



HAL
open science

Parcours de soins et qualité de vie des femmes de moins de 75 ans relevant d'une prise en charge chirurgicale pour incontinence urinaire

M Mahfoudi, A Savall, B Trombert Paviot, J Vallée, Céline Chauleur

► To cite this version:

M Mahfoudi, A Savall, B Trombert Paviot, J Vallée, Céline Chauleur. Parcours de soins et qualité de vie des femmes de moins de 75 ans relevant d'une prise en charge chirurgicale pour incontinence urinaire. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2021, 49, pp.653 - 659. 10.1016/j.gofs.2021.01.009 . hal-04819960

HAL Id: hal-04819960

<https://hal.science/hal-04819960v1>

Submitted on 4 Dec 2024

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

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



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Parcours de soins et qualité de vie des femmes de moins de 75 ans relevant d'une prise en charge chirurgicale pour incontinence urinaire

Clinical path and life quality of women under 75 years with an urinary incontinence relevant to surgical treatment

M. Mahfoudi^a, A. Savall^a, B. Trombert Paviot^b, J. Vallée^a, C. Chauleur^{c,*,d}

^a Département de médecine générale, faculté de médecine de Saint-Étienne, 10, rue de Marandière, 42270 Saint-Priest-en-Jarez, France

^b Service de santé publique, CHU Saint-Étienne, avenue Albert-Raimond, 42270 Saint-Priest-en-Jarez, France

^c Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Nord, CHU de Saint-Étienne, avenue Albert-Raymond, 42270 Saint-Priest-en-Jarez, France

^d INSERM, SAINBIOSE, U1059, Vascular Dysfunction and Hemostasis, Jean-Monnet University of Saint-Étienne, CIC1408, 42055 Saint-Étienne, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 7 septembre 2020

Mots clés :

Incontinence urinaire

Femmes

Parcours de soins

Qualité de vie

RÉSUMÉ

Objectifs. – L'incontinence urinaire a une prévalence élevée et un retentissement important sur la qualité de vie des femmes. Une intervention chirurgicale est possible après échec des mesures hygiéno-diététiques et de la rééducation. Analyser le parcours de soins de femmes de moins de 75 ans opérées d'incontinence urinaire en lien avec les recommandations et proposer d'éventuelles améliorations.

Méthodes. – Enquête quantitative, multicentrique, rétrospective, menée du 10/09/2019 au 25/11/2019, par autoquestionnaire anonyme, auprès de femmes de moins de 75 ans opérées dans la Loire (France).
Résultats. – Quatre-vingt-treize questionnaires ont été exploités sur les 204 envoyés. Parmi les participantes, 49,5 % présentaient une incontinence d'effort et 50,5 % mixte. Avant l'intervention, la durée d'évolution moyenne était 5 ans et la gêne évaluée à 7,5/10. Quatre-vingts pour cent des participantes utilisaient fréquemment des protections et des mesures de reprogrammation mictionnelle. Les règles hygiéno-diététiques et le calendrier mictionnel étaient peu appliqués. Quatre-vingt-six pour cent se sentaient à l'aise pour en parler à un médecin. Soixante-treize pour cent avaient réalisé un bilan urodynamique, 47 % une échographie abdomino-pelvienne et 40 % une analyse d'urine.

Soixante-dix-sept pour cent avaient réalisé une rééducation, 39 % une autorééducation, 7 % ont utilisé des médicaments. La qualité de vie postopératoire a été évaluée à 7,8/10 ; 58 % s'estimaient complètement guéries et 69 % une meilleure qualité de vie sexuelle.

Conclusions. – Le parcours de soins pourrait être amélioré grâce à un dépistage systématique de l'incontinence urinaire et de son retentissement. L'élaboration d'un plan de soins pour coordonner et proposer des soins recommandés rapides pourrait améliorer la qualité de vie des patientes.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Keywords:

Urinary incontinence

Woman

Clinical path

Quality of life

Objectives. – Urinary incontinence has a high prevalence and a significant impact on quality of life, especially for women. Surgery is possible after failure of lifestyle changes, physiotherapy. Analyzing the care pathway of women under 75 years of age who have undergone surgery for urinary incontinence in link with recommendation and suggest possible improvements.

Methods. – Quantitative, multicentric, retrospective survey carried out between 10/09/2019 and 25/11/2019, based on anonymous self-report questionnaire, among women aged between 32 and 75 and operated in different hospitals in Loire (France).

Results. – Ninety-three answers were exploited out of 204. Among the women, 49.5 % had stress, 50.5 % mixed incontinence. Before the intervention, it had evolved for 5 years on average and caused discomfort

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : celine.chauleur@chu-st-etienne.fr (C. Chauleur).

evaluated at an average 7.5/10. Eighty percent frequently used protective pads and bladder training. Lifestyle changes and the voiding diary were not used much. Eighty-six percent of women felt comfortable to speak to a physician. Seventy-three percent had performed a urodynamic test, 47 % an abdominal ultrasound and 40 % a urinalysis. Seventy-seven percent performed physiotherapy, 39 % self-administered physiotherapy, 7 % used medication. The postoperative quality of life was evaluated at 7.8/10; 58 % felt healed and 69 % considered their sex life had improved.

Conclusions. – The care pathway could be improved through systematic screening for urinary incontinence and its impact. The development of a care plan to coordinate and propose quick care could help patients to improve their life.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

En 2002, l'incontinence urinaire (IU) a été définie par l'International Continence Society comme « toute perte involontaire d'urine dont se plaint le patient » [1,2]. Il en existe 3 types : l'incontinence urinaire d'effort (IUE), par instabilité vésicale (IUI) et mixte (IUM). La prévalence de l'IU est difficile à évaluer, estimée entre 10 et 58 % selon les études, elle augmente avec l'âge pour les deux sexes [3]. Selon Peyrat et al., chez les femmes, elle atteindrait 38,5 % après 40 ans [4,5]. Selon Schreiber Pedersen et al., le nombre de consultations augmente avec la sévérité, la fréquence et la durée de l'IU [6].

Dans l'étude RRISK menée en Californie de 2003 à 2012, chez des femmes souffrant d'IU, 55 % en avaient parlé à leur médecin et deux tiers avaient attendu au moins 1 an avant de le faire. Le sujet avait été abordé par le médecin seulement dans 3 % des cas [7]. Dans une étude danoise de 2012, les femmes qui en parlaient aux professionnels de santé étaient âgées de plus de 60 ans et présentaient des symptômes impactant fortement leur vie quotidienne depuis plus de 6 mois [8]. Vécue comme honteuse et embarrassante, l'IU a un retentissement émotionnel et sur la qualité de vie, notamment sexuelle, quels que soient le sexe et l'âge de la personne concernée, particulièrement au-delà de six mois d'évolution [8–11].

En France, en cas d'IUE, il est recommandé de proposer en premier lieu des mesures hygiéno-diététiques, parfois associées à une rééducation périnéale avec ou sans biofeedback. En cas d'échec ou de forme très invalidante une prise en charge chirurgicale peut être envisagée : mise en place d'une bandelette sous-urétrale, soit tension-free vaginal tape (TVT) soit trans-obturator tape (TOT) [12]. Dans des situations très spécifiques, les injections péri-urétrales, ballons péri-urétraux, sphincter artificiel ou colposuspension peuvent être proposés [1,12–18]. Pour l'IUI, les propositions initiales sont les mêmes, s'y ajoutent l'électrostimulation et les médicