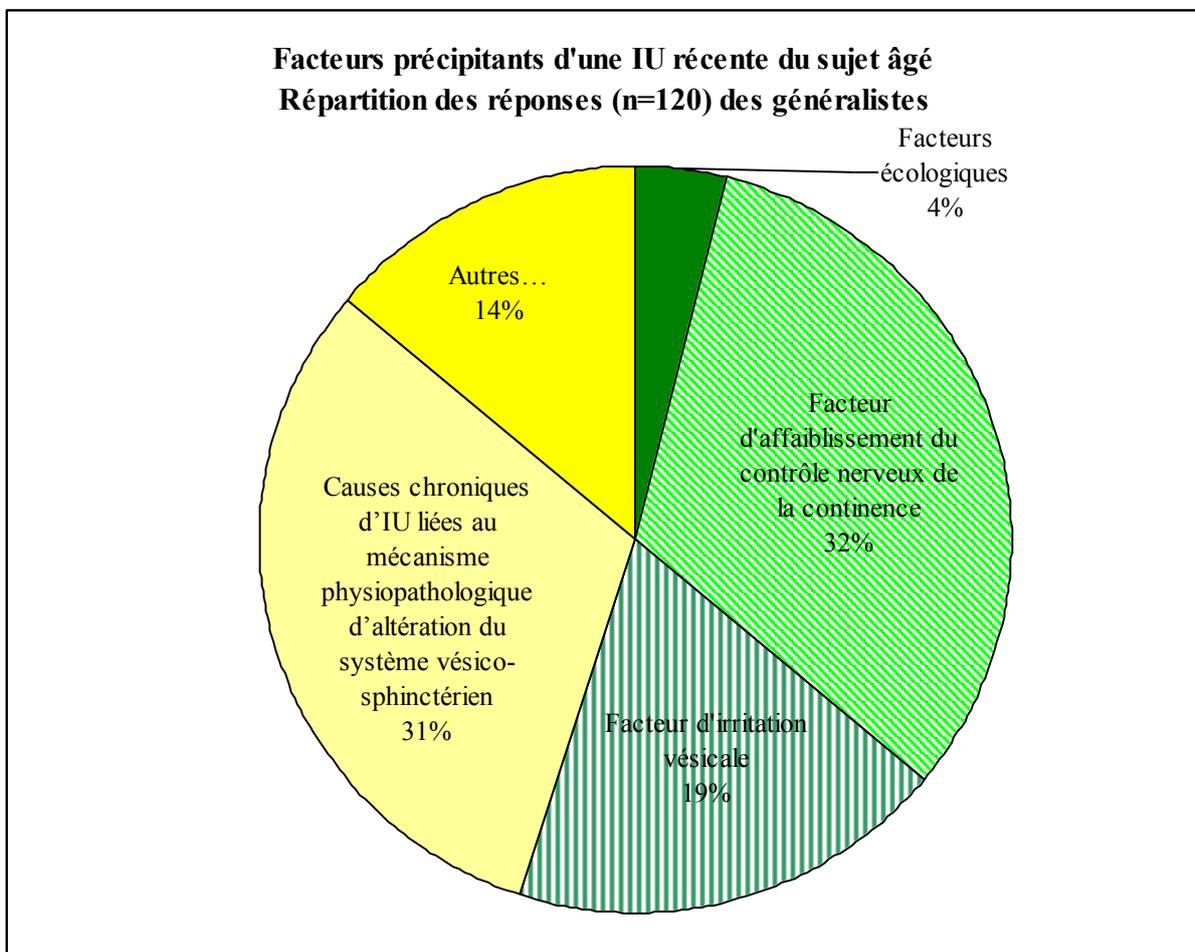
Fig. n° 11 :



Le principal facteur précipitant cité est l'infection urinaire : 55% des médecins (n=18) l'ont citée (41% (n=7) en campagne et 69% (n=11) en ville). L'infection urinaire représente 15% (n=18) des réponses en tout (11% (n=7) en campagne et 20% (n=11) en ville).

Le deuxième facteur précipitant cité par les médecins est « la iatrogénie médicamenteuse » : 39% (n=13) des médecins interrogés le cite (47% (n=8) en campagne et 31% (n=5) en ville) ; Les médicaments représentent 11% (n=13) des réponses en tout (12% (n=8) en campagne et 9% (n=5) en ville).

Fig. n° 12 :



Si l'on pose la question sous forme de QCM : « *Parmi ces symptômes, lesquels peuvent favoriser la survenue d'une IU chez le sujet âgé ?* » les réponses sont les suivantes.

Cf. annexe 8

- La constipation et l'infection urinaire sont citées par la quasi-totalité des médecins généralistes.
- L'escarre est citée par 33% (n=11) des médecins interrogés (29% (n=5) en campagne et 38% (n=6) en ville)

- Enfin l'ongle incarné n'est cité que par 12% (n=4) des médecins interrogés. Sur les quatre médecins l'ayant évoqué aucun ne connaissait le mécanisme neuro physiopathologique.

3. 3. 2. 2. Connaissance des médicaments pouvant influencer sur l'équilibre vésico-sphinctérien (Question n° 10)

Cf. Annexe n° 9

Devant une liste de famille de médicaments, les diurétiques sont les plus cités par les généralistes : 82% (n=27) des médecins interrogés. 79% des médecins de campagne (n=11) ont cité le mécanisme d'action, 54% (n=7) en ville.

Fig. n° 13 :

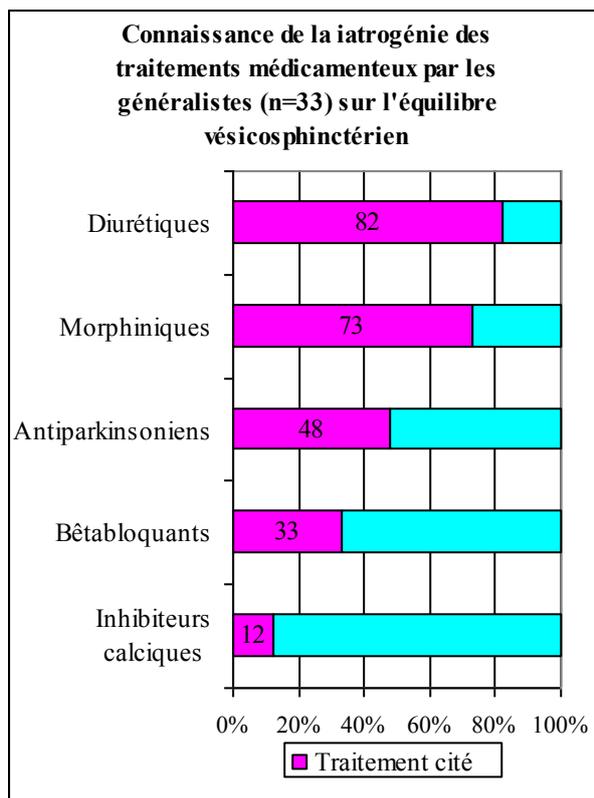
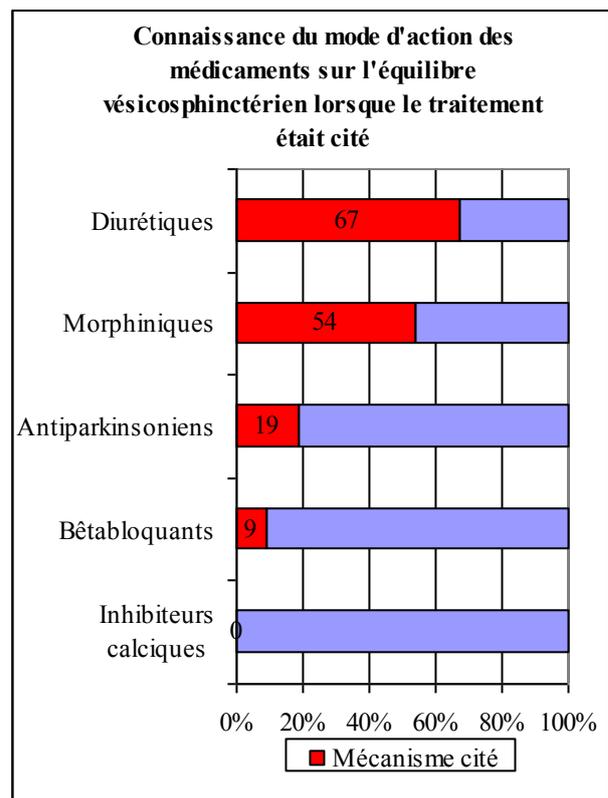


Fig. n° 14 :

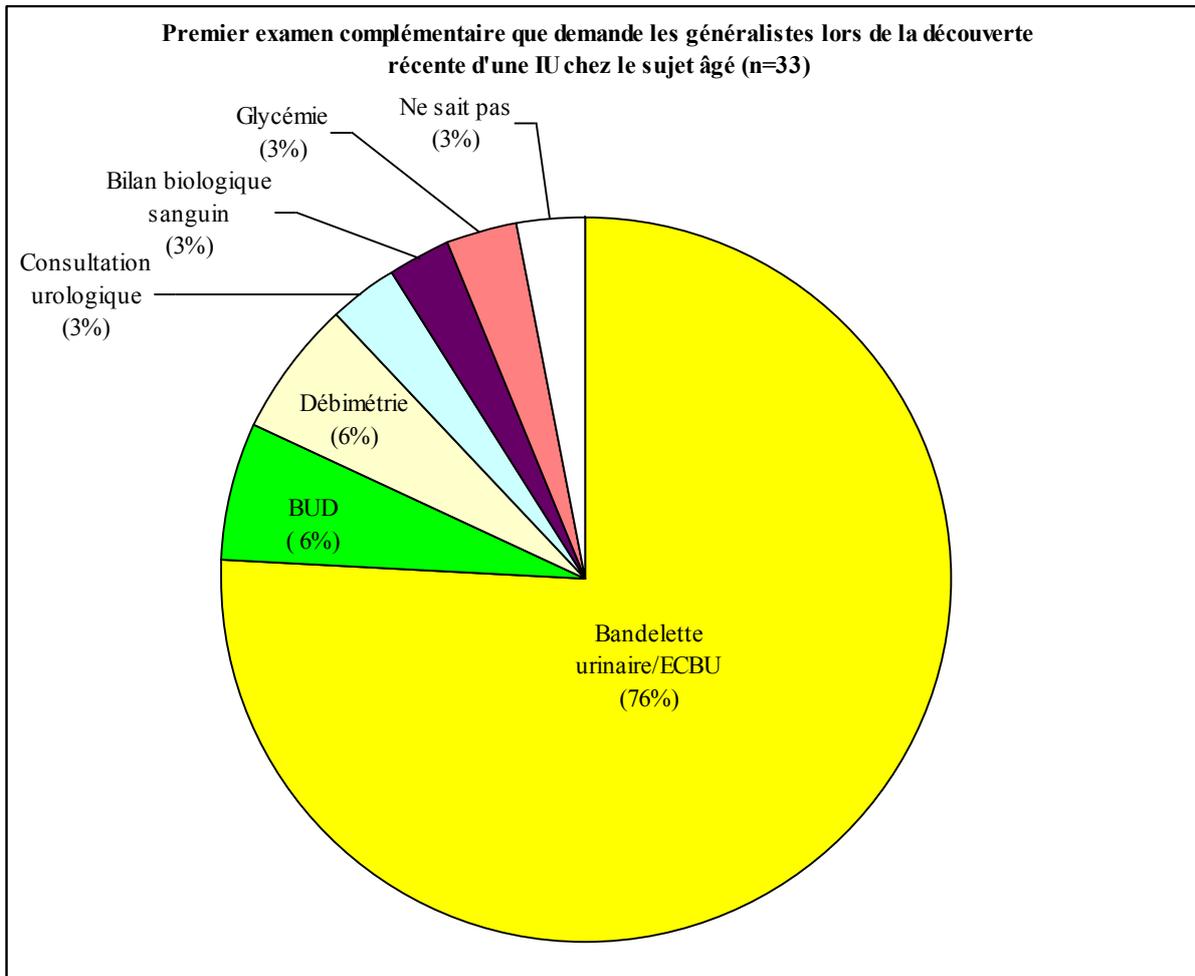


3. 3. 3. Premier examen complémentaire à effectuer à la découverte d'une IU

Lors de la découverte d'une IU chez le sujet âgé, 76% (n=25) des médecins généralistes demandent en priorité une Bandelette urinaire ou un examen cyto bactériologique des urines (71% (n=12) en campagne et 80% (n=13) en ville).

Cf. annexe n° 10

Fig. n° 15 :



3. 3. 4. Les différents types d'incontinence urinaire (question 14)

L'IU d'effort est citée par 61% (n=20) des médecins interrogés, l'IU par instabilité vésicale par 33% (n=11) et l'IU par regorgement par 27% (n=9).

Cf. annexe n° 11

Fig. n° 16 :

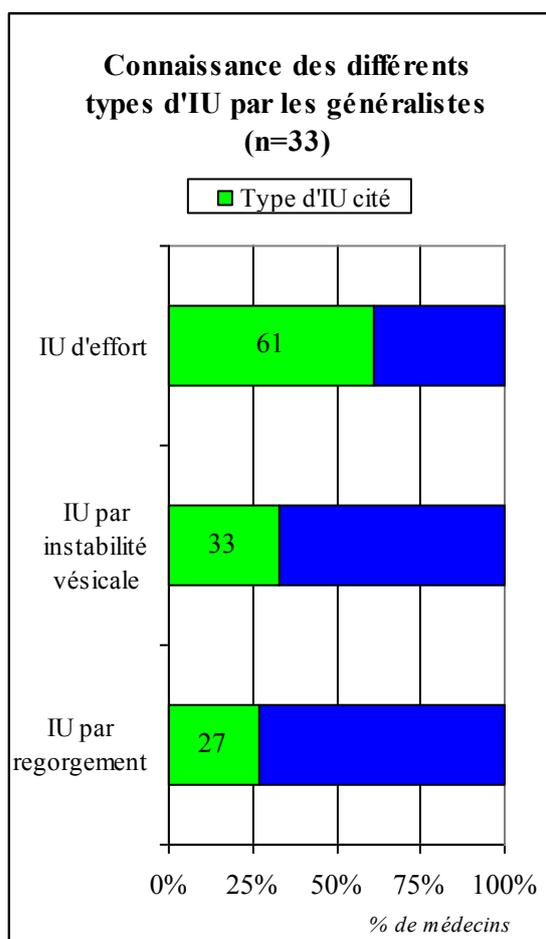
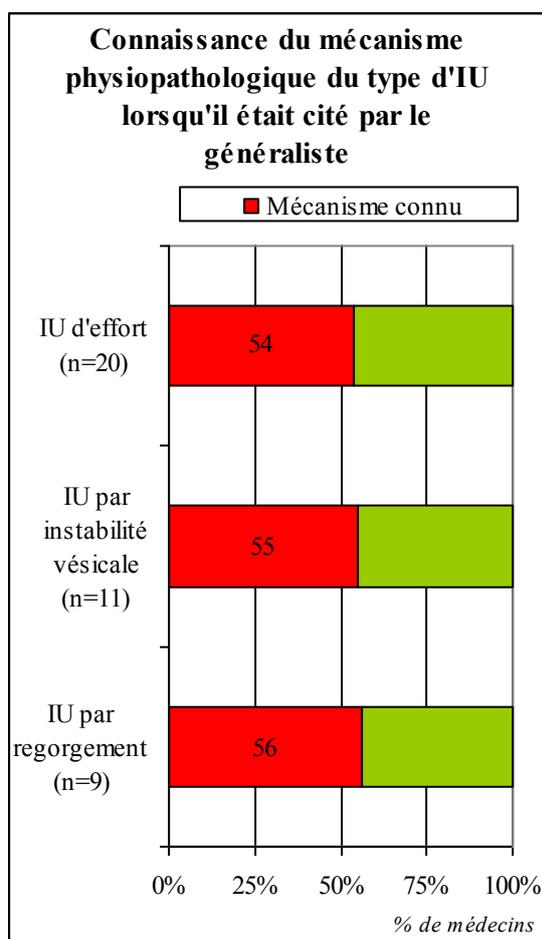


Fig. n° 17 :



3. 3. 5. Traitements médicamenteux de l'IU

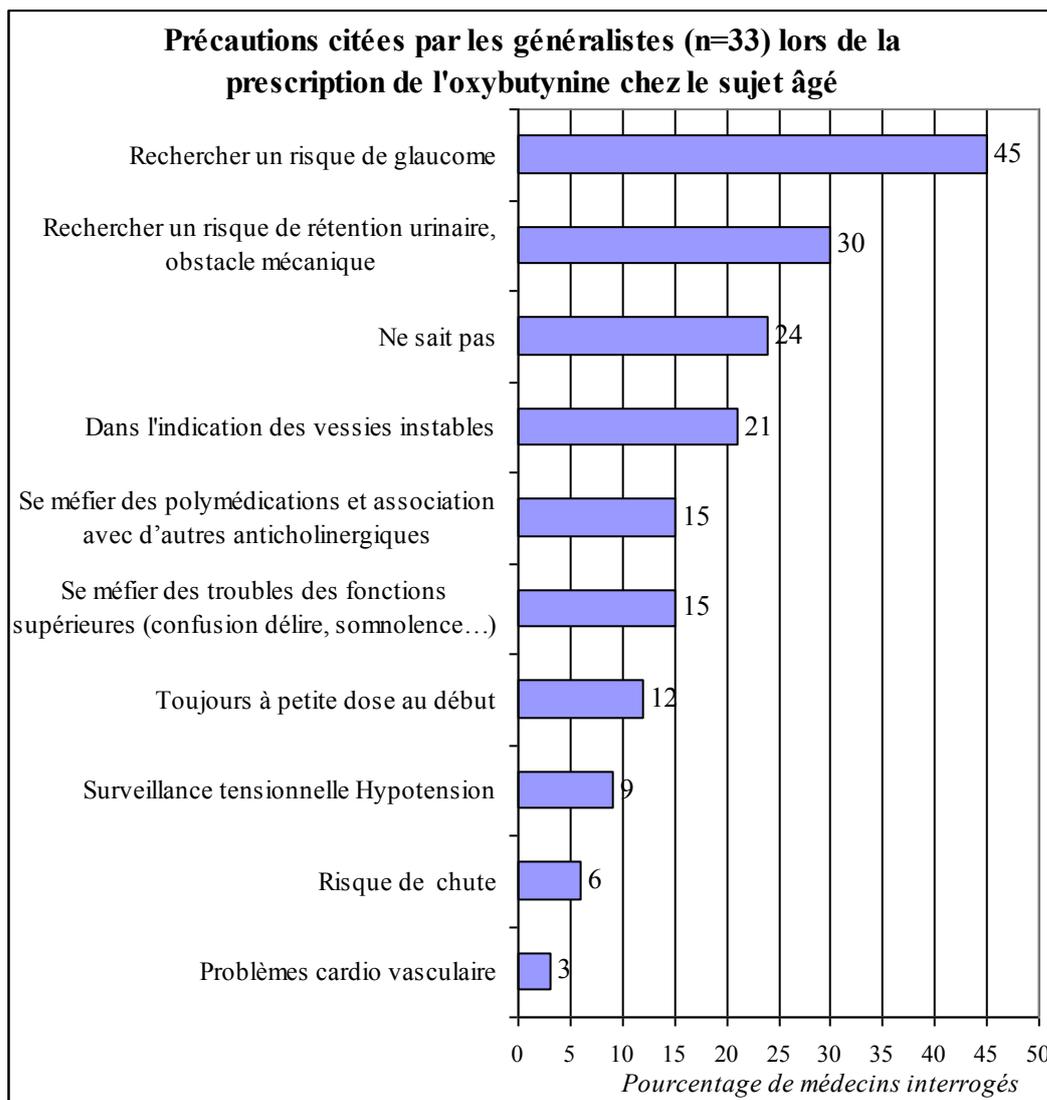
3. 3. 5. 1. Précautions d'emploi de l'oxybutynine (Question 13a)

Cf. annexe n° 12

La principale précaution d'emploi citée par 45% (n=15) des généralistes est « la recherche d'un risque de glaucome ».

21% (n=7) des médecins ont spécifié comme réponse à la question « l'indication de l'oxybutynine » (c'est-à-dire dans le cadre des vessies instables). 6% (n=2) ont évoqué une augmentation du risque de chute et 3% (n=1) des problèmes cardio-vasculaires.

Fig. n° 18 :

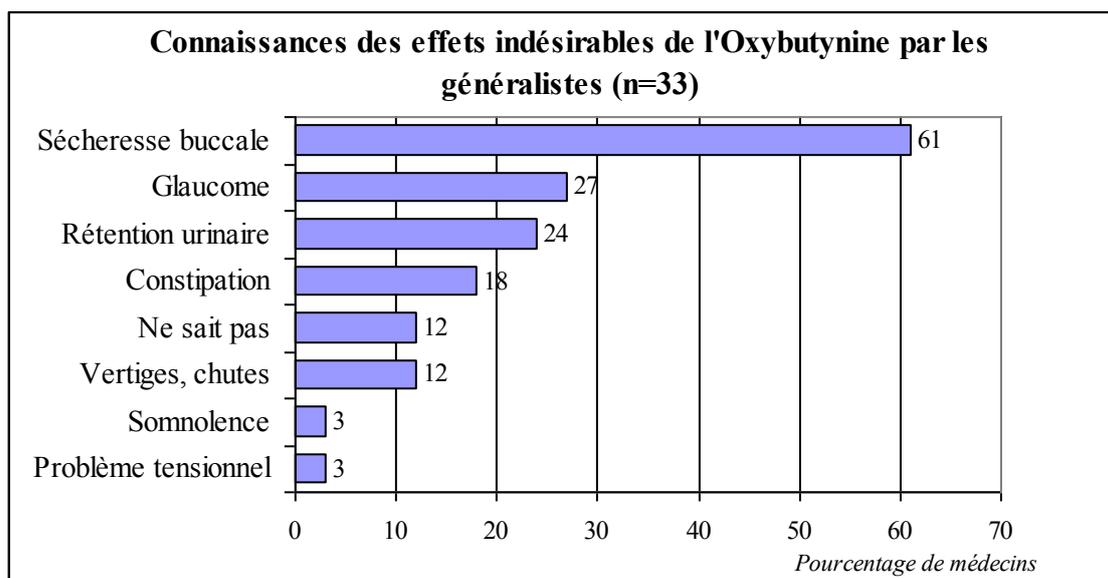


3. 3. 5. 2. Effets indésirables de l'oxybutynine (Question13b)

Cf. annexe n° 13

« La sécheresse buccale » est l'effet indésirable le plus cité (pour 61% (n=20) des médecins interrogés).

Fig. n° 19 :



3. 3. 5. 3. Commentaires des médecins face à la prescription d'oxybutynine

Cf. annexe n° 14

- 52% (n=17) des médecins ont fait remarquer qu'ils étaient peu prescripteurs de ce médicament.
- 15% (n=5) des médecins disent se référer au Vidal® pour les précautions à prendre.
- Enfin 9% (n= 3) des médecins ont tendance à prescrire plutôt du Chlorure de Trosipium.

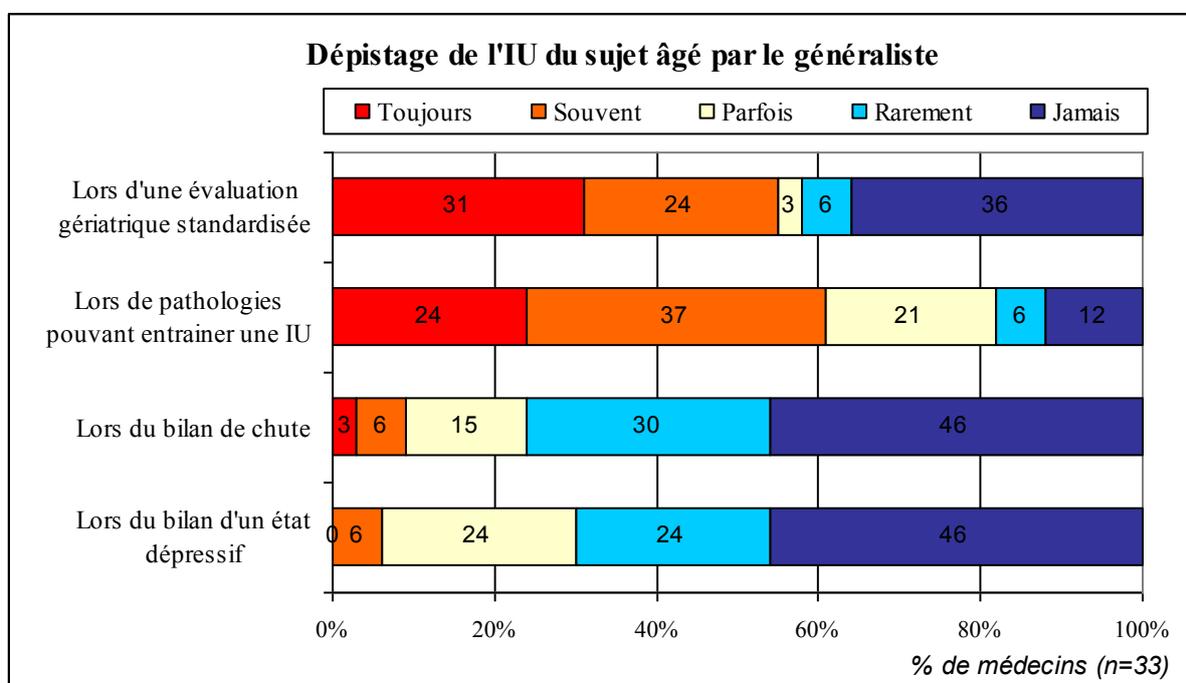
3. 4. Etat des lieux de la pratique des médecins face à l'IU du sujet âgé

3. 4. 1. Le dépistage de l'IU par les médecins (Question n° 6)

Cf. annexe n° 15

A la question (n° 6) posée « Parmi ces différentes situations cliniques, quelle est la fréquence à laquelle vous êtes amené(e) à réaliser un dépistage de l'incontinence urinaire du sujet âgé ? » les médecins ont répondu :

Fig. n° 20:



3. 4. 2. Fréquence de nouvelle prise en charge d'IU par mois (Question n° 8)

Cf. annexe n° 16

Le médecin généraliste débute en moyenne *chez le sujet âgé une nouvelle prise en charge d'incontinence urinaire par mois* (question 8) [Fréquence minimale: 1 tous les 8 mois – Fréquence maximale : 5 par mois]. 27% (n=9) des médecins débute une nouvelle prise en charge par mois.

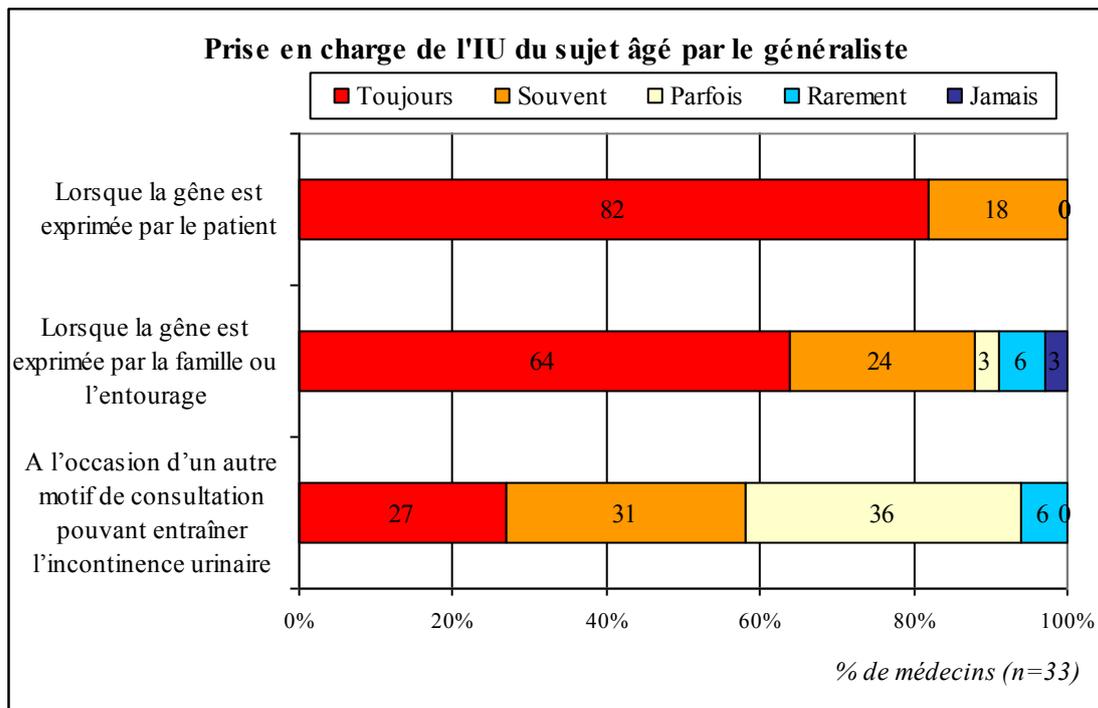
3. 4. 3. Circonstance et fréquence de prise en charge de l'IU par le généraliste

(Question n° 7)

Cf. annexe n° 17

A la question « dans votre pratique médicale, parmi ces différents situations cliniques, quelle est la fréquence à laquelle vous êtes amené(e) à prendre en charge l'IU du sujet âgé ? » les réponses ont été les suivantes :

Fig. n° 21 :



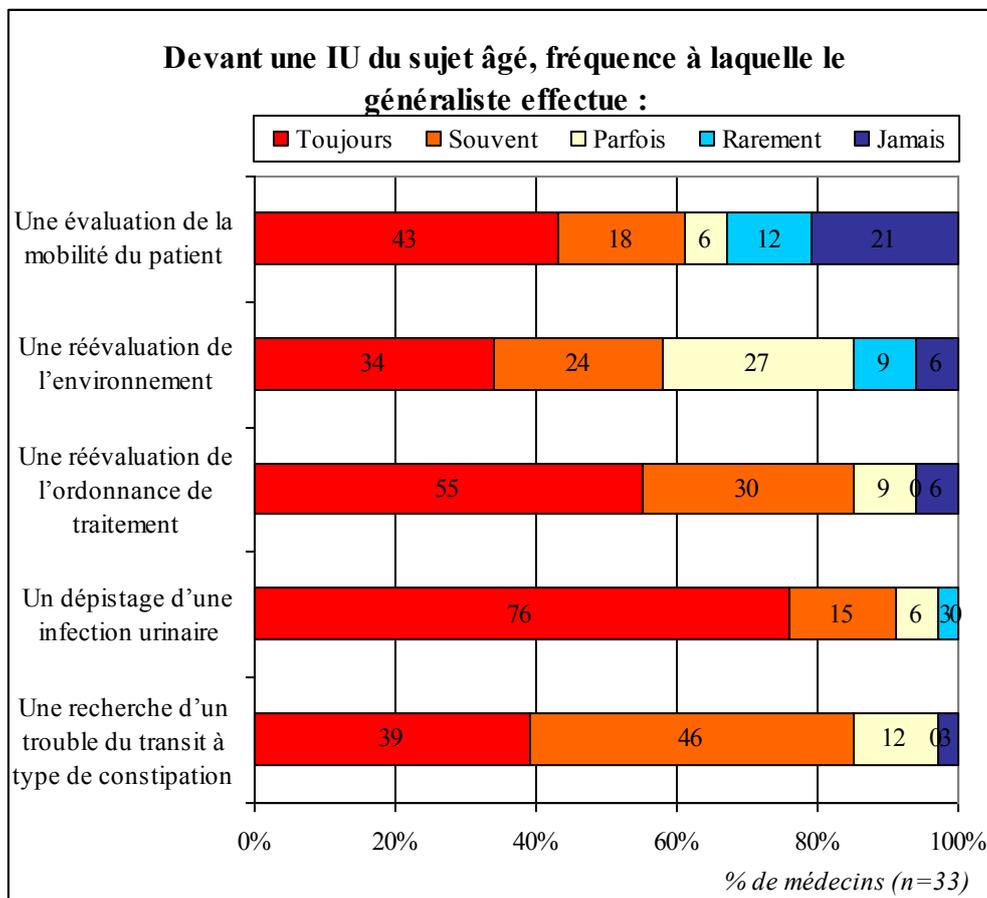
3. 4. 4. Recherche des facteurs favorisants (question n° 12)

Cf. annexe n° 18

Devant une incontinence urinaire du sujet âgé :

- 43% (n=14) évaluent toujours la mobilité du patient. Un peu plus de 1 médecin sur cinq (21% (n=7)) ne le fait jamais.
- 34% (n=11) réévaluent toujours l'environnement. 6% (n=2) des médecins ne le réévaluent jamais.
- 55% (n=18) des médecins revoient « toujours » le traitement. 6% (n=2) ne réexaminent jamais l'ordonnance de traitement.
- 76% (n=25) des médecins recherche « toujours » l'infection urinaire. Aucun ne la recherche jamais.
- 39% (n=13) des médecins recherchent toujours la constipation. 3% des médecins (n=1) ne la recherche jamais.

Fig. n° 22 :



3. 4. 5. *Le bilan urodynamique et la consultation spécialisée*

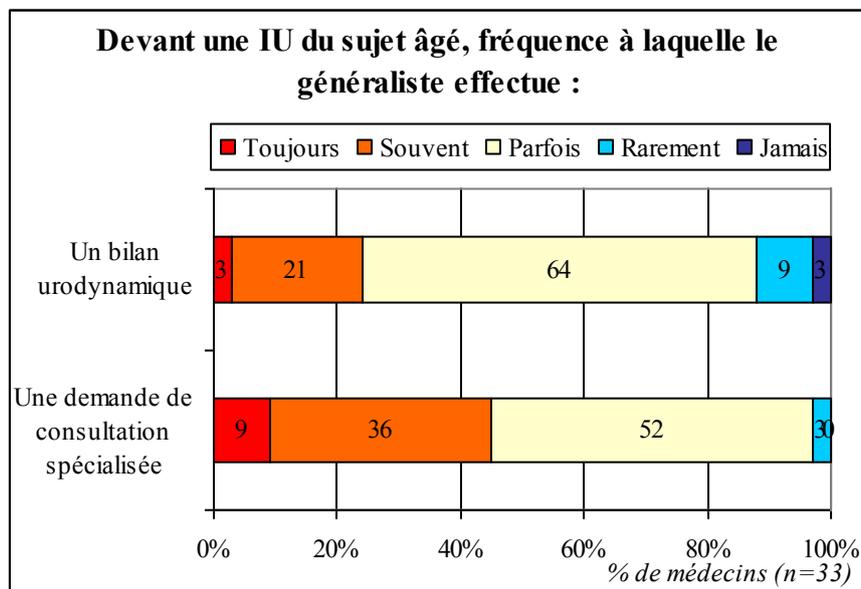
Cf. annexe n° 19 et n° 20

Devant une IU du sujet âgé :

- le bilan urodynamique est « parfois » demandé par 64% (n=21) des médecins. 3% (n=1) des médecins le demandent « toujours ». 3% (n=1) des médecins ne le demandent « jamais ».

- la consultation spécialisée est « parfois » demandée par 52% (n=17) des médecins, soit un peu plus de 1 médecin sur 2 (65% (n=11) en campagne et 37,5% (n=6) en ville). En ville, 19% (n= 3) des médecins, soit près d'un médecin sur cinq demande « toujours » une consultation spécialisée alors qu'en campagne aucun médecin ne la demande « toujours ». Aucun médecin ne la demande « jamais ».

Fig. n° 23 :



3. 5. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de IU du sujet âgé

Nous avons demandé aux médecins généralistes quelles étaient leurs difficultés dans leur pratique médicale face à l'incontinence urinaire du sujet âgé.

Cf. annexe n° 21 et n° 22

Différents items ont été cités. Pour les graphiques, nous avons résumé certains items afin de faciliter la lecture des diagrammes.

Faibles motivation et compréhension du patient : difficulté du patient à se prendre en charge en rapport à sa motivation et à sa compréhension du problème ; manque de motivation des familles.

« Tabou » chez le patient : honte du patient qui a du mal à en parler (pudeur) et à se faire examiner.

« Tabou » chez le médecin : y penser et pouvoir en parler avec le patient (pudeur et manque de motivation du médecin, peu passionné par la pathologie)

Savoir s'il faut traiter ou non en fonction de la comorbidité : évaluation et choix de traitement adéquat en fonction de la comorbidité du patient.

Evaluation de la gêne du patient en vue d'une prise en charge : évaluation de la gêne du patient en fonction de son discours, du retentissement de l'IU et décider d'une éventuelle prise en charge.

Fatalité pour les soignants : fatalité pour le médecin et pour les soignants qui limitent les prises en charges ; il y a d'autres priorités !...

Examens complémentaires : difficultés à adresser les patients pour les examens complémentaires (« lourd pour la prise en charge du sujet âgé »).

Fig. n° 24 :

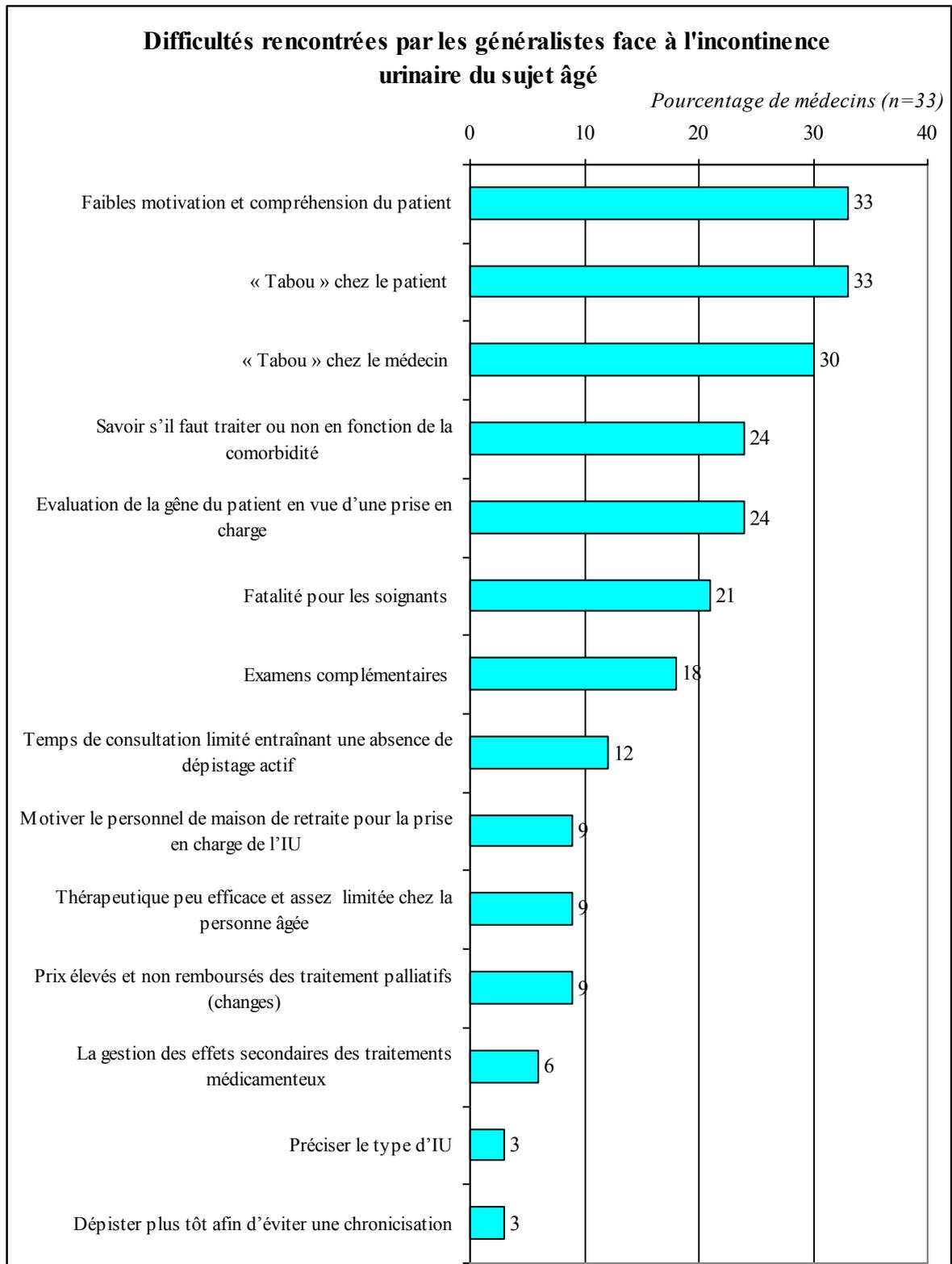
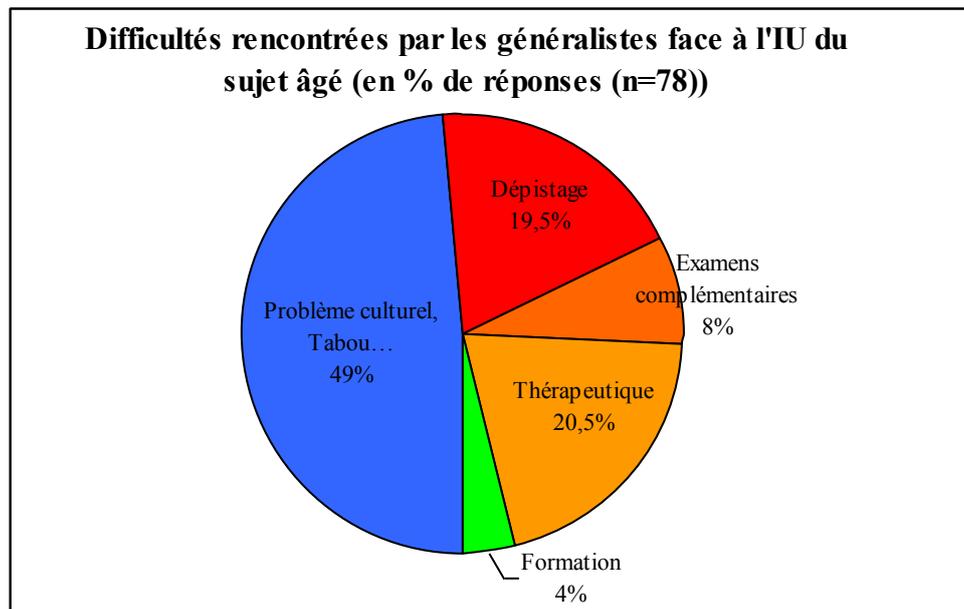


Fig. n° 25 :



3. 6. Formations et aides possibles

3. 6. 1. Besoins de formations

3. 6. 1. 1. Autoévaluation des médecins

Cf. annexe n° 23

Nous avons demandé aux médecins généralistes si leurs connaissances sur l'incontinence urinaire du sujet âgé étaient suffisantes. 73% des médecins (n=24) estiment leurs connaissances insuffisantes (65% (n=11) en campagne et 81% (n=13) en ville). 6% des médecins (n=2) n'ont pas voulu répondre ou étaient sans opinion.

3. 6. 1. 2. Quelles formations ?

Cf. annexe n° 24

- 58% des médecins (n=19) souhaiteraient pouvoir bénéficier d'une **FMC** (53% (n=9) en campagne et 63% (n=10) en ville). 18% des médecins (n=6) n'ont pas voulu répondre ou étaient sans opinion.

- 55% des médecins interrogés (n=18) sont intéressés par la mise à disposition d'une **brochure** sur la prise en charge de l'IU du sujet âgé (65% (n=11) en campagne et 44% (n=7) en ville). 15% de médecins (n=5) n'ont pas voulu répondre ou étaient sans opinion.

3. 6. 2. Consultation gériatrique spécialisée sur l'IU

Cf. annexe n° 25

L'intérêt de l'accès possible à une consultation gériatrique spécialisée sur l'incontinence urinaire du sujet âgé reçoit l'approbation de 55% des généralistes (n=18) (53% (n=9) en campagne et 56% (n=9) en ville). 15% des médecins interrogés (n=5) n'ont pas voulu répondre ou étaient sans opinion.

4. DISCUSSION

4. 1. Intérêt de l'étude :

Cette étude nous a permis de mettre en évidence des insuffisances au niveau des connaissances et de la pratique des médecins généralistes dans la prise en charge de l'IU du sujet âgé sans qu'il y ait de tendances différentes entre la campagne et la ville et d'en comprendre les raisons.

4. 2. Commentaires sur la méthode

4. 2. 1. Aspects positifs de la méthode

4. 2. 1. 1. Intérêt de l'entretien semi dirigé

L'intérêt d'aller faire l'entretien directement au cabinet nous permet d'avoir un entretien plus riche qu'un questionnaire par courrier ou par téléphone. Se rendre directement au cabinet permet une rencontre physique. Il rend l'entretien plus agréable pour le médecin généraliste interrogé, le met en confiance et facilite donc l'échange.

Le niveau d'évaluation est meilleur qu'un questionnaire par courrier car le médecin ne peut pas aller rechercher les réponses dans la littérature. Il y a souvent une réticence de la part des médecins à remplir par écrit un questionnaire et la spontanéité des réponses est faible à l'écrit.

4. 2. 1. 2. Intégrité des réponses par l'enregistrement

L'enregistrement permet de préserver l'intégrité des réponses et d'avoir des commentaires collatéraux très riches pour éclairer certains points non abordés par le questionnaire.

4. 2. 1. 3. Rencontre conviviale des médecins dans leur cabinet :

Le fait de rencontrer les médecins sur leur lieu de travail a été intéressant car cela m'a permis de voir toutes sortes de cabinets, leur conception et leur agencement, la disposition des salles d'attente. C'était très instructif pour mon exercice professionnel futur.

Certains entretiens se sont prolongés. Cela m'a permis ainsi de discuter avec les médecins sur leur mode d'exercice, leurs priorités et leurs difficultés en général. La vision des médecins généralistes en exercice libéral est en effet complètement différente de celle des hospitalo-universitaires.

4. 2. 2. Aspects négatifs de la méthode

4. 2. 2. 1. Questionnaire regroupant trop d'items et compliquant donc l'exploitation des données

La difficulté de cette enquête se trouve dans le recueil des données et leur exploitation. Lors des questions ouvertes, à chaque réponse il y avait de nombreux items différents n'ayant pas forcément de lien. Nous avons été noyés dans un flot d'informations et de données. Il y avait beaucoup de variables à explorer. L'étude n'a pas été assez restreinte au niveau des différents items si bien que l'exploitation des données a pris beaucoup de temps.

4. 2. 2. 2. Certains aspects des connaissances et la prise en charge de l'IU n'ont pas été abordés

Le questionnaire n'a pas été exhaustif au niveau des items concernant toutes les connaissances et la prise en charge de l'IU du sujet âgé. Pour une évaluation exhaustive il aurait fallu des entretiens de 45 minutes au moins.

Dans le questionnaire, nous n'avons pas abordé :

- l'évaluation de la recherche du retentissement de la qualité de la vie par l'utilisation des échelles de qualité de vie telle que Contilife® ou Ditrovie®,
- quelles questions il fallait poser pour rechercher l'IU et son type (d'effort, instabilité vésicale, par regorgement, mixte) afin d'orienter l'examen clinique,
- la recherche des troubles cognitifs devant une IU du sujet âgé (facteur favorisant de l'IU)
- quel examen clinique devant une IU du sujet âgé,
- quel est l'intérêt de la rééducation périnéo-périnéale devant une IU.

4. 2. 2. 3. Méthode chronophage

Pour pouvoir rencontrer 33 médecins généralistes, il a fallu en contacter 59. Les appels téléphoniques pour prendre un rendez-vous ont pris beaucoup de temps (indisponibilité du médecin, filtrage des secrétaires...). Après avoir eu plusieurs fois la secrétaire, elle proposait que le médecin me rappelle. Ce dernier ne le faisait pas forcément et donc il fallait souvent rappeler plusieurs fois avant d'avoir un RDV. Nous ne pouvions pas mettre plus de deux RDV par jour pour des raisons pratiques. J'ai parcouru environ 2536 km pour rencontrer les médecins. Trois mois ont été nécessaires pour recueillir les données. Après les entretiens, il a fallu tout retranscrire par écrit puis classer les réponses de façon à pouvoir les exploiter ; ce qui prend du temps.

4. 2. 2. 4. Nécessité d'avoir de la persévérance et de l'humilité devant les refus d'entretien

Lorsque nous prenions contact avec les médecins, tous n'étaient pas aimables. Et il fallait être détachés de l'accueil qui nous était réservé.

L'une des plus grandes difficultés de l'étude a été d'obtenir un rendez-vous avec chaque médecin. Nous avons rencontré une forte réticence de la part des médecins généralistes à accepter l'entretien, surtout en ville : plus d'un médecin sur deux en ville et presque un médecin sur trois en campagne. Si on compare à la thèse de C. Lebert qui avait la même méthode, elle n'a eu que trois refus sur trente trois.¹⁷ L'explication se trouve probablement dans le fait que le sujet de l'étude est tabou, que la charge de travail a augmenté et donc que les médecins sont moins disponibles.

Enquête de Catherine Le Bert : 3 refus sur 33 courriers envoyés. => 9% de refus
Notre enquête : 26 refus sur 59 courriers envoyés => 44% de refus

Il y a une différence remarquable.

Y a-t-il une réticence par rapport au sujet même de l'étude (l'IU) ? L'IU est un sujet tabou et compliqué. Visiblement il n'intéresse pas les médecins. L'IU est considérée comme un symptôme non vital.

Il faut d'autre part souligner la proportion importante des refus en ville 53% (n=18) par rapport à la campagne 32% (n=8). Les médecins de ville logiquement sont moins sollicités par les patients qu'en campagne mais ont refusé plus fréquemment l'entretien. Y a-t-il une mentalité différente en ville par rapport à la campagne ? Les médecins de villes sont-ils plus avarés de leur temps ?

4. 2. 3. Biais

4. 2. 3. 1. Absence de biais de sélection

Il n'y a pas de biais de sélection. La population du panel de médecins est représentative de la population médicale du département de la Loire-Atlantique.

Au premier Septembre 2007, la moyenne d'âge des médecins généralistes installés en Loire-Atlantique est de 47,7 ans (Sources Fichier ADELI (DDASS) et URCAM service statistique Loire Atlantique). Dans notre étude, la moyenne d'âge des médecins généralistes ayant accepté l'entretien est de 51,6 ans. Les médecins que nous avons interrogés sont en moyenne plus âgés de quatre ans par rapport à la moyenne de Loire-Atlantique.

Fin 2006, la Loire-Atlantique comptait parmi les médecins généralistes installés 73% d'hommes et 27% de femmes (Sources : fichier ADELI et URCAM). Dans notre étude, il y avait environ 24,2% de femmes et 75,8% d'hommes. Ce qui est comparable.

En Loire Atlantique, il y a 15% des médecins qui exercent en milieu rural et 85% en milieu urbain (au sens de l'INSEE). Nous avons fait le choix dans notre étude de différencier les médecins urbains des ruraux de façon à pouvoir éventuellement faire ressortir des tendances différentes d'où un nombre à peu près égal de médecins de part et d'autre. (48,5% urbains et 51,5% ruraux).

Devant une proportion de femmes légèrement moins élevée en milieu rural, une moyenne d'âge des femmes inférieure à celle des hommes et un rapport à peu près égal entre les généralistes urbains et ruraux, il est logique que la moyenne d'âge des médecins interrogés soit plus élevée.

En Loire-Atlantique pour l'année 2006, la moyenne des patients de plus de 70 ans par médecin généraliste est de 13 % (source CPAM). Dans le cas de notre étude, la moyenne des plus de 70 ans dans la patientèle par médecin généraliste est d'environ 13%.

Si on utilise les rapports existants Ruraux/Urbains de Loire-Atlantique, c'est-à-dire 15% de ruraux et 85% d'urbains, la moyenne des patients de plus de 70 ans dans la patientèle par médecin généraliste est de 14%, soit 1% au dessus. *Ce qui correspond au panel de médecins interrogés, légèrement plus âgés. (L'âge de la patientèle augmente avec l'âge et la durée d'exercice du médecin)*

D'autre part, la durée moyenne d'exercice en Loire Atlantique est de 17,5 ans en moyenne si l'on ne considère que la date de première installation en Loire Atlantique (Source URCAM Loire-Atlantique).

Dans notre étude, la moyenne d'exercice est de 21,5 ans. *La différence peut s'expliquer par une population interrogée un peu plus âgée et par le fait que il y ait des médecins qui ont commencé leur exercice ailleurs qu'en Loire Atlantique.*

Devant ces valeurs qui se rapprochent des moyennes de Loire Atlantique, nous pouvons conclure que l'échantillonnage de médecins de cette étude est représentatif de la population médicale de généralistes de Loire-Atlantique.

4. 2. 3. 2. Présence de biais de mesure

Présence d'un Biais lié à la subjectivité de l'enquêteur et du questionnaire

Il existe dans notre étude des biais liés à la subjectivité de l'enquêteur et du questionnaire. En effet, vu que je connaissais les réponses, je pouvais influencer par inadvertance le médecin lorsque je reformulais les questions.

D'autre part, l'ordre des questions pouvait orienter les réponses. Lors de la question sur la réévaluation de l'ordonnance de traitement devant une IU, les médecins avaient auparavant été interrogés sur l'influence des traitements sur l'équilibre vésico-sphinctérien : leur réponse pouvait donc être influencée vers « toujours ou souvent ». Ce qui a pu créer un biais dans les résultats. (55% toujours et 30% souvent).

Présence d'un biais lié au fait que le médecin généraliste était interrogé :

Le médecin interrogé peut être dans un état de stress qui peut altérer l'objectivité des réponses. Vu qu'il est interrogé, il est moins libre et peut ne pas vraiment être objectif sur ses prescriptions et sa pratique.

Certains médecins ont montré peu d'entrain à répondre aux questions ou étaient très synthétiques (manque de disponibilité, sujet tabou) ce qui peut altérer la valeur des résultats.

4. 2. 3. 3. Biais d'analyse

Notre étude présente des biais d'analyse. En effet le codage des questions ouvertes nécessite une interprétation du transcripteur. La subjectivité du transcripteur est présente et peut altérer ce que veut dire le médecin dans sa réponse.

4. 2. 4. *Améliorations possibles de l'enquête par rapport aux difficultés rencontrées*

Le travail effectué regroupe de nombreuses données rendant leur exploitation difficile et longue pour leur mise en forme. Peut-être aurait-il fallu cibler un point ou deux de la pratique des médecins ? Par exemple, faire d'abord un état des lieux de leurs connaissances, puis faire autre travail sur un état des lieux de leur pratique face à l'IU du sujet âgé.

Quelques biais de mesure auraient pu être évités en modifiant l'ordre des questions. Par exemple, la réévaluation du traitement (évaluation de la pratique) aurait du être mise avant la question sur l'influence de traitement sur l'équilibre vésicosphinctérien (évaluation des connaissances). De même pour la question n°11 sur les facteurs précipitants, il aurait fallu la mettre en début de questionnaire car les médecins pouvaient être influencés par les questions précédentes.

Pour pouvoir comparer la connaissance et la pratique de la ville par rapport à la campagne, il aurait fallu des effectifs plus grands.

Quant à l'aspect chronophage de la méthode, le recueil de données aurait pu être fait au téléphone ou par questionnaire écrit. Mais l'absence dans ces deux cas de l'aspect convivial de la rencontre fait perdre de la valeur objective au recueil des données. Le médecin n'est alors pas forcément en confiance et a moins tendance à se livrer.

4. 3. Populations médicales urbaine et rurale peu différenciables

Aucun test statistique de comparaison des populations médicales rurales et urbaines n'a été réalisé en raison d'effectifs trop faibles. Il ne semble pas y avoir de différence entre les deux populations de façon générale. Certaines tendances ont été relevées dans certains cas.

4. 4. Etat des lieux des connaissances théoriques des médecins généralistes

4. 4. 1. Méconnaissance des différents types d'IU

En effet, les médecins généralistes ne connaissent pas ou ont du mal à différencier les types d'IU :

Les médecins ne connaissent pas bien les différents types d'IU (pourcentage de médecins interrogés ayant cité le type par ordre de fréquence décroissante : IU d'effort 61%, par instabilité vésicale 33%, par regorgement 27%).

Les mécanismes physiopathologiques sont peu connus (un peu plus d'un sur deux quand le type d'IU était cité).

Le Dr Maugourd explique bien que « pour suivre une démarche diagnostique, chaque sémiologie de l'incontinence doit être reliée à sa physiopathologie et à son étiologie ». ¹²

Dans une étude effectuée au Canada auprès de 650 médecins de famille sur l'IU, différencier le type d'IU est une tâche difficile par près de deux tiers des répondants. 46% des répondants pensent « bien comprendre et connaître l'IU » alors que 38% « n'y comprennent rien ». ¹⁸

4. 4. 2. Méconnaissance des facteurs précipitants

Les facteurs précipitants ont été classés après le recueil des données selon une classification proposée par le Dr Maugourd (SFGG) et le Dr MICHEL-LAAENGH (SIFUD). ^{12, 13, 19} Lors de l'entretien nous n'avons pas demandé au médecin de classer les facteurs qu'ils citaient selon cette classification.

Les facteurs écologiques sont peu cités ; ils ne représentent que 4% des réponses. La « décompensation cardiaque » a été classée dans l'item « perte de mobilité » de ma propre initiative mais en raison des troubles dyspnéiques. Mais je n'ai pas fait préciser au médecin la raison. On pourrait la classer au niveau des « erreurs hygiéno-diététiques » ou « traitement médicamenteux ».

Les facteurs d'affaiblissement du contrôle nerveux de la continence représentent 32% des réponses. Parmi ceux là, ils sont tout de même 39% des médecins à citer « les traitements médicamenteux ». La réponse peut être influencée et est donc peu contributive. La question précédente abordait les traitements influant sur l'équilibre vésicosphinctérien. Le syndrome confusionnel est bien cité par 36% des médecins. Les autres items (« syndrome dépressif » « troubles métaboliques » et « erreur hygiéno-diététique ») pourtant importants ne sont cités que par moins de 20% des médecins.

Les facteurs d'irritation sont peu cités (19% des réponses), mis à part l'infection urinaire (55% (n=18) des médecins la citent en question ouverte alors qu'en QCM elle est citée par 97% des médecins). La constipation est peu citée en question ouverte (12%, n=4) alors qu'en QCM, 100% des médecins la citent.

Tous les médecins citent des facteurs n'ayant rien à voir (14% des réponses (n=17)) et/ou des causes chroniques d'altération du système vésico-sphinctérien (31% des réponses (n=37)).

Lorsque l'on analyse les réponses, les médecins n'ont pas vraiment une vision structurée des facteurs précipitants ; ils ne séparent pas les étiologies entre elles, autrement dit, ils mélangent les facteurs précipitants et les mécanismes. Ils ne citent pas les facteurs selon la classification citée auparavant. Cela ne permet pas d'avoir une prise en charge pratique et efficace. Les médecins vont se limiter à une prise en charge liée au mécanisme sans vraiment rechercher ou prendre en compte tous les facteurs précipitants.

Le Dr Maugourd rappelle que, devant une IU récente lors d'une hospitalisation, une démarche structurée et adaptée de l'équipe à l'aide d'un algorithme permet le retour à la situation de continence d'un patient âgé sur deux sans qu'il y ait d'explorations plus poussées.^{12, 13,}

Cf. annexe n° 25

Pour le Dr Michel-Laaengh (SIFUD), la recherche puis la correction de facteurs dits « précipitants » lorsqu'elle est réalisée par des mesures simples, permet une amélioration d'un quart des patients institutionnalisés.

4. 4. 3. *La BU et/ou l'ECBU est l'examen de premier choix pour ¾ des médecins devant une IU récente*

Trois médecins sur quatre (76%) demandent un ECBU ou une BU à la recherche d'une infection urinaire devant la découverte d'une incontinence urinaire. Il faut signaler tout de même qu'il y a quand même presque un médecin sur quatre qui demande un autre examen complémentaire. Il n'y a pas de différences entre la ville et la campagne. Dans la pratique, ils ne sont que 54,5% à citer l'infection urinaire comme facteur favorisant. La recherche d'une infection urinaire (BU/ECBU) est le premier examen complémentaire préconisé par le Dr LA Maugourd, le Pr. Haab et l'HAS.^{8, 10, 13}

Pour la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (en fait écrit par le Dr Maugourd) « Il doit être réalisé de façon systématique chez tout sujet incontinent, avant toute prise en charge. L'existence d'une infection urinaire impose un traitement spécifique et une prise en charge préventive des récurrences. Elle oriente vers la recherche d'un résidu postmictionnel (échographie post-mictionnelle ou bladderscan) ». ²⁰

4. 4. 4. *Méconnaissance de l'influence des traitements sur l'équilibre vésicosphinctérien*

L'IU d'origine iatrogène est sous-évaluée par les généralistes.

Les diurétiques et les morphiniques sont les traitements les plus cités par les généralistes (82 et 73%). Les inhibiteurs calciques et les bêtabloquants étaient très peu cités alors qu'ils sont souvent prescrits chez le sujet âgé. Si on reprend le pourcentage des médecins ayant cité les traitements comme facteur favorisant, ils ne sont que 39%. Les mécanismes d'action sont peu connus en général.

4. 4. 5. *Méconnaissance de l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS)*

L'évaluation gériatrique standardisée est un terme méconnu par les médecins généralistes. 64% (n=21) des médecins ne savent pas ce qu'est une EGS et/ou n'en font jamais (65% (n=11) en campagne et 64% (n=21) en ville).

Nous pouvons nous demander si l'EGS n'est pas un terme technique plutôt employé en milieu hospitalier. Les médecins généralistes ne semblent pas avoir de référentiel précis sur la

première consultation d'un sujet âgé. Lors de l'entretien, j'ai été obligé de repréciser la signification de l'EGS en donnant l'exemple d'une consultation d'une personne âgée pour faire le point sur son état de santé ou lors d'un bilan d'entrée dans une maison de retraite ou lors d'une première consultation. Cet item n'est donc pas interprétable. Cela montre un déficit de formation et aussi peut-être un problème de temps.

Le Pr. Joel Belmin dans son ouvrage « Gériatrie pour le praticien » explique « que sans approche systématisée telle que l'EGS, la plupart des médecins méconnaissent ou négligent certains aspects des problèmes de santé des patients polypathologiques, et sont guidés, le plus souvent sans en avoir conscience, vers les problèmes qui leurs sont les plus familiers et/ou pour lesquels ils ont le plus d'intérêt ».

4. 4. 6. Méconnaissance des précautions d'emploi et des effets indésirables de l'oxybutynine

Lors de la prescription de l'oxybutynine, les médecins ne connaissent que très partiellement les précautions d'emploi, voire pas du tout. 12% des médecins ne connaissaient pas les précautions d'emploi. Ils les mélangent d'autre part avec les effets indésirables (risque de chute, hypotension).

Ils ne sont que 45% à citer la recherche d'un risque de glaucome, 30% la recherche d'un risque de rétention urinaire et seulement 15% à citer le risque de confusion mentale. Le Dr Maugourd conseille, même en début de traitement et en cas d'âge très avancé, d'hospitaliser ou de bénéficier d'un entourage familial attentif sensibilisé sur le risque de confusion mentale.¹² Ce risque de confusion mentale et de désorientation été montré lors d'une étude effectuée par Griffith et coll. ainsi que dans une revue de la littérature récente en 2005^{22, 23}

Dans notre enquête, l'introduction du traitement à dose progressive n'est signalée que par 12% des médecins.

Les médecins généralistes ne sont que 21% à souligner que le traitement ne doit être institué qu'en cas d'instabilité vésicale qui d'ailleurs est l'indication de l'oxybutynine. Dans le Vidal® (auquel 15% des médecins renvoient à la question posée), il est bien précisé dans les précautions d'emploi que le chlorhydrate d'oxybutynine ne doit pas être utilisé dans le traitement de l'incontinence urinaire due à l'effort.

Les effets indésirables :

La sécheresse buccale est l'effet indésirable le plus cité (61% des généralistes interrogés). Elle est effet la cause de l'arrêt des traitements. Dans une revue de littérature incluant 32 études sur l'efficacité des anticholinergiques (Toltérodine, chlorhydrate d'oxybutynine, chlorhydrate de trospium et propivérine), le pourcentage moyen pondéré de patients ayant signalé une sécheresse buccale correspond à 37% des patients.²⁴ C'est en effet l'effet indésirable le plus gênant et le plus cité par les patients. Dans cette même étude, la moyenne pondérée d'arrêt du traitement est de 6,5 % (études effectuées sur une durée de 12 jours à 12 semaines). Une autre étude a montré que sur une durée de six mois le pourcentage d'arrêt de traitement était de 82%.²⁵

Puis viennent le glaucome (27%) la rétention urinaire (24%) qui font écho aux précautions d'emplois citées auparavant. Les médecins ont du mal à différencier les effets indésirables et les précautions d'emploi. Les vertiges et chutes (12%) ainsi que la somnolence (3%) sont peu cités. Comme nous l'avons évoqué ci-dessus, les anticholinergiques et en particulier l'oxybutynine donnent des troubles de l'orientation chez le sujet âgé. C'est d'ailleurs bien précisé dans le Vidal® (« agitation, céphalée, étourdissement, somnolence, hallucinations, cauchemars, effets cognitifs (confusion, anxiété, délire, confusion) ». Les troubles cardiovasculaires évoqués en précaution d'emploi sont aussi évoqués en effets indésirables (3%) ; cité effectivement dans le Vidal® (« tachycardie, arythmie cardiaque »).

9% des médecins ont plutôt tendance à prescrire du Chlorure de Trospium chez la personne âgée. Cela nous montre qu'ils sont sensibilisés sur le risque de somnolence et le risque cognitif de l'oxybutynine.

12% des médecins disent ne pas connaître les effets indésirables de l'oxybutynine. Ce qui pose question. Les médecins généralistes sont-ils sensibilisés sur l'impact de la polymédication de la personne âgée et en particulier la prise d'oxybutynine ? Y-t-il un manque d'habitude de prescription ?

Cette méconnaissance des effets indésirables peut avoir des conséquences sur l'observance des traitements. En effet, l'observance dépend aussi de l'information que l'on va donner au patient. Le rapport d'un colloque organisé par le CRESIF (Comité régional d'éducation pour

la Santé d'Île-de-France) sur « L'observance thérapeutique chez les personnes âgées » bien : « Une bonne connaissance des médicaments par le sujet âgé (...) est un facteur de bonne observance. Savoir à quoi sert le médicament qu'il prend, quels sont les risques s'il s'arrête, s'il existe des interactions avec l'alcool, l'alimentation ou d'autres médicaments, dans quelles situations la tolérance du médicament peut être modifiée est un facteur déterminant. Cette connaissance dépend, on l'a vu, du niveau cognitif de la personne âgée, mais aussi, on le verra des relations avec les professionnels de santé. Les effets secondaires des médicaments sont un motif de non observance thérapeutique souvent souligné par les auteurs. Inversement, il faut souligner que les effets secondaires sont plus graves chez cette population du fait de la fragilité du terrain. ».²⁶

4. 5. Etat des lieux de la pratique des médecins face à l'IU du sujet âgé

4. 5. 1. Les médecins manquent d'un raisonnement structuré pour faire face à l'IU du sujet âgé

4. 5. 1. 1. Recherche partielle des facteurs précipitants une IU

Devant une IU du sujet âgé, les médecins généralistes évaluent correctement certains facteurs précipitants comme les facteurs irritatifs et comme la réévaluation du traitement, même s'ils ne sont pas recherchés systématiquement. Par contre, les facteurs écologiques (Perte de mobilité - Modification récente de l'environnement - Environnement inadapté) sont peu pris en compte, que ce soit l'évaluation de la mobilité du patient ou la réévaluation de l'environnement.

A l'inverse, devant un facteur favorisant, comme un bilan de chute et un état dépressif, les médecins ne recherchent pas ou très peu l'IU. Cela montre une mauvaise démarche dans l'ensemble par les médecins qui ne prennent pas le patient dans sa globalité. L'EGS peut être une solution pour pallier ce déficit. Enfin, cette insuffisance dans la recherche des facteurs précipitants traduit une mauvaise connaissance de l'ensemble de ces facteurs.

Il n'y a pas de différences entre la ville et la campagne.

Dans une étude au Canada via un questionnaire écrit aux médecins généralistes, seulement 37,5% des répondants ont indiqué qu'ils avaient un plan précis pour la prise en charge de l'IU.¹⁸

4. 5. 1. 2. Le BUD et la consultation spécialisé (Uro ou gynéco) demandés de façon courante

- Le BUD est en général souvent demandé par le généraliste chez le sujet âgé incontinent. Ils sont près d'un sur cinq à le demander souvent. Chez le patient institutionnalisé, il s'impose si les mesures simples comme la correction des facteurs favorisants (SFGG) ne sont pas efficaces et si l'état des fonctions supérieures du sujet le permet (MMS > 10).²⁰ Il permet d'élaborer une rééducation efficace. Sinon, il faut se contenter d'une prise en charge symptomatique. En effet le bilan urodynamique demande au sujet âgé une bonne coopération et une forte motivation.⁷ Il faut que le patient puisse signaler sa première envie d'uriner (B1), son besoin normal (recherche de WC, ou B2), son besoin impérieux (B3), voire douloureux (B4).¹²

Pour le Pr. Haab, chez le patient non institutionnalisé, le BUD est indiqué lorsqu'il y a échec des traitements conservateurs, en cas d'incontinence récidivée, lorsqu'un traitement chirurgical est envisagé, lorsqu'un volume vésical résiduel supérieur à 100cc a été mis en évidence ou lorsque le diagnostic de mécanisme de la fuite d'urine reste incertain.⁸

- *Les examens complémentaires dont le BUD représentent aussi une difficulté signalée par les médecins (18% des médecins la citent).* Mais de par leur connaissance limitée, ils ont du mal à justifier l'indication de l'examen complémentaire. Ainsi ils ont rapidement recours au bilan urodynamique et au spécialiste sans qu'il ne soit vraiment fait une démarche diagnostique logique.

Ils parlent beaucoup du spécialiste comme l'urologue ou le gynécologue mais ne proposent pas de voir un gériatre.

- La consultation spécialisée urologique ou gynécologique est demandée régulièrement. Elle est selon les généralistes demandée de façon très variable. *Ils sont tout de même 9% à toujours la demander.* ; A souligner qu'il existe une différence entre la médecine de ville et de campagne : les médecins de ville ont tendance à la demander plus souvent que les médecins de campagne

Y a-t-il un défaut de prise en charge chez les médecins de campagne ou au contraire savent-ils mieux la prendre en charge et demandent donc moins d'avis spécialisé ? Est-ce que l'accessibilité aux consultations spécialisées et/ou au BUD est meilleure en ville qu'à la campagne ? Aucune étude ne l'a montré mais néanmoins sur le terrain on s'aperçoit que le médecin de ville est moins disponible et aurait donc tendance à plus renvoyer vers le spécialiste pour se décharger. (Dans le recueil des données : plus de refus d'entretien en ville qu'en campagne, médecins souvent plus agréables et avenants en campagne qu'en ville) ;

Dans le cadre de l'IU, pour la SFGG, « après avoir effectué une démarche d'évaluation globale et de diagnostic précis, un examen clinique complet associé à une évaluation minimale des fonctions supérieures, il ne faut pas hésiter en cas de doute à demander un avis spécialisé ». ²⁰ Le Dr Maugourd propose un algorithme permettant de savoir à partir de quand il faut demander un avis spécialisé, un BUD. ¹²

Cf. annexe n° 26

Dans une enquête via un questionnaire postal aux médecins généralistes danois sur leur prise en charge de l'IU de la femme, les médecins avaient tendance à renvoyer rapidement vers un spécialiste (entre 50 et 66% des médecins interrogés). ²⁷

4. 5. 2. Il existe un défaut de prise en charge globale de l'IU du sujet âgé

4. 5. 2. 1. Une seule nouvelle prise en charge d'IU du sujet âgé par médecin et par mois

Dans notre étude, le médecin généraliste effectue en moyenne une nouvelle prise en charge d'IU par mois. C'est très peu. *Cela montre que le dépistage actif et la prise en charge de l'IU du sujet âgé ont tendance à être insuffisants.* Les médecins qui débute le plus de nouvelle prise en charge d'IU sont ceux qui ont la capacité de gériatrie (5 par mois, 2 par mois, 3 par deux mois). La question sur le nombre de nouvelles prises en charge d'IU chez le sujet âgé a été difficilement compréhensible par le médecin. J'ai été obligé très souvent de reformuler la question. Ce résultat est difficilement interprétable car pour une bonne cohérence, il faudrait tenir compte de la proportion de sujets âgés dans chaque population de patientèle des médecins.

4. 5. 2. 2. Le patient âgé quand il s'en plaint n'est pas toujours traité

Lorsque le patient se plaint, le médecin généraliste prend en charge l'IU mais ne le fait pas toujours. *18% des médecins ont répondu souvent (contre 82% toujours) lorsque la gêne était exprimée par le patient. En d'autres termes, il arrive à près d'un médecin sur cinq de ne pas toujours prendre en charge l'IU du sujet âgé quand il s'en plaint.* Il existe une différence campagne/ville à mentionner : 94% contre 68%.

La raison n'est pas évidente à montrer. Problème de disponibilité des médecins ? En ville le médecin devrait avoir plus de temps. Problème de mentalité ? Le médecin de campagne, malgré un travail accru, serait-il plus disponible à la demande du patient ? Cela montre un problème de priorité dans les prises en charge du médecin. Le médecin peut faire passer au second plan les problèmes d'IU même quand le patient lui en parle.

Lorsque la famille ou l'entourage en parle, ils sont 76% en campagne contre 50% en ville à la prendre toujours en charge. Idem pourquoi la campagne prendrait-elle mieux en charge l'IU par rapport à la ville ?

A l'occasion d'un autre motif de consultation pouvant entraîner l'incontinence urinaire, ils ne sont plus que 58% à la prendre régulièrement en charge (toujours 27% et souvent 31%). Il n'y a pas de différence ville/Campagne. *Cela montre de même un défaut de prise en charge globale du patient.*

La question à laquelle il faut réfléchir est la suivante : Ne doit-on prendre en charge l'IU que si et seulement si le patient en parle et signale une gêne ou doit-on en prévention la prendre en charge dès qu'il y a une suspicion sans que le patient en ait parlé ? Doit-on faire un dépistage systématique quelle que soit la situation clinique ?

Malgré tout cela, les médecins sont sensibilisés sur la fréquence de l'IU de la personne âgé. L'objectif de la question sur la prévalence était surtout d'introduire le sujet. Il n'y a pas de réponse exacte puisque en fonction des études il y a des fluctuations allant d'environ 10 à 50% chez les plus de 65 ans.^{4, 5, 6, 7} Le résultat à cette question est peu analysable. Elle montre tout de même que 52% des médecins pensent que la prévalence de l'IU chez les plus de 65 ans à domicile est supérieure à 25%. On peut dire qu'ils sont quand même un peu sensibilisés sur le problème.

4. 6. Pourquoi y a-t-il des déficits dans les connaissances et la pratique des médecins généralistes face à l'IU du sujet âgé

4. 6. 1. La population médicale s'estime et est peu ou mal formée

Dans son rapport sur l'IU en avril 2007 pour le Ministère de la santé et des solidarités, le Pr. Haab souligne que « la formation initiale des médecins est actuellement extrêmement limitée sur cette question. En moyenne, seule une heure d'enseignement théorique est réservée à cette question au cours du second cycle des études médicales. La question inscrite sur cette problématique de santé dans le cadre du programme de l'Examen Classant National ne concerne que les aspects diagnostiques et non la prise en charge, ce qui est en contradiction avec les recommandations de prise en charge de la Haute Autorité de Santé. ».⁹ Devant ce constat, le médecin généraliste a toutes les chances de ne pas être à l'aise avec cette pathologie, de ne pas la rechercher activement et de ne pas bien la prendre en charge par des moyens appropriés.

Dans cette étude, les médecins s'estiment pour près de trois sur quatre mal formés sur l'IU du sujet âgé. Ce qui correspond dans l'étude aux résultats de l'évaluation de leurs connaissances.

Dans une enquête auprès d'un échantillon de médecins via un cas clinique discuté sur l'IU du sujet âgé et enregistré, les médecins évoquent un manque de formation en général.²⁸ Dans une autre enquête au Danemark via courrier postal auprès des médecins généralistes, 76% des médecins estiment leurs connaissances insuffisantes à propos de l'IU de la femme.²⁷

Comme les médecins sont peu formés et/ou mal formés, ils ont du mal à encadrer et à motiver les équipes pour une bonne prise en charge de l'IU du sujet âgé. *En effet dans notre étude, 9% des médecins interrogés évoquent comme difficulté dans leur pratique « la formation et la motivation des équipes en maison de retraite ».*

4. 6. 2. L'IU du sujet âgé est considérée comme un vaste problème culturel

L'IU est considérée comme un vaste problème culturel (tabou, honte et pudeur) tant du côté du patient que du côté du praticien. Cela correspond à 49% des difficultés signalées par les médecins.

4. 6. 2. 1. Le patient n'en parle pas ou ne veut pas en parler

En effet, le patient n'en parle pas ou ne veut pas en parler parce qu'il en a honte, c'est tabou; 33% des médecins le citent : « Il y a une certaine honte du patient qui rend difficile l'abord du problème ».

Les différentes enquêtes le montrent bien :

Aux USA, lors d'une étude réalisée via un questionnaire téléphonique auprès des plus de 60 ans ayant des fuites urinaires au moins une fois par semaine et ayant consulté leur médecin récemment pour autre chose a montré que lorsque le médecin ne demande pas s'il existe des symptômes d'IU, il n'y a que 31% des personnes affectées d'une IU qui vont en parler. Les deux raisons principales étaient que l'IU n'était pas considérée comme un problème important et que c'était une composante normale du vieillissement. ».²⁹

Une autre étude a montré que la personne âgée préfère dire qu'elle a des difficultés à contrôler sa vessie plutôt que de dire qu'elle a une incontinence urinaire.³⁰ Dans une autre étude, les patients âgés sont peu enclins à ouvrir une discussion sur l'IU (25% chez les femmes et 36% chez les hommes). Les raisons incriminées étaient la pudeur, la honte, la méconnaissance des traitements disponibles, la peur de la chirurgie et l'acceptation du problème « en utilisant les moyens du bord ».³¹ Lors d'un sondage dans le Michigan seulement un quart des personnes de 60 ans et plus se disant incontinentes urinaires avaient discuté de l'IU avec leur médecin traitant dans l'année précédente.³²

En Angleterre, plus du tiers des patients qui avaient des fuites fréquentes, déclarées comme problématiques, n'avaient pas eu recours aux soins médicaux. Les critères déterminants pour une demande de soins étaient l'augmentation des fréquences des incontinences, le vécu problématique et l'inconfort causé par l'humidité des sous-vêtements.³³

En Irlande, une étude qualitative par des entretiens semi structurés auprès de 21 médecins généralistes sur leur prise en charge des femmes ayant une IU a montré que les médecins avaient conscience que les femmes ne parlaient pas de leurs problèmes urinaires.³⁴

Aux Pays-Bas, les médecins interrogés évoquent une résignation et une acceptation du problème par les patients.²⁸ Dans une autre enquête, Teunissen et coll montre que 54% des sujets de sexe masculin et 50% des sujets de sexe féminin avec perte d'urine n'ont jamais cherché l'aide du médecin traitant (généraliste). Les raisons de non consultation étaient : « symptôme pas assez grave pour consulter », « arrive à corriger lui-même ses troubles », « pas de prise de conscience que la pathologie est curable », « c'est normal à notre âge », « fatalité », « perte d'urine peu importante par rapport au reste de notre santé », « acceptation de plus de maux physiques que les jeunes ». Le sujet âgé consultait quand les pertes devenaient plus importantes et trop gênantes ou pour obtenir du matériel d'incontinence ou lorsque il existait une peur d'une maladie sous-jacente.³⁵

En France, dans son programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles, le ministère de la santé souligne que « l'incontinence est un sujet souvent tabou, à tel point que les patients mettent de 5 à 7 ans avant de consulter ».³⁶ Une autre étude en France a montré en revanche que si on sensibilise la personne âgée sur le problème de l'incontinence urinaire, elle a tendance à plus fréquemment parler de son IU à son médecin traitant (1,5 fois plus) et a donc plus fréquemment (3,2 fois plus) bénéficié d'une prise en charge par des examens complémentaires ou/et par un traitement.³⁷

En Allemagne, une étude a montré en 1996 que les patients ne veulent pas parler de leur problème d'incontinence, c'est tabou, et que 43,18% des patients incontinents n'avaient pas encore parlé de leur IU à leur médecin et ne recevaient donc pas les soins appropriés.³⁸

Enfin au Canada, une étude a montré que les patients, quel que soit leur âge, étaient gênés pour parler de leurs problèmes d'IU.¹⁸

4. 6. 2. 2. Les médecins généralistes n'en parlent pas, c'est tabou

Dans notre étude, 30% des médecins interrogés citent cette difficulté ; c'est tabou ! « *Ce qui est difficile c'est d'en parler* » ; « *Ce n'est pas une pathologie qui me passionne* ».

Comme ils n'en parlent pas, ils ont donc du mal à évaluer la gêne du patient (*citée dans notre étude par 24% des médecins interrogés*). *Savoir le degré de la gêne du patient est nécessaire à une bonne prise en charge.*

Dans une étude au Danemark, 50% des médecins expriment avoir de l'intérêt dans la prise en charge de l'IU de la femme.²⁷

Au Canada, une étude a montré que seulement un tiers des médecins sont à l'aise avec l'IU en général et que moins de la moitié demande au patient s'il a des fuites urinaires.¹⁸

Aux USA, une étude a montré que les médecins de famille ne demandent spontanément si le patient âgé a des fuites urinaires que dans 11% des cas.³⁹ Et une autre étude a montré que 64% des patients ayant consulté et qui déclarent avoir par semaine au moins un épisode d'IU n'ont pas été interrogés par leur médecin à propos de cela.²⁹

4. 6. 2. 3. Le sujet âgé ne veut pas qu'on l'examine et le médecin n'examine pas ou peu

Il n'y a pas eu de questions dans notre étude sur l'examen clinique mais certains médecins l'ont abordé. Le médecin n'examine pas ou a du mal à examiner le patient qui ne le souhaite pas : « *Mais je ne vais pas au devant et je ne recherche pas activement l'IU peut-être par pudeur* » ; « *Impossibilité de faire un examen clinique chez la personne âgée, c'est honteux, c'est tabou* ».

Une étude aux USA consistant à comparer la prise en charge de l'IU par différents intervenants de santé chez le sujet âgé, a montré qu'en cas d'IU les hommes sont mieux examinés que les femmes (pas ou très peu d'examen pelvien chez la femme).³⁹

4. 6. 2. 4. Le médecin ne prend pas en charge l'IU du sujet âgé par fatalité

Dans notre étude, 21% des médecins pensent que c'est une fatalité chez la personne âgée et qu'il n'y a pas grand-chose à faire : *« Chez les soignants d'une façon générale, il existe une certaine fatalité envers les patients qui sont très atteints qui ont déjà pas mal d'handicap » « Une IU du sujet âgé ou pas âgé ça ne va pas le tuer » « on a tendance à prendre cela comme une fatalité. »* Le médecin ne voit pas l'IU comme une pathologie mais plutôt comme un symptôme qui ne met pas en jeu le pronostic vital. Pourtant l'IU met en jeu le pronostic d'autonomie et d'indépendance. Un patient âgé incontinent est un patient qui ne pourra pas rester longtemps à la maison. Aux USA, une étude concernant la prise en charge de l'IU du sujet âgé a montré que les médecins recherchent moins bien l'IU chez les sujets *très* âgés par rapport aux sujets *moins* âgés.³¹

Dans notre étude, près d'un médecin sur quatre évoque comme difficulté la prise de décision de prise en charge en fonction de la comorbidité. Cela renvoie au problème de la fatalité : pour le médecin, l'IU n'est pas considérée comme une pathologie prioritaire et vitale et la prise de décision de traiter l'IU est donc difficile. *« Les personnes âgées ont généralement bien d'autres soucis supplémentaires et nous, ça nous apportent beaucoup plus de dépister un diabète, une artérite, une insuffisance rénale... » ; « Ce qui m'embête beaucoup, ce sont les personnes âgées qui ont de multiples pathologies si bien que je ne m'affole pas sur le problème de l'IU ».*

La gestion des traitements médicamenteux va aussi altérer la prise en charge des patients IU. En effet, 6% des médecins interrogés expriment une difficulté à gérer les effets secondaires des traitements médicamenteux. Devant une forte ordonnance de médicaments, le médecin a tendance à s'abstenir plutôt que de rajouter un autre traitement en plus.

4. 6. 3. Doute des médecins sur l'efficacité des thérapeutiques chez le sujet âgé

Pour 9% des médecins, la thérapeutique de l'IU du sujet âgé est limitée et n'est pas assez efficace.

Aux Pays-Bas, une enquête a montré que les médecins avaient en fait un « nihilisme thérapeutique envers l'IU », autrement dit qu'ils étaient très pessimistes sur les thérapeutiques proposées.²⁸

Pourtant, le Dr N. Michel-Laaengh expose en 2001 que « les possibilités de prise en charge de l'IU du sujet âgé sont de plus en plus performantes et le résultat de certaines interventions chirurgicales dans ces tranches d'âge va se préciser prochainement » (tels le TVT et le TOT).¹⁹

Et selon le Dr Maugourd, la prise en charge des troubles sphinctériens met en œuvre de nombreuses techniques dont aucune ne connaît de limites imposées par l'âge du sujet comme par exemple la rééducation périnéo-sphinctérienne possible à tout âge à condition que le patient n'ait pas de troubles des fonctions supérieures et soit compliant et motivé.¹³

4. 6. 4. Problème du coût des traitements palliatifs

9% des médecins ont évoqué le problème du coût des traitements palliatifs non remboursés. Cette réalité a été soulignée dans le rapport du Professeur HAAB (Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire Ministère de la Santé et des Solidarités AVRIL 2007)⁹ :

« Les produits absorbants ne sont pas inscrits dans la LPP (Liste des Produits et Prestations remboursables par l'assurance maladie) et ne bénéficient d'aucune prise en charge directe mise à part l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour les personnes de plus de 60 ans qui en bénéficient. (...) Le marché des palliatifs est sous valorisé et sous-exploité par les fabricants du fait du tabou de l'incontinence dans nos sociétés et de la gêne vis-à-vis de l'achat pour les incontinents légers. En effet, cette catégorie d'incontinents a recours à des substituts tels que les mouchoirs en papier ou les protections périodiques pour l'hygiène périodique féminine. Les fabricants de protège-slips ont bien observé ce phénomène... *et commencent à proposer des articles...* à destination des incontinents légers, sans pour autant, communiquer clairement sur l'utilisation de cette nouvelle gamme de produits. Ce succès commercial auprès des incontinents légers démontre le tabou qui règne autour de l'incontinence et de l'acte d'achat des palliatifs. Le panier moyen d'un incontinent qui utilise les protections adéquates est compris entre 30 € et 150 € par mois selon le type d'incontinence.

Prenons le cas d'une personne touchée par une incontinence légère. Elle aura une consommation de l'ordre de 3 protections sur un cycle de 24 heures, 2 en journée et une pour la nuit. Elle aura donc besoin en moyenne de 90 protections dans le mois, ce qui correspond à un coût réel de 38 euros. Dans le cas d'une personne touchée par une

incontinence moyenne à forte, la consommation en moyenne sera de 2 slips absorbants en journée et 1 pour la nuit ce qui correspond à un coût réel de 133 euros.

Contrairement à la majorité des pays européens, les palliatifs absorbants ne sont pas remboursés en France par l'assurance maladie. Par ailleurs, le taux de TVA appliqué en France est de 19,6%. Aujourd'hui, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est la seule aide qui permet de financer l'achat des produits palliatifs. »

4. 6. 5. Le patient (et/ou sa famille) n'est motivé(e) ou ne comprend pas les traitements

33% des médecins interrogés expriment cette difficulté dans leur pratique.

Dans une enquête auprès de médecins généralistes, Teunissen et coll. évoque « le manque de motivation des patients dans la thérapeutique ». ²⁸

4. 6. 6. La consultation et la prise en charge de l'IU prennent trop de temps

Au niveau des difficultés de prise en charge (47% des réponses), le temps de consultation est trop limité pour avoir le temps de rechercher activement l'IU (12% des médecins le citent).

Lors d'une thèse effectuée en 2004 par le Dr I. JAMET (Etude sur une typologie des consultations en médecine générale - Résultats d'une enquête descriptive prospective sur 3142 actes), La durée de la consultation est en moyenne de 16,18 minutes. 58,56% font moins de 16 minutes et 24,70 entre 16 et 20 minutes, 6,81% plus de 25 minutes. La durée croît avec l'âge du patient. Elle est de 16,3 à la campagne et 17,1 en ville. ⁴⁰

Selon l'enquête de la DREES réalisée en 2002 auprès des médecins généralistes libéraux, les consultations et visites durent en moyenne 16 minutes. ⁴¹ Les enquêtes auprès des généralistes expriment bien cette difficulté. Ainsi, une enquête au Danemark a montré que les généralistes pour la prise en charge de l'IU chez la femme avaient tendance à renvoyer vers plus facilement un spécialiste, par manque de temps. ²⁷

En Allemagne, les médecins évoquent une augmentation du nombre de patients et donc un manque de temps et ont tendance à négliger les problèmes d'IU surtout si le patient n'en parle pas. ³⁸

Un article scandinave paru montre que, pour les médecins de famille, l'IU de la personne âgée est consommatrice de temps. ²⁸

Les médecins ont tendance à donner un traitement assez rapidement. Une étude aux USA a montré que, malgré le peu d'investigation (interrogatoire, examen physique et examen complémentaire) permettant d'avoir un diagnostic élaboré, des traitements étaient mis en place dans 48% des cas.³⁹

4. 7. Proposition d'aides peu plébiscitée !

4. 7. 1. Acceptation d'une formation seulement chez un médecin sur deux

La formation sur l'IU du sujet âgé est acceptée par à peu près un médecin sur deux (FMC et/ou Brochure), ce qui montre quand même un désintéressement pour la pathologie.

La brochure était refusée : « *NON car je la met dans un tiroir, ce n'est pas sûr que je l'utilise* » ; « *NON pour la brochure car il faut l'avoir avec soi* » ; « *NON en pratique on ne s'en sert pas...* »

4. 7. 2. Réticence à une consultation gériatrique spécialisée sur l'IU

La consultation gériatrique n'est pas forcément vue d'un bon œil. Seulement 55% des médecins y seraient intéressés.

« *Le problème avec les personnes âgées que j'ai, si on commence à les envoyer à droite et à gauche ils commencent à être paumés* »

« *Je ne vois pas en quoi que je pourrais bénéficier d'une consultation spécialisée du sujet âgé IU alors que je bénéficie d'une consultation urologique qui prend toutes les personnes quelque soit leur âge* » ; « *Nos collègues urologues font ça très bien,* » ; « *Si j'ai un souci avec un patient, je l'envoie chez l'urologue* » ; « *Les urologues s'en sortent pas si mal donc NON* » ; « *non je travaille avec des correspondants qui me conviennent* »

Environ la moitié des généralistes sont réticents pour à utiliser par la suite une consultation gériatrique spécialisée sur la prise en charge de l'IU. Il faudra un travail important d'information et de sensibilisation des généralistes avant d'ouvrir cette consultation.

CONCLUSION

Des insuffisances dans la prise en charge de l'IU du sujet âgé (connaissances théoriques et pratiques) ont pu être mises en évidence dans cette étude chez les médecins généralistes de Loire-Atlantique indépendamment du lieu d'exercice (ville ou campagne).

Les médecins ne connaissent pas bien les différents types d'IU (pourcentage de médecin interrogés ayant cité le type par ordre de fréquence décroissante : IU d'effort 61%, par instabilité vésicale 33%, par regorgement 27%). Les facteurs précipitant une IU sont méconnus et cités sans cohérence. La BU et/ou l'ECBU reste l'examen de premier choix pour $\frac{3}{4}$ des généralistes devant une IU récente du sujet âgé. L'influence de traitements sur l'équilibre vésico-sphinctérien n'est pas maîtrisée. Le maniement de l'oxybutinine n'est pas maîtrisé surtout dans ses précautions d'emplois chez le sujet âgé.

Devant ces lacunes, il est normal d'avoir un raisonnement altéré dans la pratique pour faire face à l'IU du sujet âgé. Les médecins ne font qu'une recherche partielle des facteurs précipitants et ont tendance à demander plus fréquemment le BUD et la consultation spécialisée. Enfin, le patient âgé quand il s'en plaint n'est pas toujours traité.

Les raisons de ces lacunes sont multiples. La population médicale s'estime et est peu ou mal formée. L'incontinence est considérée comme un vaste problème culturel que ce soit du côté du patient comme de celui du médecin. Le patient n'en parle pas et/ou ne veut pas en parler par pudeur, honte et fatalité. Les médecins n'en parlent pas et ne la recherchent pas pour les mêmes raisons. Le patient n'est pas motivé et ne comprend pas toujours le traitement proposé. Les médecins ne connaissent pas et doutent de l'efficacité des thérapeutiques chez le sujet âgé. Les traitements palliatifs ont un coût non négligeable qui vient altérer la prise en charge. Enfin la prise en charge de l'IU chez le sujet âgé prend trop de temps.

Les aides proposées n'ont pas été très plébiscitées. Globalement réticents à la consultation gériatrique spécialisée sur l'IU, 50% des médecins sont d'accord pour recevoir une formation.

Les médecins considèrent l'IU comme un symptôme qui n'est pas lié directement au pronostic vital et donc non prioritaire. Il semblerait qu'ils ne mesurent pas particulièrement chez le sujet âgé, l'enjeu de l'IU dont le risque d'institutionnalisation est important.

Pourtant l'incontinence urinaire n'est plus inéluctable. La prise en charge des troubles vésicosphinctériens met en œuvre de nombreuses techniques dont aucune ne connaît de limites imposé par l'âge du sujet. Chaque stratégie doit être adaptée à chaque individu et selon ce qu'il souhaite en retirer comme bénéfice. De par l'aspect effectivement non vital, le patient doit choisir entre la gêne sociale et psychologique et la lourdeur des thérapeutiques proposées. Le praticien est là pour dépister, proposer des solutions et conseiller.

Une réflexion est nécessaire pour d'une part amener les généralistes à se former sur le sujet et passer au-delà des tabous afin d'améliorer l'abord de l'IU et sa prise en charge avec le patient âgé et d'autre part en sens inverse mettre en place une éducation sanitaire chez les personnes âgées afin de favoriser l'échange avec leur médecin sur leur problème d'incontinence urinaire.³⁷ Ainsi pour ce qui est des médecins nous pouvons proposer une brochure reprenant les résultats les plus marquants de notre étude.

Cf. annexe 27

Enfin, si la prise en charge pose problème, la consultation gériatrique spécialisée sur l'IU prend là toute sa place à condition que les médecins y pensent et adressent les patients. Un important travail d'information en amont auprès des médecins généralistes est à réaliser avant de créer cette consultation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INSEE : Espérance de vie à divers âges
http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle_fiche.asp?ref_id=NATCCF02207&tab_id=10 (vérifié le 09/06/2008)
2. INVS – BEH, La santé des personnes âgées n°5-6/2006 : p 37-52 :
http://www.invs.sante.fr/beh/2006/05_06/beh_05_06_2006.pdf (vérifié le 09/06/2008)
3. DREES : Les différents modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes in « document de travail enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance » p 27-39 : <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud16.pdf> (vérifié le 09/06/2008)
4. Ballanger P, Rischmann P: Incontinence urinaire de la femme. Evaluation et traitement. Chapitre 2 : Epidémiologie - coût. Prog Urol, 1995, 5, 747 – 752 : <http://www.urofrance.org/BaseUrofrance/PU-1995-00050747/TEXF-PU-1995-00050747.PDF> (vérifié le 09/06/2008)
5. Fourcade R.O., Gaudin A.F., Mazetta C., Robertson C., Boyle P., Prévalence des troubles du bas appareil urinaire et de l'incontinence chez les adultes auxerrois, volet français de l'étude UrEpik, La presse Médicale : Février 2002- 31 – N°5 : 202-209.
6. Molander U., Sundh V., Steen B. Urinary incontinence an related symptoms in older men and women studied longitudinally between 70 and 97 years of age. A population study, Arch. Gerontol. Geriatr. 35 (2002) 237-244
7. Corpus de gériatrie, Incontinence urinaire et fécale du sujet âgé, Collège national des enseignants de gériatrie agence 2M2, Janvier 2000 : 109-117 : <http://www.longuevieetautonomie.com/ww/1131088595848400.pdf> (vérifié le 09/06/2008)
8. Haab F., Castel E., Ciofu C., Coloby P., Delamas V., Physiopathologie et évaluation de l'incontinence urinaire de la personne âgée non institutionnalisée, Progrès en Urologie (1999), 760-766.
<http://www.urofrance.org/BaseUrofrance/PU-1999-00090760/TEXF-PU-1999-00090760.PDF> (vérifié le 09/06/2008)
9. Haab F., Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire, Ministère de la Santé et des Solidarités, Avril 2007, Université Paris VI, hopital Tenon, Paris : http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/haab_incontinence/rapport.pdf
10. HAS (ex ANAES) Recommandation pour la pratique clinique : Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale mai 2003 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_mise_en_page_2006_2006_12_01_10_19_39_825.pdf (vérifié le 09/06/2008)
11. OMS : Communiqué de presse OMS/49 1 juillet 1998 : l'organisation mondiale de la santé organise la première consultation internationale sur l'incontinence : <http://who.int/inf-pr-1998/fr/cp98-49.html> (vérifié le 09/06/2008)
12. Maugourd-Bizien M.-F., Vetel J.-M., Bizien A., Incontinence urinaire des personnes âgées, Edition MEDSI/McGRAW-HILL 1988 Paris
13. Maugourd M.F., Caplain A., Cappelletti M.C., Minaire P., La prise en charge de l'incontinence urinaire de la personne âgée, in Gérontologie fondamentale clinique et sociale, Ed. B. duportet Sauramps Médical, 1992, 498-510.

14. Bourin M., Jolliet P., Pharmacologie générale et pratique, Ed. Ellipse, Jan 1999, 64-101
15. De Singly F. l'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Nathan Université édition 2002
16. Bourgault J., Entretiens semi-directifs pour fins de recherche : conseils pratiques, version de travail du 17 décembre 2001, cours de Sciences politiques de l'université de Québec à Montréal.
17. Le Bert C., Prise en charge de la chute de la personne âgée : étude auprès de 30 médecins généralistes de Loire Atlantique, Thèse pour le diplôme de docteur en médecine, université de Nantes, 2004
18. Graham Swanson J., Skelly J, Hutchison B, Kaczorwski J, Urinary incontinence in Canada , National survey of family physicians knowledge, attitudes, and practices, Can Fam physician - Janv 2002; 48: 86-92
19. Michel-Laaengh N., Abadie M., Ranovona C., Moussa H., Knafo D., Maugourd M.F., Incontinence en gériatrie : quelle prise en charge pour quel patient ?, La Presse méd. 02/2001 – 30 – N° 7 : 308-11
20. Société Française de Gériatrie et de Gérontologie Incontinence urinaire Stratégie diagnostique et thérapeutique in Les Bonnes Bonne pratiques de Soins en EHPAD, Ministère de la Santé de la jeunesse et des sports . p 66-69.
21. Belmin J., Chassagne P., Gonthier R., Jeandel C., Pfitzenmeyer P. - Concept d'Evaluation Gériatrique Standardisée ou Geriatric assessment in Gérontologie (pour le praticien) ; Paris : Masson, 2003, p. 24-26 (en ligne : <http://books.google.fr/books?id=nka1jIzK0skC&pg=PA74&lpg=PA74&dq=evaluation+gériatrique+standardise+belmin&source=web&ots=ev3S9HHOWj&sig=zieAjhhe0WfU0vK1-AsxRSrwDE8&hl=fr#PPA24,M1> (vérifié le 09/06/2008)
22. Griffiths Derek J., McCracken Peter N., Harrison Gloria M, Moore Katherine N. Urge incontinence in elderly people: Factors predicting the severity of urine loss before and after pharmacological treatment Neurourology and Urodynamics 1996 Volume 15, Issue 1 , Pages 53 - 57
23. Kay, Gary G.; Abou-Donia, Mohamed B.; Messer, William S.; Murphy, Declan G.; Tsao, Jack W.; Ouslander, Joseph G : Antimuscarinic Drugs for Overactive Bladder and Their Potential Effects on Cognitive Function in Older Patients, Journal of the American Geriatrics Society, Volume 53, Number 12, December 2005 , pp. 2195-2201(7)
24. Herbison P., Hay-Smith J., , Ellis G., Moore K. : Effectiveness of anticholinergic drugs compared with placebo in the treatment of overactive bladder: systematic review. BMJ. 2003 April 19; 326(7394): 841-7
25. Kelleher C., Cardozo L., Khullar V., Salvatore S. A Medium Term Analysis of the Subjective Efficacy of Treatment for Women with Detrusor Instability and Low Bladder Compliance. The Journal of Urology, 1997 - Volume 159, Issue 3, Pages 1109-1110
26. CRESIF : BAUER C., TESSIER S.- Observance thérapeutique chez la personne âgée : synthèse documentaire. Novembre 2001 ; p 16-17 : <http://www.cresif.org/pdf/syntheseobservance.PDF> (vérifié le 09/06/2008)
27. Lose G, Jacobsen AT, Madsen H, Thorsen P, Tibaek S, Johansen B. General practitioner's knowledge and attitude to assessment and treatment of women with urinary incontinence. A questioner among general practitioners in Danemark. Ugeskr Laeger 2001 Sept 17 ; 163 (38) : 5183-8 (in Danish)

28. Teunissen D, Van Den Bosch W, Van Weel C., Lagro-Janssen T. Urinary incontinence in the elderly : attitudes and experiences of general practitioners. A focus group study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2006; 24: 56-61.
29. Dugan E, Roberts CP, Cohen SJ, Preisser JS, Davis CC, Bland DR, Albertson E. Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001 Apr ; 49 (4) : 462-5
30. Cochran A., Response to Urinary Incontinence by Older Persons living in the community, *Journal of Wound, Ostomy Continence & Nursing*. 25(6):296-303, November 1998. 25 (6) : 296-303, novembre 1998.
31. Cohen S.J., Robinson D., Dugan E., Howard G, Suggs P.K., Pearce K.F., Carroll D.D., McGann P., Preisser J.; Communication between older adults and their physicians about urinary incontinence. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1999 Jan;54(1):M34-7
32. Herzog AR, Fultz NH, Normolle DP, Brock BM, Diokno AC., Methods used to manage urinary incontinence by older adults in the community. *J Am Geriatr Soc*. 1989 Apr;37(4):339-47.
33. Stoddart H, Donovan J, Whitley E, Sharp D, Harvey I. Urinary incontinence in older people in the community: a neglected problem? *British Journal General Practice*, July 2001, 51, 548-554.
34. Grealish M., O'Dowd T.C., General practitioners and women with urinary incontinence., *British Journal of General Practice*, 1998, 48, 975-978
35. Teunissen D., Van Weel C., Lagro-Janssen T., Urinary incontinence in older people living in the community: examining help-seeking behaviour ; *Br J Gen Pract*. 2005 October 1; 55(519): 776-782.
36. Ministère de la Santé ; L'incontinence urinaire Développer la prévention en direction des personnes âgées fragiles dans Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005 : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pers_ag_soins/prog/1pers.htm (vérifié le 09/06/2008)
37. Beguin A.M., Belmin J., Incontinence urinaire du sujet âgé : l'éducation sanitaire améliore l'accès au soins – *La presse médicale* : mars 1998 ; 27/n° 10 : 477-479.
38. Welz-Barth A, Fûsngen I, Melchior HJ. 1999 Rerun of the 1996 German Urinary Incontinence Survey : Will doctor ever ask ? *World J Urol* (2000) 18: 436-438
39. Jones T. V., Bunner S. H., Approaches to Urinary Incontinence in a Rural Population : A comparison of Physician Assistants, Nurse Practitioners, and Family Physicians. *J AM Board Fam Pract* 11 (3) : 207-215, 1998.
40. Jammet I. Etudes sur une typologie des consultations en médecine générale - Résultat d'une étude descriptive prospective sur 3142 actes, Thèse pour le diplôme de docteur en médecine, Université de Poitiers, 2004 http://www.sfm.org/Publication/these/these_typo.html (vérifié le 09/06/2008)
41. Breuil-Genier P., Goffette C. , La durée des séances des médecins généralistes ; DREES N° 481, avril 2006 : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er481/er481.pdf> (vérifié le 09/06/2008)

ANNEXES

Annexe n° 1 : Le questionnaire proposé lors de l'entretien

1 – Quel âge avez-vous ?

2 – Quelle est la date de votre premier exercice ?

3 – Avez-vous eu une formation en gériatrie (capacité) ?

4 – Quelle est la proportion de patients de plus de 70 ans dans votre patientèle (cf. SNIR) ?

5 – Quelle est la prévalence de l'incontinence urinaire de la personne âgée de plus de 65 ans à domicile ?

a - moins de 25 %

b - Entre 25 % et 50 %

c - Entre 50 % et 75 %

d - Entre 75 % et 100 %

e - Ne sait pas

6 – Dans votre pratique médicale, parmi ces différentes situations cliniques, quelle est la fréquence à laquelle vous êtes amené(e) à réaliser un dépistage de l'incontinence urinaire du sujet âgé ?

a – Dans le cadre d'une évaluation gériatrique standardisée :

① Jamais

② Rarement

③ Parfois

④ Souvent

⑤ Toujours

b – Lors de l'existence de pathologies pouvant entraîner l'apparition d'une incontinence urinaire (ex toux chronique, diabète...)

① Jamais

② Rarement

③ Parfois

④ Souvent

⑤ Toujours

c – Lors d'un bilan de chute

① Jamais

② Rarement

③ Parfois

④ Souvent

⑤ Toujours

d – Lors du bilan d'un état dépressif :

① Jamais

② Rarement

③ Parfois

④ Souvent

⑤ Toujours

7 – Dans votre pratique médicale, parmi ces différentes situations cliniques, quelle est la fréquence à laquelle vous êtes amené(e) à prendre en charge l'incontinence urinaire du sujet âgé ?

a – Gène exprimée par le patient

- ① Jamais
- ② Rarement
- ③ Parfois
- ④ Souvent
- ⑤ Toujours

b – Gène exprimée par la famille ou l'entourage

- ① Jamais
- ② Rarement
- ③ Parfois
- ④ Souvent
- ⑤ Toujours

c – A l'occasion d'un autre motif de consultation pouvant entraîner une incontinence urinaire

- ① Jamais
- ② Rarement
- ③ Parfois
- ④ Souvent
- ⑤ Toujours

8 - Sur un mois, combien de nouveaux patients âgés incontinents urinaires êtes-vous amené(e) à prendre en charge ?

9 – Face à une incontinence urinaire, quel est le premier examen complémentaire à faire ?

10 – Parmi ces familles de médicaments, quels sont ceux qui agissent sur l'équilibre vésico-sphinctérien ? Parmi les médicaments sélectionnés, précisez le mécanisme d'action.

- a – Diurétiques
- b – Antiparkinsoniens
- c – Inhibiteurs calciques
- d – Morphiniques
- e – Bêta bloquants

11 - Quels sont les facteurs précipitants de la survenue d'une incontinence urinaire chez le sujet âgé et à rechercher lors de la découverte d'une incontinence urinaire récente?

11 bis – Parmi ces symptômes, lesquels peuvent favoriser la survenue d'une incontinence urinaire chez le sujet âgé ?

- a – Constipation
- b – Infection urinaire
- c – Escarre
- e – Fissure anale
- f – Ongle incarné

12 – Dans votre pratique médicale, devant une incontinence urinaire du sujet âgé, avec quelle fréquence faites-vous :

a – Une évaluation de la mobilité du patient ?

- ① Jamais
- ② Rarement
- ③ Parfois
- ④ Souvent
- ⑤ Toujours

b – Une réévaluation de l'environnement ?

- ① Jamais
- ② Rarement
- ③ Parfois
- ④ Souvent
- ⑤ Toujours

c – Une réévaluation de l'ordonnance de traitement ?

- ① Jamais
- ② Rarement
- ③ Parfois
- ④ Souvent
- ⑤ Toujours

d – Un dépistage d'une infection urinaire ?

- ① Jamais
- ② Rarement
- ③ Parfois
- ④ Souvent
- ⑤ Toujours

e – Un bilan urodynamique ?

- ① Jamais
- ② Rarement
- ③ Parfois
- ④ Souvent
- ⑤ Toujours

f – Une demande de consultation spécialisée (urologue, gynécologue) ?

- ① Jamais
- ② Rarement
- ③ Parfois
- ④ Souvent
- ⑤ Toujours

g – Une recherche d'un trouble du transit à type de constipation ?

- ① Jamais
- ② Rarement
- ③ Parfois
- ④ Souvent
- ⑤ Toujours

13 a – Quelle(s) est (sont) la (les) précautions à prendre lors de la prescription de l'Oxybutynine (Ditropan®) ?

13 b – Quels sont ses effets indésirables ?

14 – Une fois éliminés tous les facteurs favorisants, quels sont les trois types d'incontinence urinaire ? Précisez pour chaque type, le mécanisme physiopathologique.

15 – Estimez-vous que vos connaissances sur l'incontinence urinaire du sujet âgé sont suffisantes ?

- a – OUI
- b – NON
- c – Sans opinion

16 a – Souhaiteriez-vous bénéficier d'une formation spécifique ?

- ① – OUI
- ② – NON
- ③ – Sans opinion

16 b – Si oui laquelle ?

- ① En FMC
 - α – OUI
 - β – NON
 - γ – Sans opinion

② Brochure avec un outil diagnostique type arbre décisionnel face à l'incontinence urinaire du sujet âgé ?

- α – OUI
- β – NON
- γ – Sans opinion

③ Autre ?

16 c – Souhaiteriez-vous pouvoir bénéficier d'une consultation gériatrique spécialisée sur l'incontinence urinaire du sujet âgé ?

- ① – OUI
- ② – NON
- ③ – Sans opinion

17 – Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors de la prise en charge de l'incontinence urinaire du sujet âgé ?

Annexe n° 2 : Courrier de sollicitation



POLE MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION SOINS DE SUITE

Directeur : Docteur C. DUBOIS

MPR LOCOMOTRICE ET READAPTATION GERIATRIQUE

Nantes, le

**Dr M. DAUTY
Chef de Service**

Praticien Hospitalier
Dr C. BARATON-VIVIER
Dr Ch. DUBOIS
Dr F. MULLER-CHEVALET
Dr F. YVAIN

Attachés
Dr F. NOUGAREDE
Dr P. RENAUD
Dr B. ROUSSEAU

Secrétariat Hospitalisation
☎ 02.40.84.62.11
☎ 02.40.84.60.39

Secrétariat Consultation
☎ 02.40.84.60.57

Secrétariat Administratif
☎ 02.40.84.60.47

READAPTATION GERIATRIQUE 1^{er} SUD
Cadre de santé ☎ 02.40.84.62.12
Infirmières ☎ 02.40.84.62.22
Secrétariat ☎ 02.40.84.60.39

READAPTATION GERIATRIQUE 1^{er} EST
Cadre de santé ☎ 02.40.84.62.21
Infirmières ☎ 02.40.84.62.26
Secrétariat ☎ 02.40.84.60.39

MPR LOCOMOTRICE 3^{ème} NORD
Cadre de santé ☎ 02.40.84.62.13
Infirmières ☎ 02.40.84.62.20
Secrétariat ☎ 02.40.84.62.11

MPR LOCOMOTRICE 4^{ème} NORD
Cadre de santé ☎ 02.40.84.62.10
Infirmières ☎ 02.40.84.62.15
Secrétariat ☎ 02.40.84.62.11

Hospitalisation de Jour
Infirmières ☎ 02.40.84.60.85
Secrétariat ☎ 02.40.84.60.47

Fax : 02.40.84.61.91

Docteur,

Dans le cadre de la thèse que je prépare et qui a pour sujet « la prise en charge de l'incontinence urinaire de la personne âgée par son médecin traitant », je prévois de réaliser une enquête auprès de trente médecins généralistes de Loire Atlantique.

Véritable tabou, à l'origine de beaucoup de honte et de malaise, l'incontinence urinaire perturbe les personnes âgées et leur famille. Elle peut même devenir le motif d'un placement en institution. Ce problème majeur de santé publique vous concerne certainement, c'est pourquoi je me permets de vous écrire afin de vous proposer un entretien sur ce sujet, au moment que vous souhaitez, d'environ vingt minutes.

Cet entretien consistera en une quinzaine de questions concrètes sur ce thème. Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je me permettrai d'enregistrer votre réponse afin de retranscrire au mieux vos propos. Je prendrai contact avec vous dans quelques jours afin de fixer un éventuel rendez-vous selon vos possibilités.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma requête, veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Gonzague DE BUCY
Interne de Médecine Générale

HOPITAL SAINT-JACQUES
85, rue St Jacques 44093 NANTES Cedex 1

Annexe n°3 : Retranscription écrite des entretiens des médecins généralistes interrogés

Entretien avec le Dr A. à Vallet le 23 avril 2007

Homme, médecine rurale

1 – 41 ans

2 – 1^{er} avril 1998, Thèse en 95

3 – Capacité en gériatrie

4 – 12 %

5 – < 25%

6 – a – 4 (n'a pas précisé s'il faisait des EGS)

6 – b – 4

6 – c – 2 (comme je connais les gens, je les vois souvent on ne va forcément à ce moment là y penser plus.)

6 – d – 2

7 – a – 4

7 – b – 4

7 – c – 3

8 – 1 ou 2

9 – J'en ferais pas forcément, je ferais déjà un examen clinique, sinon je ferai un BUD

10 – Morphiniques par effet atropinique, les autres je ne pourrais pas répondre, je ne sais pas

11 – l'infection urinaire en premier, une cause médicamenteuse : tous les médicaments atropiniques, un problème de prostate chez l'homme (une hypertrophie), chez la personne âgée ce sont toutes les diminutions de la vigilance par les médicaments qui agissent sur le système nerveux qui diminuent les réflexes, La toux, Un problème au niveau du transit qui vient perturber le ressenti, la continence est précaire chez les personnes âgées, il peut y avoir des facteurs mécaniques au niveau abdominal, Un changement de traitement ; des traitements qu'on ne pas changer non plus, par exemple je ne sais pas si l'antiparkinsonien fait partie de ceux-là, mais on ne va pas forcément mettre l'incontinence urinaire qui est de l'ordre de la gêne dans la balance d'un traitement antiparkinsonien d'un traitement antihypertenseur.

11 – bis – ab ; Fissure anale = oui mais après c'est le traitement de la fissure du moment que la fissure est guérie ; Ongle incarné : quand même pas !...

12 – a – 4 12 – b – 4 12 – c – 3 12 – d – 4 12 – e – 2 12 – f – 3 12 – g – 4

13 – a – rechercher un risque de glaucome, un risque de rétention urinaire, sécheresse buccale, je le prescris souvent aux patients qui ont besoin par moment, qui ont besoin d'avoir une bonne continence à certain moment de la journée, éviter de prendre cela tout le temps un ou deux par jour régulièrement mais je ne suis pas très prescripteur de ce genre de médicament

13 – b – sécheresse de la bouche, rétention urinaire et glaucome.

14 – femme : les problèmes anatomiques liés à l'âge, chez l'homme une chirurgie de la prostate, côté mécanique, côté neurologie périphérique ou centrale, métabolique (diabète).

15 – B (NON)

16 – a – 1

16 – b – 1 – FMC : NON

16 – c – OUI

16 – b – 2 – BROCHURE : OUI

17 – la principale difficulté est d'évaluer les possibilités de traitement en sachant qu'il peut y avoir plusieurs causes associées et que bon la personne n'est pas toujours capable de comprendre le traitement, le principal problème c'est la multiplicité des causes et des traitements et c'est cela que ça pour pourrait être intéressant d'avoir un avis spécialisé, on va envoyer chez tel ou tel spécialiste et finalement cela ne va pas forcément déboucher sur une prise en charge complète et très probante du sujet. Donc c'est le fait que justement que ce soit un sujet multidisciplinaire en tenant compte des facultés de chaque personne à comprendre le traitement et à le poursuivre. En résumé, les principales difficultés c'est : d'accorder les différentes causes et les difficultés du patient à se prendre en charge, comprendre les causes et du coup à pouvoir se soigner. Si la personne ne veut pas d'une intervention en cas de cause mécanique et elle va avec des troubles de mémoire renouveler en permanence cette plainte. On ne peut pas toujours prendre en charge cette pathologie complètement enfin ce symptôme !

Femme, médecine rurale

1 – 47 ans

2 – 1987 (installation et soutenance de thèse)

3 – non

4 – Très peu, n'a pas son relevé SNIR, doit me l'envoyer par internet...=> 3%

5 – < 25%

6 – a – 3 (n'a précisé si elle faisait des EGS)

6 – b – 5

6 – c – 3

6 – d – 2

7 – a – 5

7 – b – 5

7 – c – 5

8 – 1 tous les deux mois

9 – une ECBU

10 – les diurétiques fait uriner un peu plus, les morphiniques non : en général plutôt l'effet inverse.

11 – Les prises médicamenteuses, les désorientations, le syndrome dépressif, les perturbations métaboliques

11 – bis – abe

12 – « c'est vraiment difficile de répondre à ça pour moi »

12 – a – 4 12 – b – 4 12 – c – 4 12 – d – 4 12 – e – 4 12 – f – 4 12 – g – 2

13 – a – ne sait pas

13 – b – Sécheresse buccale de toute façon je n'en prescris jamais chez la personne âgée

14 – je passe

15 – B (NON)

16 – a – 2 NON

16 – b – 1 et 2 : non répondu

16 – c – sans opinion

17 – je ne peux pas répondre. Vous m'avez mal tiré au sort. Je vais très rarement à la maison de retraite. Je fais essentiellement de la gynécologie et de la pédiatrie.

Homme, Médecine rurale

1 – 58 ans,

2 – 1977 thèse et en installation

3 – non

4 – 6 %

5 – b

6 – a – 4

6 – b – 4

6 – c – 2

6 – d – 4

7 – a – 5

7 – b – 4 (je vois d'abord la personne, il faut qu'elle soit d'accord)

7 – c – 4

8 – 1

9 – Une débimétrie chez l'urologue

10 – Diurétique : non ; Antiparkinsoniens : je ne sais pas ; Inhibiteur : je ne sais pas ; Morphine : je ne sais pas ; Inhibiteur calcique : je ne sais pas

11 – Des problèmes neurologiques, des glissements dans la démence, des problèmes infectieux

11 – bis – abc

12 – a – 1 (ça se voit naturellement, je n'ai pas besoin de faire une recherche active de la mobilité, je fais très peu de visites et les gens viennent me voir donc s'il peuvent se déplacer c'est que tout va bien au niveau de la mobilité)

12 – b – 3

12 – c – 5

12 – d – 5

12 – e – 3

12 – f – 4

12 – g – 2

13 – a – le glaucome, (Puis après précision de la question) je ne prend pas beaucoup de précautions, avec le logiciel ça s'affiche quand il y a une anomalie ou une contre-indication. J'essaye chez les personnes âgées quand il me disent qu'ils ont des fuites (j'essaye le Ditropan ou le Ceris et si ça marche pas je déclenche autre chose. ça dépend de leur gêne, si il se disent très gênés, je les envoie assez rapidement chez l'urologue (plutôt qu'un gynéco) car mieux formés pour ça, et si ils sont pas trop gênés ou si il ne veulent pas on essaie des médicaments ou des fois de la rééducation (enfin là chez les personnes âgées la rééducation !...)

13 – b – ne sait pas

14 – incontinence d'effort, des trucs neurologiques des paralysies enfin je ne sais pas ...

15 – NON

16 – a – OUI 16 – b – 1 – FMC oui

16 – b – 2 – brochure non

16 – c – SANS OPINION mais le problème avec les personnes âgées que j'ai si on commence à les envoyer à droite et à gauche ils commencent à être paumés.

17 – Pas de leur en parler ça ne me dérange pas, ... C'est de savoir quoi faire de leur réponse, parce que il me disent oui c'est pas terrible on se débrouille avec des couches, ... Quand ça marche pas on envisage la chirurgie, mais c'est pas transcendant ; Le rôle du médecin généraliste dans l'IU c'est d'en parler et en fonction de ça c'est d'évaluer la gêne et puis en fonction de ça on adresse chez l'urologue... Ce qui est difficile c'est l'évaluation de la gêne. Parce que les traitements... A part le Ditropan® et le Ceris® et y a pas grand-chose et la kiné :.... Bof !!!... Autrement c'est rapidement l'urologue en fonction de la gêne.

Homme, médecine rurale

1 – 57 ans

2 – 1980 thèse en 1979

3 – Capacité

4 – doit me l'envoyer par mail...

5 - Entre 25 et 50 %

6 – a – 5 (n'a pas précisé s'il faisait des EGS) 6 – b – 4 6 – c – 4 6 – d – 2

7 – a – 5 7 – b – 5 7 – c – 3

8 – 2

9 – ECBU

10 – Diurétiques : augmente la diurèse, Morphiniques : donnent des rétentions, Antiparkinsoniens : oui mais je ne sais pas le mécanisme, les autres je ne sais pas.

11 – Traitements médicamenteux (iatrogénie), les problèmes d'infection

11 – bis – abcde

12 – a – 5 12 – b – 4 12 – c – 5 12 – d – 5 12 – e – 4 12 – f – 4 12 – g – 5

13 – a – Il y a un risque de chute, ralentissement, ça donne des bouches sèches, attention aux constipations assez tenaces avec ce truc là ; j'en prescris très peu car pas très bien tolérée ; généralement à petites doses, j'en prescris après un bilan urodynamique ou après une kiné ou une vessie instable.

13 – b – bouche sèche et chute ;

14 – Incontinence par prolapsus ou problème gynécologique par anomalie du sphincter essentiellement chez la femme, Vessie instable, Prostatisme qui donne des mictions par regorgement

15 – NON

16 – a – OUI 16 – b – 1 – oui 16 – c – OUI pour les gens qui ne sont pas opérables ou qui sont déments

16 – b – 2 – ARBRE décisionnel : OUI

17 – En maison de retraite : c'est la motivation du personnel pour qu'il tienne une fiche de miction pour stimuler les personnes ou qu'il prenne bien en charge systématiquement les personnes afin de les emmener aux toilettes quand il le faut. A domicile, c'est beaucoup moins faisable quand les gens sont seuls ; ils masquent le problème, donc on va être obligé de faire un interrogatoire un peu policier pour les dépister et lorsqu'on se rend compte qu'il y a des paquets de couche c'est qu'il y a un problème. Quand il faut faire une prescription de couches c'est le prix car ce n'est pas pris en charge par la caisse... et ça coûte très cher. S'ils ne sont pas autonomes ils ont du mal à se déplacer et il faut trouver des moyens comme par exemple une chaise percée à proximité parce que souvent c'est ça ! Ils n'ont pas le temps d'aller aux toilettes, ils ont envie de pisser ...hop ! Ils marchent, ...ils mettent un quart d'heure et pouf!!! C'est la « cata ». Et puis on fait des bilans, quand les gens sont plus autonomes, on peut faire un bilan urodynamique ; ou on envoie chez le Kiné pour faire une rééducation et puis si ça ne marche pas on envoie chez l'urologue. Il y a une certaine honte du patient qui rend difficile l'abord du problème.

Homme, médecine rurale

1 – 58 ans

2 – 1977

3 – NON

4 – 8 %

5 – Moins de 25 %

6 – a – 1 (j'en fais jamais)

6 – b – 4

6 – c – 1

6 – d – 1

7 – a – 5 7 – b – 2 « ça ne m'est jamais arrivé... » (Peut-être problème de compréhension) 7 – c – 3

8 – 1 tous les trois mois

9 – ça dépend ! C'est très variable mais j'envoie chez l'urologue

10 – Diurétique (ça fais pisser), morphinique (ça bloque tout)

11 – ça dépend du sexe, tous les problèmes de prostate, tous les problèmes de dos, les histoires de ptose chez les femmes.

11 – bis – ab (l'ongle incarné, ça lui fait mal alors il va se gratter et en se baissant ça lui appuie sur la vessie et ça le fait uriner !...peut -être comme ça mais pas directement)

12 – a – 5 12 – b – 5 12 – c – 5 12 – d – 4 12 – e – 3 (du domaine de la spécialité)

12 – f – 4 12 – g – 5 (je le fais en systématique)

13 – a – je ne sais pas

13 – b – je ne sais pas je vais chercher dans le vidal...

14 – j'ai pas de réponse à ça, il n'y en a pas trois types : il y a les trucs mécaniques tout ce qui tient de la place y compris la grossesse, la maladie du sphincter, les tumeurs les machins les trucs les cancers de prostate.

15 – non

16 – a – non

16 – b – 1 – Non répondu

16 – c – non

16 – b – 2 – Non répondu

17 – Mise à part l'odeur !...C'est de savoir s'il faut qu'on fasse quelque chose : l'homme à 80 ans qui roule en bagnole qui est autonome et fait plein de choses : là, il faut déclencher le plan « ORSEC » et la personne qui est dans un état pas possible qu'on entretient en survie pseudo végétative dans des institutions spécialisées nommée maisons de retraite qui sont devenues des véritables catastrophes : là, on se demande s'il faut vraiment faire quelque chose...en général c'est la charge de travail des gens qui s'en occupent et puis surtout l'état de... de toute façon la famille baisse les bras systématiquement tout le monde baisse les bras, la plus grande difficulté c'est de se dire si est-ce qu'on fait quelque chose ou est-ce qu'on met des couches chez le vieux . ça dépend vachement du degré d'autonomie de la personne de ce qui lui reste de fonctions. En général l'institution suit mais la famille pas toujours. Après chez la personne autonome ce qui est difficile c'est d'en parler, c'est d'obtenir des renseignements, c'est de faire un bilan à minima avec le minimum de déplacements de coût modéré et qu'il y ait les meilleurs résultats possibles.

Femme, médecine semi rurale

1 – 38 ans

2 – Thèse en 96, installation en 1998

3 – NON

4 – 14 %

5 – ne sait pas

6 – a – 4

6 – b – 3

6 – c – 2

6 – d – 3

7 – a – 5

7 – b – 5

7 – c – 3

8 – 2 par an

9 – ECBU

10 – ade Diurétique : oui sur la miction, Morphinique sur la tonicité vésicale, bêtabloquant aussi

11 – Infection urinaire, un problème neurologique,

11 – bis – ab

12 – a – 4 12 – b – 3 12 – c – 4 12 – d – 5 12 – e – 3 12 – f – 4 12 – g – 4

13 – a – L'hypotension, je me sers de mon vidal ; je ne sais pas.

13 – b – je passe

C'est pas un sujet qui me passionne

14 – je passe

15 – NON

16 – a – OUI

16 – b – 1 – FMC oui

16 – c – OUI

16 – b – 2 – Brochure oui

17 – Le terrain de la personne les antécédents, quant les personnes sont toutes seules à la maison, c'est plus difficile.

Ce n'est pas une pathologie qui me passionne. J'adresse quand c'est très invalidant quand la personne s'en plaint. Je la prends en charge plus tôt.

Homme, médecine rurale

1 – 51 ans

2 – Thèse en 84, Installation en 1984

3 – NON

4 – 10 %

5 – entre 25 et 50 %

6 – a – 2 (mais en fait très rarement, je les confie)

6 – b – 4

6 – c – 2

6 – d – 3

7 – a – 5

7 – b – 5

7 – c – 4

8 – 2

9 – ECBU

10 – Diurétiques : augmentent la diurèse ; Antiparkinsoniens : non ; Inhibiteurs calciques : je ne sais pas ; morphinique : problème de dysurie ; bêtabloquants : oui provoquent une dysurie.

11 – une altération des fonctions cognitives, une démence débutante; chez un homme les problèmes prostatiques parce qu'on parle souvent de dysurie et de difficultés à uriner mais inversement parfois on trouve des gens qui vont se plaindre d'incontinence urinaire alors qu'ils étaient dysuriques depuis belle lurette. Moi j'ai eu le cas d'un homme qui pissait par regorgement il n'arrivait plus à pisser. Il ne disait rien ; il n'avait aucun traitement pas suivi c'est la famille qui s'est inquiétée... ça peut être les maladies neurologiques au sens large. Les facteurs plus anatomiques un prolapsus un cystocèle. Les médicaments

11 – bis – abd ; Constipation oui ; infection urinaire ; Escarre non (mais l'alitement prolongé peut provoquer un incontinence urinaire) ; fissure anale : oui

12 – a – 4 12 – b – 3 12 – c – 4 12 – d – 5 12 – e – 3 12 – f – 3 12 – g – 4

13 – a – Il faut faire attention à un obstacle mécanique (prostate homme et femme cystocèle et prolapsus utérin), se méfier des troubles des fonctions supérieures qui seraient déjà à un stade avancé ; c'est-à-dire il faut faire attention à ne pas mettre du Ditropan à l'aveugle, sans avoir d'étiologie ; moi je ne mets pas du Ditropan® sans savoir d'où vient le problème ; chez les moins de 70 ans quand j'ai pas de cause je suis assez BUD facile ; plus de 70 ans on ne le fais pas en systématique, c'est rare que je mette en route du Ditropan® sans savoir , j'ai toujours peur qu'on rentre dans le phénomène inverse ou qu'on cache le problème la misère. Je le

prescrits pour un incontinence ou il n'y a pas d'étiologie médicamenteuse ou de maladie qui pourraient, en sachant que l'incontinence est soit liée à une détérioration des fonctions supérieures que l'utilisation (alors j'y vais très prudemment à petites doses) voir si ça peut apporter un amélioration (si n'apporte pas j'arrête), soit des gens qui sont plus dynamiques et qui sont à domicile et puis qui sont gênés (et là je demande un avis urologique). Chez ces gens là je ne prescrits peu de Ditropan® à l'aveugle. Je le fais un peu de temps en temps chez les gens très âgée en institution qu'on ne va pas se lancer dans des investigations compliquées et puis voir... mais il y en a tellement qui sont incontients en institution on va pas tous les mettre systématiquement sous Ditropan®. C'est plutôt l'IU invalidante. Soyons clair la personne IU qui est grabataire qui urine dans son lit avec les moyens d'hygiène qu'on a tels que les changes complets. Incontinence ou pas cela ne change pas grand-chose sur sa vie. Et cela n'a pas de conséquence je pense qu'il faut éviter ces produits-là. Indication : incontinence en dehors des incontinence d'effort et quand il n'y a pas d'obstacle.

13 – b – Sécheresse et risque de rétention ; influence sur les fonctions supérieures je ne le sais pas.

14 – Incontinence d'effort (sphincters qui ne sont pas suffisamment costaud) ; d'origine centrale (la non perception de l'envie d'uriner), il y a des petite vessies neurologiques (les gens qui ont envie d'uriner qui n'arrivent pas à temps aux toilettes), IU par regorgement

15 – NON

16 – a – OUI

16 – b – 1 – FMC OUI

16 – c – OUI

16 – b – 2 – Brochure NON car j'ai la mets dans un tiroir, c'est pas sûr que je l'utilise

17 – Incontinence urinaire prise comme une fatalité peut être dans ces cas-la il y aurait des traitements à faire autre que contemplatif.

La difficulté chez des gens alertes actifs au domicile chez les personnes âgés, c'est le retentissement psychologique ils ne le vivent pas très bien, moins en institution. Chez les personnes très âgées c'est la prise en charge thérapeutique et on n'a pas beaucoup de moyens. Le plus souvent on à un traitement contemplatif. La difficulté de prendre suffisamment tôt, le bilanter suffisamment tôt et de faire quelque chose à temps.

Chez les soignants d'un façon générale, il existe un certaine fatalité envers les patients qui sont très atteints qui ont déjà pas mal d'handicaps : par exemple les personnes âgées Alzheimer, ils deviennent incontients ; on fait quelque chose ou pas ; On met ça dans la globalité de la dégradation de la personne. On ne le gère pas forcément spécifiquement. La décision de prise en charge spécifique de l'IU est difficile à prendre.

Femme, médecine rurale

1 – 52 ans

2 – Thèse en 82, installation en 1984

3 – NON

4 – 9 %

5 – ne sait pas

6 – a – 4 (ne sait pas ce qu'est une EGS) 6 – b – 4 6 – c – 3 6 – d – 2

7 – a – 5 7 – b – 5 7 – c – 4

8 – 1

9 – ECBU

10 – Diurétique : agissent sur la diurèse ; Antiparkinsoniens : agissent comment je ne sais pas ; inhibiteur calcique : oui ; morphinique : non ; bêta bloquant : oui

11 – infection urinaire, problème prostatique ; kyste à l'ovaire, un AVC, un problème pulmonaire, fibrome chez une femme,... maladie neurologique, un problème rénal ... je ne vois pas du tout ce vous voulez !...

11 – bis – ab (directement) ; les autres cd de façon indirecte ; constipation et infection urinaire oui ; escarre ça dépend ou il est rentré dans le tableau de la personne alitée, les causes de l'escarre peuvent agir sur l'incontinence urinaire mais l'escarre seule non, je ne sais pas; fissure anale par la douleur non ; ongle incarné : la personne se penche pour se soigner et se rend compte qu'elle a des fuites urinaires non !...

12 – a – 5 12 – b – 5 (quand on va à domicile, en discutant avec eux quand ils viennent en consultation)

12 – c – 5 12 – d – 5

12 – e – 3 (pas toujours facile de déplacer les P.A., de leur expliquer ce qu'on va leur faire et de machin et truc...)

12 – f – 3 12 – g – 4

13 – a – J'en prescrit tellement peu je ne saurais vous dire. J'ouvre mon Vidal® dans ce cas-là

13 – b – sécheresse de bouche

14 – Incontinence d'effort (hyperpression au niveau de la vessie et un sphincter qui est relâché), l'incontinence banale « sans effort » à type de fuite d'engorgement de la vessie (dû soit à un problème de constipation soit à un problème gynécologique type fibrome ou problème de prostate etc. ... insuffisance au niveau du sphincter

15 – oui

16 – a – oui (moyenne) 16 – b – 1 – NON, FMC il y a beaucoup de blabla 16 – c – OUI

16 – b – 2 – Brochure OUI

17 – En parler, leur faire avouer, le pépé qui arrive avec le pantalon bien humide. Avec les femmes c'est plus facile d'en parler qu'avec les hommes. Les patients ont du mal à accepter à en parler. Quand on en a parlé une fois et que les personnes avaient accepté le problème c'est plus facile. Mais beaucoup de personnes s'accommodent de leurs problèmes. Ils s'adaptent à leurs petites misères. Cela ne fait pas partie des sujets qui me préoccupent beaucoup.

Femme, médecine rurale

1 – 36 ans

2 – 2002

3 – NON

4 – 10 %

5 – Entre 25 et 50 %

6 – a – 2

6 – b – 3

6 – c – 1

6 – d – 1

7 – a – 5

7 – b – 5

7 – c – 4

8 – 1

9 – Glycémie

10 – Diurétique : par forcément agit sur la diurèse mais n'agit pas sur l'équilibre vésico-sphinctérien ; antiparkinsonien : oui ; inhibiteur calcique : je ne sais pas ; morphinique : oui ; bêtabloquant : oui

11 – constipation, infection urinaire, les médicaments,

11 – bis – ab

12 – a – 2 12 – b – 4 12 – c – 4 12 – d – 5 12 – e – 3 12 – f – 3 12 – g – 4

13 – a – Je ne sais pas ; j'en prescrits peu

13 – b – je ne sais pas

14 – L'incontinence urinaire permanente (quelles que soient les circonstances) ou « complète », l'incontinence urinaire d'effort,

15 – NON

16 – a – oui

16 – b – 1 – FMC oui

16 – c – Non

16 – b – 2 – Brochure oui

17 – Au départ ils n'en parlent pas forcément, « banalité », « honte » « c'est normal c'est l'âge, tout le monde a ça » ; la difficulté de la prise en charge au niveau de la thérapeutique chez la personne âgée qui est assez limitée et lorsqu'il ne reste que les protections c'est pas facile de leur faire accepter. En maison de retraite, la prise en charge est assez frustré et on axe plus sur le confort et la mise en place de protections. On fait plus d'exams complémentaires chez la personne à domicile autonome.

Homme, médecine rurale

1 – 57 ans

2 – 1980

3 – NON

4 – 16 %

5 – entre 25 et 50 %

6 – a – 1 (J'en fais jamais on fait des consultations de 15 min) 6 – b – 1 6 – c – 1 6 – d – 1

7 – a – 5 7 – b – 5 7 – c – 4 (il y a quelquefois des réticences)

8 – 1 tous les quatre mois

9 – ECBU

10 – Diurétiques : augmentent le volume vésical; Antiparkinsoniens : oui par effet anti cholinergique ; les morphiniques aussi ; bêtabloquant et inhibiteur calcique je ne sais pas

11 – je n'ai jamais cherché des facteurs là, je vais dire que je les ignore ça ira plus vite !...

11 – bis – (y en a beaucoup des (« des questions ») comme ça parce que je trouve ça agaçant !...) constipation et infection urinaire

12 – a – 1 12 – b – 3 12 – c – 5 12 – d – 5 12 – e – 3 12 – f – 3 12 – g – 4

13 – a – (c'est eux qui sponsorisent la thèse ?...), vérifier qu'il n'a pas eu déjà des problèmes de rétention et de glaucome ; j'en prescris peu essentiellement dans les mictions impérieuses.

13 – b – rétention d'urine, l'aggravation d'un glaucome, constipation.

14 – incontinence d'effort par effondrement du plancher, les causes neurologiques, les séquelles traumatiques de chirurgie.

15 – oui pour les prendre en charge chez moi au cabinet je répondrai oui, non pour répondre à votre questionnaire.

16 – a – NON 16 – b – 1 – Non répondu

16 – b – 2 – Non répondu

16 – c – Je vois pas en quoi que je pourrais bénéficier d'une consultation spécialisée du sujet âgé IU alors que je bénéficie d'une consultation urologique qui prend toutes les personnes quel que soit leur âge.

17 – Enfin c'est la première question intéressante !... Généralement ils n'en parlent pas, ça peut être signalé par l'entourage généralement à des stades qui s'inscrit dans un tableau global qui rend l'histoire de l'IU nettement à l'ixième plan du problème ; Et ensuite ils n'en parlent pas ou alors toujours en fin de consultation ; c'est pas une grosse difficulté en réalité parce qu'à partir du moment où on a conscience qu'il existe une IU on a examiné les gens un petit peu, et après de toutes façons c'est l'urologue qui va faire le bilan et qui va se charger du traitement. Notre boulot là dedans c'est de les repérer. C'est ce qui est le plus difficile. On pas

faire du dépistage ! Faut pas croire ! C'est du rêve ! On ne va pas leur courir après non plus parce que ça nous prend du temps et nous, on s'intéresse aux symptômes qui les gênent, qu'ils nous déclarent comme gênant pour eux ; si j'ai dans ma clientèle des gens qui ont une IU qui les gênent pas et bien j'estime que je n'ai pas trop à m'en occuper tant que eux ne m'ont pas demandé mon avis pour cela. A partir de ce moment-là, c'est un problème d'orientation il existe des urologues. Si ! Evidemment il existe toute la part iatrogénique donc là vérifier les traitements les antidépresseurs. Autrement c'est simple. La difficulté c'est que les patients n'en parlent pas et que nous, dans notre pratique, on n'a pas le temps pour une consultation d'un quart d'heure surtout en fin de consultation (généralement ils ne viennent pas pour ça et puis c'est quand ils sont rhabillés et qu'ils ont fait le chèque qu'ils parlent de ça...). et que cela nous intéresse pas plus que ça. Une IU du sujet âgé ou pas âgé ça ne va pas le tuer ; Ils ont généralement bien d'autres soucis supplémentaires et nous ça nous apporte beaucoup plus de dépister un diabète une artérite une insuffisance rénale des choses comme ça.

Homme, médecine rurale

1 – -63 ans

2 – Thèse en 1973, installation en 76

3 – Certificat optionnel de gérontologie pendant les études de médecin puis Capacité de gériatrie

4 – 24 %

5 – 25 et 50 %

6 – a – 5 (je ne fais d'EGS mais je demande toujours) 6 – b – 5 6 – c – 3 6 – d – 4

7 – a – 5

7 – b – 4 (Il faut faire une enquête, je passe par le personnel soignant, on des sons cloches souvent différents)

7 – c – 5

8 – 5

9 – Bilan biologique sanguin

10 – Diurétique : oui ; Antiparkinsoniens : oui ; Inhibiteur calcique : je ne sais pas ; Morphiniques : oui ; Bêtabloquant : non

11 – c'est tout un ensemble : AVC ? Problème de décompensation cardiaque ; changement de traitement ; changement de lieu est-ce que cela ne l'a pas traumatisé, est-ce qu'il n'y pas une infection, diabétique ?

11 – bis – « il faut toujours avoir le doigtier sur le doigt pour aller voir les constipations »...
abcd, ongle incarné : je ne vois pas le rapport

12 – a – 5

12 – b – 5

12 – c – 5

12 – d – 5

12 – e – 3 (une personne de 80 ans c'est pas toujours évident d'envoyer à Nantes)

12 – f – 3

12 – g – 5

13 – a – Voir au niveau cardiovasculaire, j'en prescrit peu ; je n'aime pas les polymédications

13 – b – problème de rétention, problème de vertige, problème de constipation

14 – vieillissement physiologique au niveau périnéal, ensuite incontinence urinaire séquellaire chez les opérés de la prostate, hernie inguino-scrotale, accouchements multiples chez la femme, les médicaments

15 – Sans opinion

16 – a – Non

16 – b – 1 – NON (je préfère partir pour une formation de 48H)

16 – c – Oui

16 – b – 2 – Brochure oui

17 – L'impossibilité de pratiquer les examens nécessaires à la prise en charge (le patient ne veut pas ainsi que la famille souvent un peu réticente) difficulté d'envoyer les patients pour faire les examens complémentaires à l'extérieur, lourd pour la prise en charge des personnes âgées

Homme, médecine rurale

1 – 57 ans

2 – 1978

3 – module en formation continue

4 – 7 %

5 – Entre 25 et 50 %

6 – a – 5 (mais je ne fais pas d'EGS mais j'essaye de tout passer en revue IU compris)

6 – b – 5

6 – c – 2

6 – d – 1

7 – a – 5

7 – b – 5 mais je vais d'abord voir avec le patient

7 – c – 4

8 – 1 par 6 mois

9 – ECBU

10 – abd Diurétique oui augmentent la diurèse, anti parkinsoniens : oui, inhibiteur calcique non, morphinique : oui, bêtabloquant non

11 – mise en route de certains traitements ; augmentation de ration hydrique ; stress ; infection urinaire ;

11 – bis – abd

12 – a – 1

12 – b – 3

12 – c – 5

12 – d – 4

12 – e – 3

12 – f – 3

12 – g – 4

13 – a – vérifier s'ils ne sont pas glaucomateux et prostatiques, s'ils ne sont pas constipés, vérifier s'ils ne sont pas délirants ; j'en prescris pas mal .

13 – b – sécheresse de bouche et la constipation

14 – vessie instable, cystocèle et tous les prolapsus,

15 – oui

16 – a – OUI 16 – b – 1 – sans opinion 16 – c – NON nos collègues urologues font ça très bien
16 – b – 2 – oui

17 – La gestion des effets secondaires des médicaments ; les hommes ont du mal à en parler.

Homme, médecine rurale

1 – 64 ans

2 – 1970

3 – non

4 – 14 %

5 – entre 25 et 50 %

6 – a – 5 (je n'en fais pas mais je demande toujours s'il y a des fuites)

6 – b – 1

6 – c – 1

6 – d – 1

7 – a – 5

7 – b – 5

7 – c – 5

8 – 1 par mois

9 – Bandelette urinaire

10 – diurétique : oui ; antiparkinsonien : oui ; inhibiteur calcique : non ; morphinique : oui ;
bêtabloquants : non

11 – les traitements médicamenteux, l'apparition d'une pathologie démentielle, toux, descente
de vessie

11 – bis – constipation : oui ; infection urinaire : oui ; escarre : oui lié à l'état général altéré

12 – a – 5 12 – b – 4 12 – c – 5 12 – d – 5 12 – e – 1 12 – f – 3 12 – g – 4

13 – a – somnolence avec, alors s'ils ont des tranquillisants ; chez les déments ce n'est pas
l'idéal quand ils ont déjà des anticholinergiques ; j'en prescris peu chez la personne âgée (3-4
patients dans toute ma clientèle); dans l'IU récente pour voir si ça marche.

13 – b – somnolence, constipation

14 – d'origine centrale, d'origine locale, et d'origine infectieuse

15 – oui

16 – a – oui

16 – b – 1 – FMC : OUI

16 – c – oui

16 – b – 2 – Brochure : oui

17 – la difficulté : c'est de demander l'avis d'une compétence gériatrique : qui ?
Compétence ? Transport ? Chez les personnes âgées ce n'est pas facile ; en général j'envoie
vers l'urologue.

Homme, médecine rurale

1 – 50 ans

2 – Soutenance de thèse en 86, installation en 1988

3 – non

4 – 7 %

5 – moins de 25 %

6 – a – 5 (ne sait pas ce qu'est une évaluation gériatrique standardisée)

6 – b – 3

6 – c – 1

6 – d – 1

7 – a – 5

7 – b – 5

7 – c – 5

8 – 1 PAR DEUX MOIS

9 – Bandelette urinaire

10 – diurétique : oui par augmentation de la diurèse ; antiparkinsonien : oui ; inhibiteur calcique : non ; morphinique : oui par rétention ; bêtabloquants : oui

11 – l'infection urinaire, un traitement médicamenteux ; une pathologie aiguë prostatique, aggravation d'un problème psy : démence etc.

11 – bis – abd

12 – a – 5 12 – b – 4 12 – c – 5 12 – d – 5 12 – e – 3 12 – f – 3 12 – g – 2

13 – a – problème de glaucome non traité, j'en prescris peu ; pas chez les gens très âgés, indication : incontinence urinaire

13 – b – sécheresse buccale

14 – l'incontinence urinaire d'effort par déficit sphinctérien, IU d'origine neurologique, je ne sais pas pour le reste.

15 – non

16 – a – oui

16 – b – 1 – FMC oui

16 – b – 2 – brochure oui

16 – c – sans opinion ; si j'ai un souci avec un patient je l'envoie chez l'urologue

17 – la difficulté c'est tout le côté quotidien de la prise en charge surtout palliative : le problème du coût des protections.

Homme, médecine rurale

1 – 46 ans

2 – 1991

3 – non

4 – 15 %

5 – < 25 %

6 – a – 5 (je ne fais pas d'EGS mais je demande toujours s'il y a des fuites urinaires)

6 – b – 4

6 – c – 2

6 – d – 2

7 – a – 5

7 – b – 5

7 – c – 3

8 – 1 ou 2

9 – ECBU

10 – Diurétique : non ; inhibiteur calcique : oui, morphinique : oui ça bloque ; bêtabloquant : je ne sais pas

11 – Toutes infections, les traitements (diurétique), femme les prolapsus

11 – bis – constipation oui infection urinaire oui, et fissure anale

12 – a – 4

12 – b – 5 (Ce questionnaire est à coté de la plaque par rapport à la pratique de la médecine générale enfin ma pratique... cela je le fais automatiquement mais je ne vais pas faire la démarche de le rechercher)

12 – c – 5

12 – d – 5

12 – e – 2

12 – f – 3

12 – g – 5

13 – a – Surveillance tensionnelle, une association éventuelle avec d'autres médicaments, j'en prescris peu

13 – b – sécheresse de bouche, constipation, problème tensionnel

14 – maladie du col, prostate et prolapsus je ne vois pas....

15 – Oui dans ma pratique

16 – a – non (on est submergé de paperasse de recommandations, on n'a pas le temps)

16 – b – 1 – FMC : non

16 – b – 2 – brochure : non (ça me soule... je fais une médecine qui n'a rien à voir avec tout cela...)

16 – c – non

17 – Aucune

Femme, médecine rurale

1 – 47 ans

2 – Thèse en 1986, remplacements jusqu'à l'installation en 2000

3 – non

4 –

5 – 25 << 50

6 – a – 1 (c'est quoi une EGS ?) sauf quand on fait des grilles AGGIR

6 – b – 2

6 – c – 1

6 – d – 1

7 – a – 5

7 – b – 5

7 – c – 5

8 – 1/6

9 – ECBU

10 – Diurétique (augmente de la contenance vésicale) ; inhibiteur calcique oui mais comment je ne sais pas ; les autres non

11 – Les pathologies infectieuses, les décompensations cardiaques, la chirurgie prostatique, le diabète, la maladie d'Alzheimer, quand il y a un glissement du sujet âgé, la dépression

11 – bis – Constipation oui, infection urinaire oui, fissure anale : oui; escarre : oui ; ongle incarné : oui car la personne a mal et a du mal à aller aux toilettes.

12 – a – 2 12 – b – 2 12 – c – 4 12 – d – 5 12 – e – 4 12 – f – 4 12 – g – 4

13 – a – Il faut être sûr qu'il n'y ait pas de problèmes vésico-sphinctériens pour le risque de rétention urinaire, les problèmes de glaucome

13 – b – la sécheresse de bouche, les problèmes de rétention d'urine et de glaucome

14 – Incontinence urinaire d'effort par insuffisance sphinctérienne, neurologique, la vessie instable, les mixtes. La troisième je ne sais pas.

15 – Non

16 – a – oui

16 – b – 1 – FMC oui

16 – c – Oui pourquoi pas

16 – b – 2 – Brochure oui si elle est bien faite

17 – La difficulté c'est d'y penser déjà pour moi ; A partir du moment que l'infirmière vienne m'en parler ou la famille alors là je m'en occupe.

Homme, médecine rurale

1 – 42 ans

2 – 1994

3 – non

4 – 10 %

5 – NE SAIT PAS

6 – a – (ne fait pas d'EGS) 1

6 – b – 2

6 – c – 1

6 – d – 1

7 – a – 5

7 – b – 5

7 – c – 3

8 – 0,5

9 – ECBU

10 – Diurétiques : oui en augmentant la diurèse le reste je ne sais pas

11 – l'infection urinaire, le fécalome, une dégradation générale une grabatisation, un problème neurologique

11 – bis – ab (l'escarre, je ne crois pas, peut-être parce qu'elle reste allongée

12 – a – 5

12 – b – 5

12 – c – 5

12 – d – 5

12 – e – 3 (c'est de la deuxième intention)

12 – f – 3

12 – g – 5

13 – a – JE NE SAIS PAS, j'en prescris peu

13 – b – bouche sèche

14 – l'incontinence urinaire d'effort (chute du col de la vessie et insuffisance sphinctérienne), un problème de muscle vésical (contraction inadaptée)

15 – NON

16 – a – OUI 16 – b – 1 – oui

16 – c – Sans opinion

(c'est un sujet qui n'a jamais été abordé en FMC)

(l'urologue me convient)

16 – b – 2 – Brochure : oui si elle est informatisée

17 – Ce qui m'embête beaucoup, ce sont ceux qui ont de multiples pathologies et autres si bien que je ne m'affole pas là dessus et qu'en fin de compte je dirais que c'est la comorbidité ; c'est-à-dire que grosso modo j'ai des personnes relativement jeunes et autonomes et chez qui le problème d'IU est un problème majeur dans la vie et il va y avoir une plainte et là on va pousser on va aller voir et on est agressif dans la prise en charge. Soit je vais être chez des gens qui sont Alzheimer un peu grabataires et je ne vais vraiment pas aller les envoyer parce qu'on d'autres problèmes qui sont des problèmes plus importants (de comportement par exemple) il y a des autres priorités et là ça va être souvent des changes.

Homme, milieu urbain

1 – 49 ans

2 – Installation en 92, remplacement pendant dix ans avant

3 – Non

4 – Ne sait pas, va l'envoyer par mail (reçu par mail : 10%)

5 – 75 %

6 – a – 5 (ne sait pas ce qu'est une EGS) 6 – b – 5 6 – c – 1 6 – d – 1

7 – a – 5 7 – b – 5 7 – c – 5

8 – 2 ou 3 c'est souvent l'abstention ; c'est-à-dire vous allez mettre des protections et vous serez moins gêné

9 – Bandelette urinaire pour voir s'il n'y a pas une infection urinaire d'abord (elle va nous dire s'il y a des nitrites, s'il y a du diabète...)

10 – diurétique : oui par augmentation de la diurèse, antiparkinsoniens je sais pas, inhibiteur calcique je ne sais pas, morphinique : oui par diminution de la vigilance, Bêtabloquant : oui action au niveau du tonus vésical

11 – Altération des fonctions supérieures, les chutes tout ce qui va diminuer la perte de la sensibilité proprioceptive, le vieillissement en fait, la fièvre, l'infection, les AVC toute la pathologie lourde va pouvoir aggraver l'IU, les médicaments,

11 – bis – abe

12 – a – 1 12 – b – 3 12 – c – 5 12 – d – 5 12 – e – 2 12 – f – 2 12 – g – 5

13 – a – ça donne des bouches sèches, je ne sais plus (je regarde dans le Vidal® quand je ne sais pas) ; je prescris plutôt du CERIS®. Le glaucome à rechercher. Indication : les vessies instables en fait.

13 – b – ne sait en particulier pour la personne âgée

14 – insuffisance sphinctérienne par vieillissement - incontinence par régurgitation trop plein instabilité vésicale par vessie hypercontractile

15 – oui je ne ressens pas de carence pour la prise en charge des patients

16 – a – NON

16 – b – 1 --non répondu 16 – c – NON

16 – b – 2 – non répondu

17 – L'appréciation du retentissement pour une même incontinence elle ne va être vécue de la même façon chez deux personnes différentes c'est ça qui est difficile, il y a des personnes qui vivent très bien leur incontinence en mettant une protection et puis cela ne les gêne pas et puis il y a les gens chez qui ça va être vraiment un handicap pour une incontinence parfois moindre. Mais on devient beaucoup plus agressif lorsqu'on est devant des sujets qui deviennent grabataires ; les conséquences de l'IU vont devenir plus importantes au niveau des troubles trophiques du siège etc.... . Au niveau de la gêne je suis peu prescripteur de

médicaments ? Je suis très prescripteur de conseils hygiéno-diététiques. Et de temps en temps quand les gens sont très gênés je vais les montrer à l'urologue ou au gynéco. Dans les cas où le gynécologue, il a mis sa bandelette ou si il ne sait pas s'il doit en mettre une on demande à au Dr X qui fait un BUD pour savoir de quoi il en retourne. On ne fait pas un BUD à chaque fois qu'on met un peu de Ceris® ou de Ditropan®. On fait un essai si ça aggrave les choses on se dit tiens on s'est trompé.

En résumé, la principale difficulté c'est l'appréciation et le vécu de l'IU. Ce n'est pas quelque chose qui est vécu de façon uniforme par tout le monde.

Femme, médecine urbaine

1 – 42 ans

2 – 1987 à TOURS 8ans puis salariée quelques années installée à Nantes depuis 1998.

3 – non

4 – 8 %

5 – moins de 25 %

6 – a – 4

6 – b – 3

6 – c – 1

6 – d – 1

7 – a – 4

7 – b – 2

7 – c – 3

8 – 2

9 – ECBU

10 – diurétique : oui par augmentation de la diurèse ; les autres ne sait pas

11 – les déficits des traitements hormonaux Ne sait pas...

11 – bis – abc

12 – a – 4

12 – b – 3

12 – c – 3

12 – d – 5

12 – e – 4

12 – f – 5

12 – g – 5

13 – a – glaucome et la sécheresse buccale,... l'hypotension orthostatique

13 – b – NE SAIT PAS

14 – incontinence d'effort, incontinence par vessie par trop plein (problème neurologique), la troisième ne sait pas...

15 – NON

16 – a – OUI

16 – b – 1 – FMC oui

16 – c – Les urologues s'en sortent pas si mal donc NON

16 – b – 2 – NON pour la brochure car il faut l'avoir avec soi...

17 – Déjà il faut qu'on dépiste l'incontinence urinaire c'est peut-être là qu'on a le plus de travail à faire car on ne pose pas forcément la question.

Après sur le traitement moi j'emploie pas trop de Ditropan mais plutôt du Ceris®.

Et puis si c'est pas suffisant on essaie la chirurgie parce que c'est que les traitements il faut qu'il soit pris pour que ce soit efficace et puis les ordonnances sont déjà surchargées. Je prescris souvent du Ceris car à cet âge-là je ne crois plus à la rééducation.

La difficulté c'est qu'il faut en parler et souvent les gens n'en parlent pas trop, alors il faut aller chercher l'information, la gêne minime ou plus importante, et après savoir ce qu'on peut faire au mieux pour eux souvent malheureusement même le Ceris n'est pas suffisant.

Homme, médecine urbaine

1 – 38 ans

2 – 2001, thèse en 2000

3 – NON

4 – 12%

5 – moins de 25 %

6 – a – 4

6 – b – 3

6 – c – 2

6 – d – 2

7 – a – 4

7 – b – 3 (c'est difficile de répondre à cela car j'en discute d'abord avec le patient après sauf s'il est dément, je ne prends pas de décision sans en parler au patient)

7 – c – 4

8 – 2

9 – ECBU

10 – Diurétique : non, antiparkinsoniens : oui mais je ne sais pas l'expliquer, Morphinique : oui mais je ne sais pas l'expliquer le reste je ne sais pas

11 – Infection urinaire, prise médicamenteuse, une intervention chirurgicale sur la prostate,

11 – bis – abc (escarre oui mais c'est plus pour l'alitement)

12 – a – 2 12 – b – 4 12 – c – 4 12 – d – 5 12 – e – 3 12 – f – 3 12 – g – 4

13 – a – Ne sais pas, prescrit très peu de Ditropan®, l'indication du Ditropan® est l'incontinence urinaire...

13 – b – Ne sais pas

14 – par rétention (sur obstacle, fuite par regorgement) ; par défaillance des sphincters (le clapet ne se ferme plus et donc il y a des fuites ; d'ordre neurologique lié à la sensibilité vésicale, je ne saurais vous en dire plus je ne retrouve plus le terme exact.

15 – NON

16 – a – OUI

16 – b – 1 – FMC oui

16 – c – oui ça peut être utile

16 – b – 2 – Brochure arbre décisionnel (oui)

17 – Je dirais déjà bien préciser le type d'incontinence et puis après les moyens d'évaluation (les BUD les consultations spécialisées, les délais sont longs ce n'est pas facile d'en obtenir). La prise en charge thérapeutique c'est pas évident : les gens ne veulent pas forcément faire de rééducation, les médicaments je les utilise très peu ; sans doute parce qu'on ne fait forcément le bon diagnostic au départ on n'a pas toujours une bonne prise en charge tout a fait adaptée et la thérapeutique est pas toujours très efficace.

Femme, médecine urbaine

1 – 41 ans

2 – Date thèse en 95, installation en 1999

3 – Non

4 – doit me l'envoyer, (j'en n'ai pas beaucoup)

5 – Entre 25 et 50 %

6 – a – (j'en fais pas) 1

6 – b – 4

6 – c – 2

6 – d – 2

7 – a – 5

7 – b – 4

7 – c – 4

8 – 1 TOUS LES DEUX MOIS

9 – ECBU

10 – Diurétique (ça les fait uriner), morphinique (rétention d'urine), bêtabloquant (mécanisme ?) le reste je ne sais pas

11 – infection (l'infection urinaire évidemment), une altération de l'état général, une dépression.

11 – bis – ab constipation, l'infection urinaire

12 – a – 3 12 – b – 3 12 – c – 4 12 – d – 5 12 – e – 4 12 – f – 4 12 – g – 4

13 – a – Il faut regarder avant l'ordonnance pour éviter des interactions médicamenteuses et les Contre-indications et évaluer l'observance du médicament. Je prescris en fait très peu de Ditropan en première intention. J'envoie souvent chez l'urologue avant.

13 – b – Sécheresse buccale et rétention, céphalées.

14 – Insuffisance sphinctérienne, la rétention

15 – Non

16 – a – Oui

16 – b – 1 – FMC oui

16 – c – Oui

16 – b – 2 – Non

17 – Ils n'en parlent pas, on le découvre par hasard et quand ils en parlent ils n'ont pas envie qu'on s'en occupe parce que pour eux c'est installé et cela fait partie de leur quotidien. Ils se sont habitués. Quand on leur propose une prise en charge, ils n'en veulent pas, ils ne veulent pas aller chez l'urologue. (manque de motivation).

Homme, médecine urbaine

1 – 47 ans

2 – Thèse et installation 1994

3 – Non

4 – 4 %

5 - Entre 50 et 75 %

6 – a – 1 (Je n'en fais pas)

6 – b – 3

6 – c – 3

6 – d – 3

7 – a – 5

7 – b – 4

7 – c – 3

8 – 0 (un ou deux par an)

9 – Bilan urodynamique

10 – Diurétique, antiparkinsonien, et morphinique (mécanisme je ne sais pas...)

11 – Infection urinaire, un diabète avec les neuropathies

11 – bis – abe

12 – a – 5

12 – b – 4

12 – c – 5

12 – d – 3

12 – e – 5

12 – f – 5

12 – g – 4

13 – a – Le glaucome, j'en prescris très peu,

13 – b – la sécheresse buccale

14 – j'en sais rien du tout, je ne vois pas ... cystocèle, rectocèle, infection urinaire non je ne vois pas

15 – Non

16 – a – sans opinion dans l'immédiat

16 – b – 1 – non répondu

16 – c – oui

16 – b – 2 – non répondu

17 – Impossibilité de faire un examen clinique chez la personne âgée, c'est honteux, c'est tabou.

Homme, médecine urbaine

1 – 59 ans

2 – 1978

3 – NON

4 – 20 %

5 – 25 << 50

6 – a – 1 (je n'en fais pas)

6 – b – 5

6 – c – 2

6 – d – 2

7 – a – 5

7 – b – 5

7 – c – 2

8 – 1

9 – Un ECBU

10 – Diurétique : oui bien sûr, Antiparkinsoniens : oui (sens de la rétention),

11 – infection urinaire, histoire prostatique, prolapsus, facteur ménopausique (je ne vois pas très bien comment vous répondre)

11 – bis – Constipation et infection urinaire

12 – a – 2

12 – b – 2

12 – c – 4

12 – d – 5

12 – e – 3

12 – f – 5

12 – g – 3

13 – a –

13 – b – Attention au surdosage

14 – je ne sais pas

15 – je ne sais pas

16 – a – non

16 – b – 1 – oui

16 – c – oui (là c'est les urologues qui font ça)

16 – b – 2 – oui

17 – L'efficacité thérapeutique : ce qui est le moins satisfaisant en soit. Sinon je ne vois pas de difficultés.

Homme, médecine urbaine

1 – 57 ans

2 – 1978

3 – NON

4 – 22 %

5 – < 25 % (le problème d'IU, ils sont souvent pris en charge avant)

6 – a – 5

6 – b – 4 les gens en parlent plus facilement qu'avant, autrefois les gens n'en parlaient pas)

6 – c – 5 la personne âgée qui tombe on pense toujours le col du fémur, il faut savoir que ce sont des gens qui sont plus fragiles au point de vue neurologique, faut savoir qu'il y a déjà un petit peu des problèmes locaux au niveau de la sphère urinaire qui peuvent être à la limite de la perturbation et que le traumatisme exacerbe hein !... le fait de se casser la figure... le papy qui n'avait rien et là maintenant va décompenser.

6 – d – 3

7 – a – 5

7 – b – 5

7 – c – 4

8 – 1 ou 2

9 – ça dépend du sexe, de la pathologie, débimétrie

10 – Diurétique en augmentation le volume urinaire, inhibiteur calcique en augmentant la diurèse, les morphiniques et bêtabloquants qui bloquent

11 – les problèmes neurologiques (AVC), diabètes, les problèmes urologiques et d'hypertension non contrôlée. C'est surtout ça.

11 – bis – Infection urinaire, la constipation,

12 – a – 5 12 – b – 5 12 – c – 5 12 – d – 3 12 – e – 3 12 – f – 3 12 – g – 4

13 – a – Il se faut se méfier des petits problèmes de prostate si on ne veut pas se retrouver avec un petit papi qui bloque... toutes les CI au Ditropan® Glaucome prostate...

13 – b – Sensation de sécheresse des muqueuses

14 – IU d'origine neurologique, locale et médicamenteux

15 – NON on a pas de schématisations pour la prise en charge

16 – a – oui

16 – b – 1 – non

16 – c – oui

16 – b – 2 – oui

17 – La difficulté c'est le sujet âgé lui-même : pour lui faire accepter un certain nombre de choses que ce soit les contraintes d'ordre hygiénique, que ce soit les contraintes sur le plan médicamenteux. On a peut être pas assez de temps ; on traite au coup par coup, l'IU je la vois plus comme une conséquence d'une pathologie chez un malade que je connaît depuis très longtemps. C'est dans la continuité des choses. C'est quelque chose qu'on voit apparaître plutôt que quelque chose pour laquelle on est appelé. Ce qui est important c'est de voir dans quel cadre apparaît cette IU.

Homme, médecine urbaine

1 – 63 ans

2 – Thèse en 1973, remplacement puis installation en juillet 1975

3 – non

4 – 27 %

5 – je ne sais pas

6 – a – (qu'est ce que ça veut dire ce truc-là ?) 6 – b – 5

6 – c – 1 (ce n'est pas cela le problème) 6 – d – 1

7 – a – 5

7 – b – 5

7 – c – 5 (en fait c'est quand on repère les choses, au domicile on peut sentir l'odeur...,
sinon au cabinet je demande)

8 – ne sait pas

9 – ECBU

10 – Diurétique oui, antiparkinsonien : je ne sais pas, les inhibiteurs calciques : je ne sais pas,
les morphiniques : ça bloque, les bêtabloquants : je ne sais pas

11 – très intéressante comme question : infection urinaire, AVC, épilepsie, constipation, des
diarrhées pourquoi pas.

11 – bis – constipation, infection urinaire et fissure anale

12 – a – 5 12 – b – 5 (Je demande toujours que le circuit du lit aux toilettes soit dégagé.)

12 – c – 1 12 – d – 5 12 – e – 4 12 – f – 4 (sauf quand les gens n'ont plus de tête)

12 – g – 5

13 – a – Le glaucome, rétention urinaire, à donner à toute petite dose et je réévalue pour voir
si le patient le supporte bien, j'en prescris pas mal.

13 – b – sécheresse de bouche

14 – je ne m'en rappelle plus, c'est une très bonne question !...

15 – pour ce que j'en ai à faire OUI

16 – a – NON

16 – b – 1 – non répondu

16 – c – Sans opinion

16 – b – 2 – non répondu

17 – Mon souci, c'est pour le non remboursement des garnitures ; puis vient la difficulté par
les patients et les familles à accepter la chirurgie quand il y en a besoin et enfin la grosse
difficulté c'est le cerveau : tous les gens qui n'ont plus leur tête ... donc la difficulté c'est est-
ce qu'on fait quelque chose (intervention, traitement agressif etc.) ou est-ce qu'on met des
garnitures (problème de décision) ; Autant la personne âgée active elle va accepter et adhérer
au traitement mais la PA dépendante et bien cela va être difficile ; il y a aussi le problème de
la motivation.

Homme, médecine urbaine

1 – 54 ans

2 – Thèse en 1981, remplacement jusqu'à installation en 2001 en milieu rural puis installation en milieu urbain en 2003

3 – NON

4 – 12 %

5 – <25 %

6 – a – 4 (je fais des consultations de pré admission et demande d'APA, dans ce cadre-là je le fais souvent)

6 – b – 1

6 – c – 1

6 – d – 1

7 – a – 4

7 – b – 4

7 – c – 2

8 – 1

9 – ECBU

10 – Je ne sais pas.

11 – La toux, l'effort, je ne sais pas trop.

11 – bis – L'infection urinaire

12 – a – 3 12 – b – 1 12 – c – 4 12 – d – 5 12 – e – 3 12 – f – 4 12 – g – 1

13 – a – Effet sédatif qui peut provoquer des chutes. J'en prescris si jamais mon ECBU est stérile et après un examen clinique je fais un essai d'efficacité.

13 – b – sécheresse de bouche

14 – La cystocèle, ... je ne vois pas

15 – NON

16 – a – Oui

16 – b – 1 – FMC oui

16 – b – 2 – Brochure oui

16 – c – Oui mais je pense que les deux premières propositions peuvent être suffisantes.

17 – Le plus souvent il faut attendre la plainte du patient pour intervenir ; la thérapeutique n'est pas forcément très évidente ; pour le patient tout n'est pas très bien vécu (du diagnostic (BUD) la rééducation, le traitement chirurgical) ce n'est pas toujours bien accepté par le patient.

Femme, médecine urbaine

1 – 45 ans

2 – 1989 Remplacement (thèse en 1992)

3 – NON

4 – 5 %

5 – 50 << 75

6 – a – 1 (Je ne fais pas une EGS sinon je ne recherche jamais une IU lors d'une première consultation, quand on remplit les papiers pour une maison de retraite je le fais)

6 – b – 4

6 – c – 1

6 – d – 3

7 – a – 5

7 – b – 4 (si la famille m'en parle je pose la question je tends une perche...)

7 – c – 4

8 – 1 tous les 4 mois

9 – ECBU

10 – diurétiques oui (augmentent le volume urinaire), morphiniques oui (rétention) , les autres je ne sais pas

11 – Infection urinaire, facteurs psychologiques (périodes de stress), déficit hormonal chez les femmes ; la iatrogénie des médicaments

11 – bis – Constipation oui, infection urinaire oui, fissure anale oui (abd)

12 – a – 1 (Je ne raisonne pas comme cela, c'est plutôt quand il y a un problème de mobilité que je recherche un trouble urinaire)

12 – b – 3

12 – c – 1

12 – d – 5

12 – e – 4

12 – f – 3

12 – g – 4

13 – a – JE NE SAIS PAS, j'en prescris très peu, je me plonge dans le vidal®

13 – b – sécheresse de la bouche

14 – L'incontinence urinaire par impériosité mictionnelle et incontinence d'effort

15 – NON

16 – a – OUI

16 – b – 1 – FMC OUI

16 – c – oui

16 – b – 2 – BROCHURE NON (en pratique on s'en sert pas...)

17 – la fatalité... après c'est le fait de l'aborder avec les patients âgés (je l'aborde plus avec les sujets jeunes surtout avec les femmes) c'est dans la continuité de la vie. Quand les personnes m'en parlent je les prends en charge mais je ne vais pas au devant et rechercher activement l'IU peut-être par pudeur.

Homme, médecine urbaine

1 – 60 ans

2 – 1975

3 – non

4 – à peu près 30 % (m'a dit au début 40 %)

5 – < 25 %

6 – a – 1 (j'en fais jamais)

6 – b – 1

6 – c – 1

6 – d – 1

7 – a – 5

7 – b – 5

7 – c – 3

8 – 1

9 – NE SAIT PAS

10 – Diurétiques : oui, antiparkinsoniens : oui; les autres non

11 – problèmes articulaires, dépressions, la démence cérébrale, l'AVC

11 – bis – constipation, infection urinaire et ongle incarné

12 – a – 1

12 – b – 5

12 – c – 5

12 – d – 2

12 – e – 3

12 – f – 3

12 – g – 5

13 – a – Décompensation d'une démence cérébrale

13 – b – confusion mentale, hypertonie oculaire, trouble cardiaque

14 – j'en sais rien du tout

15 – sans opinion

16 – a – sans opinion

16 – b – 1 – non répondu

16 – c – non

16 – b – 2 – non répondu

17 – aucune, je les résous...

Homme, médecine urbaine

1 – 63 ans

2 – 1971

3 – NON

4 – 25 %

5 – ENTRE 25 ET 50

6 – a – 5

6 – b – 5

6 – c – 2

6 – d – 3

7 – a – 5

7 – b – 5

7 – c – 3

8 – 1,5

9 – ECBU

10 – diurétiques, antiparkinsoniens, morphiniques et bêta bloquants

11 – infection urinaire, une nouvelle thérapeutique médicamenteuse, un déséquilibre des fonctions supérieures.

11 – bis – abc

12 – a – 5 12 – b – 5 12 – c – 5 12 – d – 5 12 – e – 3 12 – f – 3 12 – g – 5

13 – a – Rechercher les problèmes de glaucome et les problèmes de rétention urinaire ; j'en prescris peu il faut que ce soit une vessie instable sinon non ; je prescris plus du Ceris pour les personnes âgées.

13 – b – Le principe des actions anti cholinergiques

14 – Vessie instable et incontinence d'effort.

15 – NON

16 – a – OUI

16 – b – 1 – FMC : oui

16 – b – 2 – Brochure : oui

16 – c – non

17 – La personne âgée incontinente, elle est garnie. La principale difficulté c'est de gérer l'incontinence mais pas de la guérir : c'est-à-dire organiser toutes les aides nécessaires pour l'aider à se gérer. Rares sont les personnes âgées qui gèrent seules leur incontinence.

Femme, médecine urbaine

1 – 49 ans

2 – Thèse en 1983, remplacement en 86, installation en 1988

3 – NON

4 – 7 %

5 – <25

6 – a – 5

6 – b – 4

6 – c – 1

6 – d – 1

7 – a – 5

7 – b – 5

7 – c – 5

8 – 1

9 – ECBU

10 – diurétique (je dirais non sur l'équilibre vésico-sphinctérien) oui si sur la fonction vésicale, antiparkinsoniens oui, morphinique oui, bêtabloquants et inhibiteur calciques je ne sais pas.

11 – la iatrogénie par l'instauration d'un nouveau traitement, infection urinaire, diabète déséquilibré, perturbation des fonctions supérieures, problème prostatique.

11 – bis – abcd

12 – a – 5 12 – b – 5 12 – c – 5 12 – d – 5 12 – e – 3 12 – f – 3 12 – g – 5

13 – a – Interactions médicamenteuses et la mise en route progressive du traitement. J'en prescris peu.

13 – b – somnolence, sécheresse de bouche.

14 – Incontinence d'effort, IU sur des vessies neurologiques,

15 – non

16 – a – oui

16 – b – 1 – fmc oui

16 – c – non

16 – b – 2 – brochure non

17 – le problème multifactoriel, il y a souvent plusieurs pathologies qui interviennent et donc rendent le problème difficile ; Chez les gens âgés il y a le problème de l'interrogatoire ; les déments ; les patients en institution, le caractère iatrogène, les pathologies associées.

Homme, médecine urbaine

1 – 60 ans

2 – 1975

3 – NON

4 – 25 % (n'a pas son SNIR)

5 – <25%

6 – a – 1 (je ne fais jamais d'EGS) 6 – b – 3 6 – c – 1 6 – d – 1

7 – a – 4 (ça passe parfois à l'as dans la consultation) 7 – b – 1 7 – c – 3

8 – 1

9 – ECBU

10 – Diurétique : non, font uriner mais n'agissent pas sur l'équilibre vésico-sphinctérien ; morphinique : oui, les autres je ne sais pas.

11 – l'infection urinaire, le diabète, les troubles nerveux (neurologiques), la toux ,un effort,

11 – bis – ab

12 – a – 1 12 – b – 1 12 – c – 4 12 – d – 5 12 – e – 3 12 – f – 4 12 – g – 5

13 – a – Problème de prostate chez l'homme, le glaucome, j'en prescris que dans les incontinences urinaires par instabilité vésicale.

13 – b – rétention, le glaucome

14 – IU d'effort par faiblesse des parois, le col de vessie qui est relâché, faiblesse sphinctérienne ; IU par impériosité la vessie instable par irritation, les mixtes, IU par vessie dépassée par régurgitation.

15 – non

16 – a – sans opinion 16 – b – 1 – Non répondu

16 – b – 2 –

16 – c – non (je travaille avec des correspondants qui me conviennent)

17 – Sur le fait qu'il faut le prendre en compte et il faut qu'ils en parlent ; Et puis même quand ils en parlent souvent on laisse un peu tomber ou courir si ça ne les gêne pas trop et puis ils ne sont pas trop demandeurs.

Homme, médecine urbaine

1 – 59 ans

2 – 1975

3 – NON

4 – 7%

5 – 25 << 50

6 – a – 5 (ne sait pas ce qu'est une EGS) 6 – b – 5 6 – c – 4 6 – d – 3

7 – a – 5 7 – b – 4 (si le patient accepte d'en parler) 7 – c – 3

8 – 1 tous les deux mois

9 – ECBU

10 – Diurétiques (augmente la diurèse et donc les pressions), Antiparkinsoniens : agit sur le muscle vésical, inhibiteurs calciques je ne sais pas, morphinique : ça bloque ; bêtabloquants : oui

11 – détérioration intellectuelle, AVC, problème alimentaire (dénutrition), problème infectieux dont infection urinaire, problème pulmonaire, la toux....

11 – bis – abcde ; ongle incarné : ça peut le gêner pour se lever et aller aux toilettes

12 – a – 5

12 – b – 2 (je fais peu de visites à domicile (une par semaine), en maison de retraite le cadre est tout de suite défini)

12 – c – 3 12 – d – 4 12 – e – 3 (ça dépend de l'âge et de la coopération du patient)

12 – f – 4 12 – g – 4

13 – a – les problèmes de glaucome ; j'en prescris très peu sur les vessies irritables

13 – b – glaucome

14 – problème sphinctérien (cystocèle tout ce qui va avec), les troubles neurologiques (AVC et compagnie), les phénomènes irritatifs

15 – non

16 – a – oui 16 – b – 1 – FMC oui (plus que la brochure) 16 – c – oui

16 – b – 2 – brochure oui

17 – le manque de temps, interrogatoire succinct et on adresse rapidement ; en maison de retraite : la compréhension et la motivation des sujets très âgés (manque d'autonomie et déments) on passe rapidement au change complet, perte de motivation des soignants et des soignés, avec le patient de soixante-dix ans je n'ai pas de problèmes.

Homme, médecine urbaine

1 – 53 ans

2 – 1981

3 – NON

4 – 15 %

5 – 25 << 50 %

6 – a – 4 (n'en fait jamais)

6 – b – 4

6 – c – 3

6 – d – 3

7 – a – 4 (pas toujours car généralement ils ont déjà évoqué le problème avec moi)

7 – b – 5

7 – c – 5

8 – 2

9 – ECBU

10 – Diurétique, morphinique, antiparkinsonien => oui les autres je ne sais pas

11 – les troubles de la marche et du déplacement, l'infection urinaire, un état dépressif un diabète, une recherche mécanique (une ptose de la vessie)

11 – bis – abcd

12 – a – 5 12 – b – 5 12 – c – 5 12 – d – 5 12 – e – 3 12 – f – 3 12 – g – 5

13 – a – Sécheresse des muqueuses, trouble du comportement, agissent sur la prostate, troubles de la vue (je prescris plutôt du CERIS, j'en prescris peu...)

13 – b – idem

14 – IU par impériosité, par regorgement, par insuffisance sphinctérienne.

15 – NON

16 – a – OUI

16 – b – 1 – FMC oui

16 – c – oui

16 – b – 2 – Arbre décisionnel oui

17 – aide au diagnostic, demander les examens complémentaires, les faire déplacer chez le spécialiste, une prise en charge par l'entourage (famille, maison de retraite, long séjour) ; il faut remuer l'entourage pour les déplacements, ça demande une disponibilité et du temps, en maison de retraite on a tendance à mettre des couches car on a pas le temps, on essaye de faire un bilan mais c'est pas facile, on a tendance à prendre cela comme une fatalité.

Annexe n°4 : Répartition des médecins interrogés selon l'âge

	Ruraux n=17	Urbains n=16	Total n=33
30 à 39 ans n=3	12% (n=2)	6% (n=1)	9% (n=3)
40 à 49 ans n=11	29% (n=5)	38% (n=6)	33% (n=11)
50 à 59 ans n=13	47% (n=8)	31% (n=5)	40% (n=13)
60 ans et plus n=6	12% (n=2)	25% (n=4)	18% (n=6)

Annexe n°5 : Estimation de la prévalence de l'IU du sujet âgé de plus de 65 ans

Prévalence de l'IU du sujet âgé de plus de 65 ans.	Campagne n=17	Ville n=16	Total n=33
Moins de 25 %	29% (n=5)	44% (n=7)	36% (n=12)
Entre 25 et 50 %	53% (n=9)	31% (n=5)	43% (n=14)
Entre 50 et 75 %	0% (n=0)	13% (n=2)	6% (n=2)
Plus de 75 %	0% (n=0)	6% (n=1)	3% (n=1)
Ne sait pas	18% (n=3)	6% (n=1)	12% (n=4)

Annexe n° 6 : Facteurs favorisant nommés par les généralistes à rechercher devant une IU récente du sujet âgé (classement selon le type de facteur)

			Proportion de médecin ayant cité l'item			Proportion de réponses (n=120)	
			R (n=17)	U (n=16)	T (n=33)		
Facteurs écologiques	Perte de mobilité	Trouble de la marche et du déplacement, problème articulaire	0% (n=0)	13% (n=2)	6% (n=2)	1,5% (n=2)	3% (n=4) 4% (n=5)
		Décompensation cardiaque	12% (n=2)	0% (n=0)	6% (n=2)	1,5% (n=2)	
	Modification récente de l'environnement	Changement de lieu	6% (n=1)	0% (n=0)	3% (n=1)	1% (n=1)	
Facteurs d'affaiblissement du contrôle nerveux de la continence	Délire et/ou état confusionnel	Altération des fonctions supérieures	41% (n=7)	31% (n=5)	36% (n=12)	10% (n=12)	15% (n=18) 32% (n=38)
		Syndrome dépressif	18% (n=3)	19% (n=3)	18% (n=6)	5% (n=6)	
	Iatrogénie	Traitement médicamenteux	47% (n=8)	31% (n=5)	39% (n=13)	11% (n=13)	
		Erreur hygiéno-diénétique	6% (n=1)	0% (n=0)	3% (n=1)	1% (n=1)	
	Désordre métabolique	Perturbation métabolique comme le diabète	12% (n=2)	25% (n=4)	18% (n=6)	5% (n=6)	
Facteur d'irritation vésicale	Fécalome	Constipation	18% (n=3)	6% (n=1)	12% (n=4)	3% (n=4)	19% (n=23)
	Infection urinaire	Infection urinaire	41% (n=7)	69% (n=11)	55% (n=18)	15% (n=18)	
	Sciatique	Problèmes de dos	6% (n=1)	0% (n=0)	3% (n=1)	1% (n=1)	
Causes chroniques d'IU liées au mécanisme physiopathologique d'altération du système vésico-sphinctérien	Problèmes neurologiques (AVC, Epilepsie)		35% (n=6)	38% (n=6)	36% (n=12)	10% (n=12)	31% (n=37)
	Problème de prostate		35% (n=6)	19% (n=3)	27% (n=9)	8% (n=9)	
	Ptose et prolapsus chez la femme		6% (n=1)	6% (n=1)	6% (n=2)	1,5% (n=2)	
	Déficit hormonal chez la femme		29% (n=5)	19% (n=3)	24% (n=8)	6,5% (n=8)	
	Toux, effort		18% (n=3)	19% (n=3)	18% (n=6)	5% (n=6)	
Autres...	HTA mal contrôlée par le traitement		12% (n=2)	6% (n=1)	9% (n=3)	2,5% (n=3)	14% (n=17) 45% (n=54)
	AEG		6% (n=1)	13% (n=2)	9% (n=3)	2,5% (n=3)	
	Stress		6% (n=1)	6% (n=1)	6% (n=2)	1,5% (n=2)	
	Diarrhée		0% (n=0)	6% (n=1)	3% (n=1)	1% (n=1)	
	Fièvre tout problème infectieux		29% (n=5)	19% (n=3)	24% (n=8)	6,5% (n=8)	

Annexe n° 7 : Facteurs favorisant nommés par les généralistes à rechercher devant une IU récente du sujet âgé (classement par ordre de fréquence décroissante)

Items cités par les généralistes	Nombre de médecins ayant cité l'item			Nombre de réponses données (n=120)
	Ruraux (n=17)	Urbains (n=16)	Totaux (n=33)	
Infection urinaire	41% (n=7)	69% (n=11)	55% (n=18)	15% (n=18)
Traitement médicamenteux	47% (n=8)	31% (n=5)	39% (n=13)	11% (n=13)
Altération des fonctions supérieures	41% (n=7)	31% (n=5)	36% (n=12)	10% (n=12)
Problèmes neurologiques (AVC, Epilepsie)	35% (n=6)	38% (n=6)	36% (n=12)	10% (n=12)
Problème de prostate	35% (n=6)	19% (n=3)	27% (n=9)	8% (n=9)
Fièvre tout problème infectieux	29% (n=5)	19% (n=3)	24% (n=8)	6,5% (n=8)
Déficit hormonal chez la femme	29% (n=5)	19% (n=3)	24% (n=8)	6,5% (n=8)
Syndrome dépressif	18% (n=3)	19% (n=3)	18% (n=6)	5% (n=6)
Toux, effort	18% (n=3)	19% (n=3)	18% (n=6)	5% (n=6)
Perturbation métabolique comme le diabète	12% (n=2)	25% (n=4)	18% (n=6)	5% (n=6)
Constipation	18% (n=3)	6% (n=1)	12% (n=4)	3% (n=4)
HTA mal contrôlé par le traitement	12% (n=2)	6% (n=1)	9% (n=3)	2,5% (n=3)
AEG	6% (n=1)	13% (n=2)	9% (n=3)	2,5% (n=3)
Stress	6% (n=1)	6% (n=1)	6% (n=2)	1,5% (n=2)
Trouble de la marche et du déplacement, problème articulaire	0% (n=0)	13% (n=2)	6% (n=2)	1,5% (n=2)
Décompensation cardiaque	12% (n=2)	0% (n=0)	6% (n=2)	1,5% (n=2)
Ptose et prolapsus chez la femme	6% (n=1)	6% (n=1)	6% (n=2)	1,5% (n=2)
Problèmes de dos	6% (n=1)	0% (n=0)	3% (n=1)	1% (n=1)
Erreur hygiéno-diététique	6% (n=1)	0% (n=0)	3% (n=1)	1% (n=1)
Changement de lieu	6% (n=1)	0% (n=0)	3% (n=1)	1% (n=1)
Diarrhée	0% (n=0)	6% (n=1)	3% (n=1)	1% (n=1)

Annexe 8 : Symptômes recherchés par les médecins généralistes intervenant dans la survenue d'une IU récente chez le sujet âgé

	Ruraux (n=17)	Urbains (n=16)	Total (n=33)
Constipation	100% (n=17)	100% (n=16)	100% (n=33)
Infection urinaire	100% (n=17)	94% (n=15)	97% (n= 32)
Fissure anale	47% (n=8)	44% (n=7)	45% (n=15)
Escarre	29% (n=5)	38% (n=6)	33% (n=11)
Ongle incarné	12% (n=2)	13% (n=2)	12% (n=4)

Annexe n° 9 : Introgénie des traitements médicamenteux sur l'équilibre vésico-sphinctérien

		Traitement non cité	Traitement cité		
			⇩	Mécanisme cité	Mécanisme non cité
Diurétiques	Ruraux (n=17)	18% (n=3)	82% (n=14)	79% (n=11)	21%(n=3)
	Urbains (n=16)	19% (n=3)	81% (n=13)	54% (n=7)	46% (n=6)
	Total (n=33)	18% (n=6)	82% (n=27)	67% (n=18)	33% (n=9)
Morphiniques	Ruraux (n=17)	29% (n=5)	71% (n=12)	58% (n=7)	42% (n=5)
	Urbains (n=16)	25% (n=4)	75% (n=12)	50% (n=6)	50% (n=6)
	Total (n=33)	27% (n=9)	73% (n=24)	54% (n=13)	46% (n=11)
Antiparkinsoniens	Ruraux (n=17)	53% (n=9)	47% (n=8)	12,5% (n=1)	87,5% (n=7)
	Urbains (n=16)	50% (n=8)	50% (n=8)	25% (n=2)	75% (n=6)
	Total (n=33)	52% (n=17)	48% (n=16)	19% (n=3)	81% (n=13)
Bêta bloquants	Ruraux (n=17)	71% (n=12)	29% (n=5)	0% (n=0)	100% (n=5)
	Urbains (n=16)	62,5% (n=10)	37,5% (n=6)	17% (n=1)	83% (n=5)
	Total (n=33)	67% (n=22)	33% (n=11)	9% (n=1)	91% (n=10)
Inhibiteurs calciques	Ruraux (n=17)	82% (n=14)	18% (n=3)	0% (n=0)	100% (n=3)
	Urbains (n=16)	94% (n=15)	6% (n=1)	0% (n=0)	100% (n=1)
	Total (n=33)	88% (n=29)	12% (n=4)	0% (n=0)	100% (n=4)

Annexe n° 10 : Premiers examen complémentaire que demande les généralistes devant la découverte d'une IU récente chez le sujet âgé

	Bandelette urinaire/ECBU	BUD	Débitimétrie	Consultation urologique	Bilan biologique sanguin	Glycémie	Ne sait pas
RURAUX (n=17)	71% (n=12)	5,8% (n=1)	5,8% (n=1)	5,8% (n=1)	5,8% (n=1)	5,8% (n=1)	0
URBAINS (n=16)	81,25% (n=13)	6,25% (n=1)	6,25% (n=1)	0	0	0	6,25% (n=1)
Total (n=33)	76% (n=25)	6% (n=2)	6% (n=2)	3% (n=1)	3% (n=1)	3% (n=1)	3% (n=1)

Annexe n° 11 : Types d'incontinence urinaire

		Type d'IU non cité	Type d'IU cité		
			↓	Mécanisme cité	Mécanisme non cité
IU d'effort	Ruraux (n=17)	35% (n=6)	65% (n=11)	64% (n=7)	36%(n=4)
	Urbains (n=16)	44% (n=7)	56% (n=9)	44% (n=4)	56% (n=5)
	Total (n=33)	39% (n=13)	61% (n=20)	54% (n=11)	46% (n=9)
IU par instabilité vésicale	Ruraux (n=17)	71% (n=12)	29% (n=5)	80% (n=4)	20% (n=1)
	Urbains (n=16)	63% (n=10)	37% (n=6)	33% (n=2)	67% (n=4)
	Total (n=33)	67% (n=22)	33% (n=11)	55% (n=6)	45% (n=5)
IU par regorgement	Ruraux (n=17)	82% (n=14)	18% (n=3)	67% (n=2)	33% (n=1)
	Urbains (n=16)	63% (n=10)	37% (n=6)	50% (n=3)	50% (n=3)
	Total (n=33)	73% (n=24)	27% (n=9)	56% (n=5)	44% (n=4)

Annexe n° 12 : Précautions que prennent les généralistes lors de la prescription de l'oxybutynine chez le sujet âgé

Items cités par les généralistes	Nombre de médecins ayant cité l'item		
	Ruraux (n=17)	Urbains (n=16)	Totaux (n=33)
Rechercher un risque de glaucome	35% (n=6)	56% (n=9)	45% (n=15)
Rechercher un risque de rétention urinaire, obstacle mécanique	29% (n=5)	31% (n=5)	30% (n=10)
Ne sait pas	29% (n=5)	19% (n=3)	24% (n=8)
Dans le cadre des vessie instables	18% (n=3)	25% (n=4)	21% (n=7)
Se méfier des polymédications et association avec d'autres cholinergiques	18% (n=3)	13% (n=2)	15% (n=5)
Se méfier des troubles des fonctions supérieures (confusion, délire, somnolence...)	18% (n=3)	13% (n=2)	15% (n=5)
Toujours à petite dose au début	18% (n=3)	6% (n=1)	12% (n=4)
Surveillance tensionnelle (hypotension)	12% (n=2)	6% (n=1)	9% (n=3)
Risque de chute, ralentissement	6% (n=1)	6% (n=1)	9% (n=2)
Problème cardiovasculaire	6% (n=1)	0% (n=0)	3% (n=1)

Annexe n° 13 : Effets indésirables de l'oxybutynine selon les généralistes

Items cités par les généralistes	Nombre de médecins ayant cité l'item		
	Ruraux (n=17)	Urbains (n=16)	Totaux (n=33)
Sécheresse buccale	59% (n=10)	63% (n=10)	61% (n=20)
Glaucome	18% (n=3)	38% (n=6)	27% (n=9)
Rétention urinaire	35% (n=6)	13% (n=2)	24% (n=8)
Constipation	29% (n=5)	6% (n=1)	18% (n=6)
Ne sait pas	24% (n=4)	0% (n=0)	12% (n=4)
Vertiges, chutes	6% (n=1)	19% (n=3)	12% (n=4)
Somnolence	6% (n=1)	0% (n=0)	3% (n=1)
Problème tensionnel	6% (n=1)	0% (n=0)	3% (n=1)

Annexe n° 14 : Commentaires adjacents lors de la question sur l'Oxybutynine

Items cités par les généralistes	Nombre de médecins ayant cité l'item		
	Ruraux (n=17)	Urbains (n=16)	Totaux (n=33)
Peu prescripteur de ce traitement	47% (n=8)	56% (n=9)	52% (n=17)
Intérêt du Vidal® pour rechercher les précautions	18% (n=3)	13% (n=2)	15% (n=5)
Tendance à prescrire plutôt du Chlorure de Trosipium	0% (n=0)	19% (n=3)	9% (n=3)

Annexe n° 15 : Dépistage de l'IU du sujet âgé par les généralistes

		Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Lors d'une Evaluation gériatrique standardisée	R n=17	30% (n=5)	24% (n=4)	6% (n=2)	12% (n=2)	30% (n=5)
	U n=16	31% (n=5)	25% (n=4)	0% (n=0)	0% (n=0)	44% (n=7)
	Total n=33	31% (n=10)	24% (n=8)	3% (n=2)	6% (n=2)	36% (n=12)
		55% (n=18)			42% (n=14)	
Lors de pathologies pouvant entraîner une IU	R n=17	17,5% (n=3)	41% (n=7)	17,5% (n=3)	12% (n=2)	12% (n=2)
	U n=16	31% (n=5)	31% (n=5)	25% (n=4)	0% (n=0)	13% (n=2)
	Total n=33	24% (n=8)	36% (n=12)	21% (n=7)	6% (n=2)	12% (n=4)
		61% (n=20)			18% (n=6)	
Lors du bilan de chute	R n=17	0% (n=0)	6% (n=1)	18% (n=3)	35% (n=6)	41% (n=7)
	U n=16	6% (n=1)	6% (n=1)	13% (n=2)	25% (n=4)	50% (n=8)
	Total n=33	3% (n=1)	6% (n=2)	15% (n=5)	30% (n=10)	46% (n=15)
		9% (n=3)			76% (n=25)	
Lors du bilan d'un état dépressif	R n=17	0% (n=0)	12% (n=2)	12% (n=2)	29% (n=5)	47% (n=8)
	U n=16	0% (n=0)	0% (n=0)	37% (n=6)	19% (n=3)	44% (n=7)
	Total n=33	0% (n=0)	6% (n=2)	24% (n=8)	24% (n=8)	46% (n=15)
		6% (n=2)			70% (n=23)	

Annexe n° 16 : Fréquence de nouvelle prise en charge d'une IU chez le sujet âgé

Fréquence d'une nouvelle prise en charge d'une IU chez le sujet âgé	Campagne	Ville	Total	Pourcentage
1 tous les 8 mois	0	1	1	3,03%
1 tous les 6 mois	3	0	3	9,09%
1 tous les 4 mois	1	1	2	6,06%
1 tous les 3 mois	1	0	1	3,03%
1 tous les 2 mois	3	2	5	15,15%
1 tous les mois	4	5	9	27,28%
3 tous les 2 mois	2	2	4	12,12%
2 tous les mois	2	3	5	15,15%
5 tous les 2 mois	0	1	1	3,03%
5 tous les mois	1	0	1	3,03%
Ne sait pas	0	1	1	3,03%

Annexe n° 17 : Prise en charge de l'IU du sujet âgé par le médecin généraliste

		Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Lorsque la gêne est exprimée par le patient	R n=17	94% (n=16)	6% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
	U n=16	68% (n=11)	31% (n=5)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
	Total n=33	82% (n=27)	18% (n=6)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
		100% (n=33)			0% (n=0)	
Lorsque la gêne est exprimée par la famille ou par l'entourage	R n=17	76% (n=13)	18% (n=3)	0% (n=0)	6% (n=1)	0% (n=0)
	U n=16	50% (n=8)	32% (n=5)	6% (n=1)	6% (n=1)	6% (n=1)
	Total n=33	64% (n=21)	24% (n=8)	3% (n=1)	6% (n=2)	3% (n=1)
		88% (n=29)			9% (n=3)	
A l'occasion d'un autre motif de consultation pouvant entraîner l'incontinence urinaire	R n=17	30% (n=5)	35% (n=6)	35% (n=6)	0% (n=0)	0% (n=0)
	U n=16	25% (n=4)	25% (n=4)	38% (n=6)	12% (n=2)	0% (n=0)
	Total n=33	27% (n=9)	31% (n=10)	36% (n=12)	6% (n=2)	0% (n=0)
		58% (n=19)			6% (n=2)	

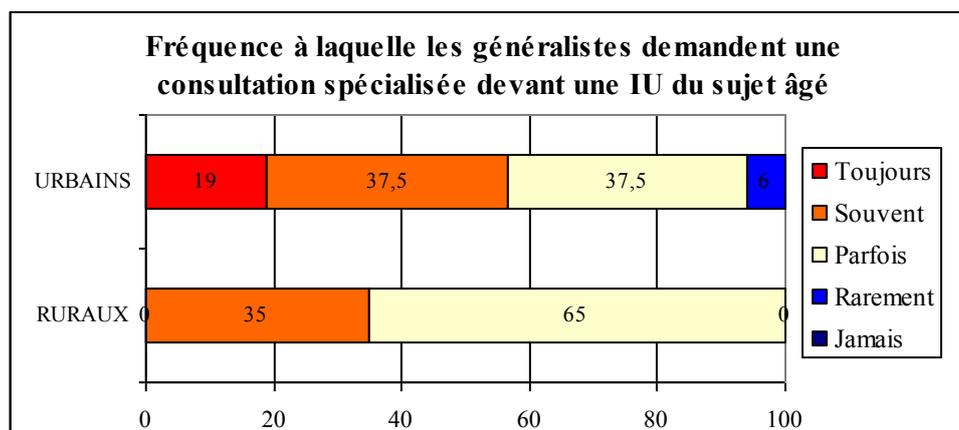
Annexe n° 18 : Recherche des facteurs favorisant devant une IU du sujet âgé par le médecin généraliste

Le généraliste fait :		Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Une évaluation de la mobilité du patient	R n=17	41% (n=7)	29% (n=5)	0% (n=0)	12% (n=2)	18% (n=3)
	U n=16	44% (n=7)	6% (n=1)	12,5% (n=2)	12,5% (n=2)	25% (n=4)
	Total n=33	43% (n=14)	18% (n=6)	6% (n=2)	12% (n=4)	21% (n=7)
		61% (n=20)			33% (n=11)	
Une réévaluation de l'environnement	R n=17	29,5% (n=5)	35% (n=6)	29,5% (n=5)	6% (n=1)	0% (n=0)
	U n=16	37,5% (n=6)	12,5% (n=2)	25% (n=4)	12,5% (n=2)	12,5% (n=2)
	Total n=33	34% (n=11)	24% (n=8)	27% (n=9)	9% (n=3)	6% (n=2)
		58% (n=19)			15% (n=5)	
Une réévaluation de l'ordonnance de traitement	R n=17	65% (n=11)	29% (n=5)	6% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)
	U n=16	44% (n=7)	31% (n=5)	12,5% (n=2)	0% (n=0)	12,5% (n=2)
	Total n=33	55% (n=18)	30% (n=10)	9% (n=3)	0% (n=0)	6% (n=2)
		85% (n=28)			6% (n=2)	
Un dépistage d'une infection urinaire	R n=17	76% (n=13)	24% (n=4)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
	U n=16	75% (n=12)	6% (n=1)	13% (n=2)	6% (n=1)	0% (n=0)
	Total n=33	76% (n=25)	15% (n=5)	6% (n=2)	3% (n=1)	0% (n=0)
		91% (n=30)			3% (n=1)	
Une recherche d'un trouble du transit à type de constipation	R n=17	29% (n=5)	53% (n=9)	18% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)
	U n=16	50% (n=8)	38% (n=6)	6% (n=1)	0% (n=0)	6% (n=1)
	Total n=33	39% (n=13)	46% (n=15)	12% (n=4)	0% (n=0)	3% (n=1)
		85% (n=28)			3% (n=1)	

Annexe n° 19 : Le bilan urodynamique et la consultation spécialisée

Le généraliste fait :		Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Un bilan urodynamique	R n=17	0% (n=0)	17% (n=3)	65% (n=11)	12% (n=2)	6% (n=1)
	U n=16	6% (n=1)	25% (n=4)	63% (n=10)	6% (n=1)	0% (n=0)
	Total n=33	3% (n=1)	21% (n=7)	64% (n=21)	9% (n=3)	3% (n=1)
		24% (n=8)			12% (n=4)	
Une demande de consultation spécialisée	R n=17	0% (n=0)	35% (n=6)	65% (n=11)	0% (n=0)	0% (n=0)
	U n=16	19% (n=3)	37,5% (n=6)	37,5% (n=6)	6% (n=1)	0% (n=0)
	Total n=33	9% (n=3)	36% (n=12)	52% (n=17)	3% (n=1)	0% (n=0)
		45% (n=15)			3% (n=1)	

Annexe n° 20 : Comparaison ville/campagne vis-à-vis de la demande de consultation spécialisée



Annexe n° 21 : Difficultés des généralistes face l'IU du sujet âgé par ordre décroissant

Difficultés citées par les généralistes	Nombre de médecins ayant cité l'item			Nombre de réponses données (n=78)
	Ruraux (n=17)	Urbains (n=16)	Totaux (n=33)	
Difficulté du patient à se prendre en charge dans sa motivation et sa compréhension du problème (motivation des familles)	29% (n=5)	38% (n=6)	33% (n=11)	14% (n=11)
La honte du patient qui a du mal à en parler (pudeur) et donc n'en parle pas	29% (n=5)	38% (n=6)	33% (n=11)	14% (n=11)
Y penser et pouvoir en parler avec le patient (pudeur et motivation du médecin, peu passionné par la pathologie)	35% (n=6)	25% (n=4)	30% (n=10)	13% (n=10)
Evaluation et choix du traitement adéquat en fonction de la comorbidité du patient ; Savoir s'il faut traiter ou non	35% (n=6)	13% (n=2)	24% (n=8)	10% (n=8)
Evaluation de la gêne du patient en fonction de son discours, du retentissement de l'IU et décider d'une éventuelle prise en charge	18% (n=3)	31% (n=5)	24% (n=8)	10% (n=8)
Fatalité pour le médecin et pour les soignant limitants les prises en charges, il y a d'autres priorités...	12% (n=2)	31% (n=5)	21% (n=7)	9% (n=7)
Difficultés à adresser les patients pour les examens complémentaires (lourd pour la prise en charge du sujet âgé)	12% (n=2)	25% (n=4)	18% (n=6)	8% (n=6)
Temps de consultation limité entraînant une absence de dépistage actif	6% (n=1)	19% (n=3)	12% (n=4)	5% (n=4)
Motiver le personnel de maison de retraite pour la prise en charge de l'IU	6% (n=1)	13% (n=2)	9% (n=3)	4% (n=3)
Thérapeutique peu efficace et assez limitée chez la personne âgée	6% (n=1)	13% (n=2)	9% (n=3)	4% (n=3)
Prix élevés et non remboursés des traitement palliatifs (changes)	12% (n=2)	6% (n=1)	9% (n=3)	4% (n=3)
La gestion des effets secondaires des traitements médicamenteux	6% (n=1)	6% (n=1)	6% (n=2)	2,5% (n=2)
Préciser le type d'IU	0% (n=0)	6% (n=1)	3% (n=1)	1,25% (n=1)
Dépister plus tôt afin d'éviter une chronicisation	6% (n=1)	0% (n=0)	3% (n=1)	1,25% (n=1)

Annexe n° 22 : Difficultés des généralistes face l'IU du sujet âgé classées selon le genre

Tableau n° x		Nombre de médecins ayant cité l'item			Nombre de réponses données (n=78)					
	Difficultés citées par les généralistes	Ruraux (n=17)	Urbains (n=16)	Totaux (n=33)						
Problème culturel, Tabou...	Faibles motivation et compréhension du patient	29% (n=5)	38% (n=6)	33% (n=11)	14% (n=11)	49% (n= 39)				
	« Tabou » chez le patient	29% (n=5)	38% (n=6)	33% (n=11)	14% (n=11)					
	« Tabou » chez le médecin	35% (n=6)	25% (n=4)	30% (n=10)	13% (n=10)					
	Fatalité pour les soignants	12% (n=2)	31% (n=5)	21% (n=7)	9% (n=7)					
Prise en charge	Dépistage	Temps de consultation limité entraînant une absence de dépistage actif	6% (n=1)	19% (n=3)	12% (n=4)	5% (n=4)	19,5% (n=15)			
		Dépister plus tôt afin d'éviter une chronicisation	6% (n=1)	0% (n=0)	3% (n=1)	1,25% (n=1)				
		Evaluation de la gêne du patient en vue d'une prise en charge	18% (n=3)	31% (n=5)	24% (n=8)	10% (n=8)				
		Préciser le type d'IU	0% (n=0)	6% (n=1)	3% (n=1)	1,25% (n=1)				
	Examens complémentaires		12% (n=2)	25% (n=4)	18% (n=6)	8% (n=6)	8% (n=6)	47% (n= 37)		
	Thérapeutique	Savoir s'il faut traiter ou non en fonction de la comorbidité	35% (n=6)	13% (n=2)	24% (n=8)	10% (n=8)	20,5% (n=16)			
		Thérapeutique peu efficace et assez limitée chez la personne âgée	6% (n=1)	13% (n=2)	9% (n=3)	4% (n=3)				
		La gestion des effets secondaires des traitements médicamenteux	6% (n=1)	6% (n=1)	6% (n=2)	2,5% (n=2)				
		Prix élevés et non remboursés des traitements palliatifs (changes)	12% (n=2)	6% (n=1)	9% (n=3)	4% (n=3)				
	Formation	Motiver le personnel de maison de retraite pour la prise en charge de l'IU	6% (n=1)	13% (n=2)	9% (n=3)	4% (n=3)	4% (n=3)	4% (n=3)		

Annexe n° 23 : Autoévaluations des connaissances par les généralistes

Le généraliste :		Oui	Non	Sans opinion ou non répondu
Estime ses connaissances suffisantes à propos de l'IU du sujet âgé	R n=17	29% (n=5)	65% (n=11)	6% (n=1)
	U n=16	13% (n=2)	81% (n=13)	6% (n=1)
	T n=33	21% (n=7)	73% (n=24)	6% (n=2)

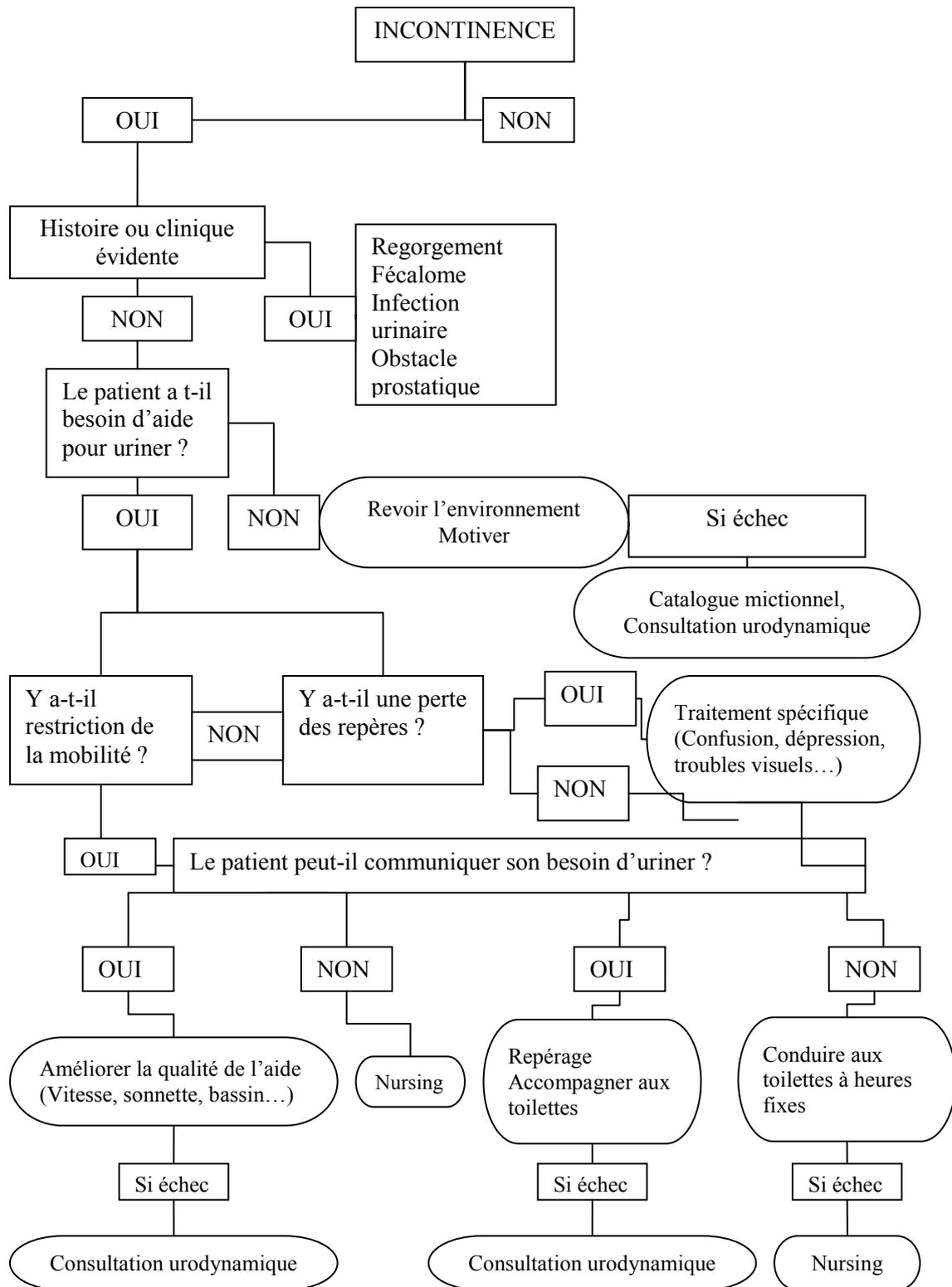
Annexe n° 24 : Intérêt des généralistes pour une formation

Le généraliste :		Oui	Non	Sans opinion ou non répondu
souhaiterait pouvoir bénéficier d'une Formation médicale continue	R n=17	53% (n=9)	41% (n=7)	6% (n=1)
	U n=16	63% (n=10)	6% (n=1)	31% (n=5)
	T n=33	58% (n=19)	24% (n=8)	18% (n=6)
souhaiterait pouvoir bénéficier d'une brochure type arbre décisionnel	R n=17	65% (n=11)	35% (n=6)	0% (n=0)
	U n=16	44% (n=7)	25% (n=4)	31% (n=5)
	T n=33	55% (n=18)	30% (n=10)	15% (n=5)

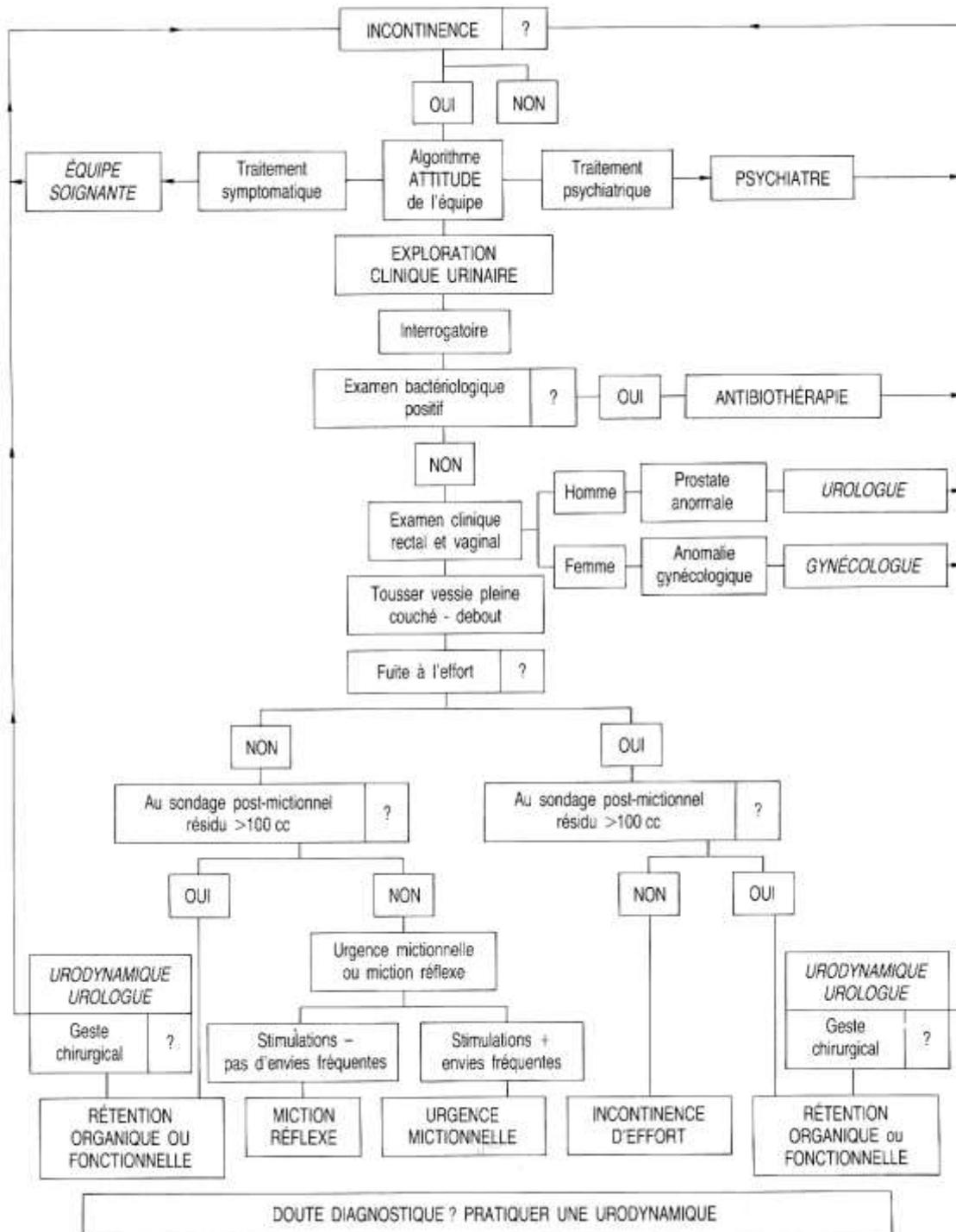
Annexe n° 25 : Intérêt d'une consultation gériatrique spécialisée sur l'IU

Le généraliste :		Oui	Non	Sans opinion ou non répondu
souhaiterait pouvoir bénéficier d'une <i>consultation gériatrique spécialisée sur l'IU du sujet âgé</i>	R n=17	53% (n=9)	23,5% (n=4)	23,5% (n=4)
	U n=16	56% (n=9)	38% (n=6)	6% (n=1)
	T n=33	55% (n=18)	30% (n=10)	15% (n=5)

Annexe n° 25 : Algorithme de raisonnement face à une IU récente du sujet âgé selon le Dr Michel-Laeengh.¹⁹



Annexe n° 26 : Algorithme décisionnel devant une IU du sujet âgé en vue d'examens complémentaires selon le Dr Maugourd.¹²



Annexe n° 27 a : Notions importantes que les médecins généralistes doivent intégrer comme automatismes vers une bonne prise en charge de l'IU du sujet âgé :

Verso de la brochure

	Résultats de l'enquête les plus marquants	Recommandations à intégrer
1	<ul style="list-style-type: none"> - Pour 30% des médecins, c'est TABOU - Pour 45% des médecins, pas de dépistage systématique à tout nouveau patient - Pour 24% des médecins, c'est une fatalité 	Le tabou doit être dépassé, ne pas attendre que le patient nous en parle, il faut en parler !... Quel que soit l'âge du patient, l'IU n'est pas une fatalité. Toute IU peut être traitée de façon adaptée sans recourir directement aux traitements palliatifs.
2	91% des médecins ne la recherchent pas lors d'un bilan de chute	Devant une chute du sujet âgé, il faut rechercher une IU
3	94% des médecins ne la recherchent pas ou peu lors d'un bilan d'un état dépressif	Devant tout syndrome dépressif du sujet âgé il faut rechercher une IU
4	Face à une IU, 39% médecins ne réévaluent peu ou pas la mobilité du patient	Toujours réévaluer la mobilité du patient
5	Face à une IU, 42% des médecins ne réévaluent pas ou peu l'environnement du patient	Toujours réévaluer l'environnement (proximité des toilettes, ergonomie du siège, garde-robe...)
6	- A part les diurétiques et les morphiniques cités par 82% et 73% des médecins, les antiparkinsoniens, les bêtabloquants et les inhibiteurs calciques ne sont pas ou peu connus comme modifiant l'équilibre vésico-sphinctérien (48%, 33% et 12%)	De nombreuses classes thérapeutiques modifient l'équilibre vésico-sphinctérien. Toute ordonnance de traitement doit être réévaluée en fonction.
7	<ul style="list-style-type: none"> - Pour près de 25% des médecins, le premier examen complémentaire ne correspond pas à un ECBU - 9% des médecins ne font pas ou peu une recherche d'incontinence urinaire 	Le premier examen complémentaire à faire est un ECBU à la recherche d'une infection urinaire
8	Face à une IU, 15% des médecins ne recherchent pas ou peu un trouble du transit (constipation, fécalome...)	Toujours effectuer une recherche de constipation voire même de fécalome
9	<p>Lors de la mise en route d'un anticholinergique type oxybutynine (le plus prescrit en France) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seulement 12% le prescrivent à dose progressive - Seulement 15% évaluent les fonctions supérieures - seulement 21% le prescrivent dans le cadre des vessies instables. 	La mise en route d'un traitement anticholinergique (oxybutynine) doit être effectuée avec précaution à doses progressives , avec une surveillance accrue du patient et surtout doit être prescrit dans le cadre d'une IU par instabilité vésicale.
10	Etat cognitif et IU : non testé dans le questionnaire	Toujours effectuer une recherche d'une altération de l'état cognitif (MMS)

**Annexe n° 27 b : Aspects gériatriques de l'incontinence urinaire (IU) en médecine générale :
Ce qu'il ne faut pas oublier à propos de l'IU du sujet âgé
*Recto de la brochure***

<p>Le tabou doit être dépassé, ne pas attendre que le patient nous en parle, il faut en parler !... Quel que soit l'âge du patient, l'IU n'est pas une fatalité. Une IU peut être traitée de façon adaptée sans recourir directement aux traitements palliatifs.</p>
<p>Devant une chute du sujet âgé, il faut rechercher une IU</p>
<p>Devant tout syndrome dépressif du sujet âgé, il faut rechercher une IU</p>
<p>Toujours réévaluer la mobilité du patient</p>
<p>Toujours réévaluer l'environnement (proximité des toilettes, ergonomie du siège, garde-robe...)</p>
<p>De nombreuses classes thérapeutiques modifient l'équilibre vésico-sphinctérien. Toute ordonnance de traitement doit être réévaluée en fonction.</p>
<p>Le premier examen complémentaire à faire est un ECBU à la recherche d'une infection urinaire</p>
<p>Toujours effectuer une recherche de constipation voire même de fécalome</p>
<p>La mise en route d'un traitement anticholinergique (oxybutinine) doit être effectuée : avec précaution à doses progressives, avec une surveillance accrue du patient et surtout doit être prescrit dans le cadre d'une IU par instabilité vésicale.</p>
<p>Toujours effectuer une recherche d'une altération de l'état cognitif (MMS)</p>

TITLE : Inventory of the knowledge and practice concerning urinary incontinence of elderly patients in Loire-Atlantique : a survey concerning 33 general practitioners.

ABSTRACT :

We have drawn up an inventory concerning the general practitioners knowledge and their practical experience about the urinary incontinence of elderly patients giving prominence to the difficulties they had met, in order to suggest main line improvements in their daily practice. Thirty-three general practitioners from Loire-Atlantique have been chosen at random and recorded in a semi-directed interview in their consulting room. Independently from their working place (countryside or city) inadequacies concerning the knowledge and practice of this pathology have been brought to the fore. The main reasons found were a lack of training combined with the huge cultural problem of urinary incontinence, from both the patient and the doctor, dealing with taboo, modesty and shame, and inevitability.

KEYWORDS :

Elderly

Urinary incontinence

Medical knowledge

Medical practice

General medicine

NOM : DE BUCY

PRENOM : GONZAGUE

TITRE DE THESE : Etat des lieux des connaissances de la pratique face à l'incontinence urinaire du sujet âgé en Loire-Atlantique : Enquête auprès de 33 médecins généralistes

RESUME

Nous avons dressé un état des lieux sur les connaissances des médecins et leur pratique face à l'incontinence urinaire du sujet âgé en mettant en évidence les difficultés rencontrées afin de proposer des axes d'amélioration de la pratique quotidienne. Trente trois médecins généralistes exerçant en Loire Atlantique ont été tirés au sort et interrogés sous la forme d'un entretien semi-directif enregistré à leur cabinet. Des insuffisances au niveau des connaissances et de la pratique vis-à-vis de la pathologie ont pu être mises en évidence indépendamment du lieu d'exercice (ville ou campagne). Les raisons principales retrouvées étaient : le défaut de formation et le vaste problème culturel de l'incontinence urinaire tant du côté du patient que du côté du médecin mêlant étroitement les notions de tabou, de pudeur et de honte, et de fatalité.

MOTS-CLES

Personne âgée

Incontinence urinaire

Connaissances médicales

Pratique médicale

Médecine générale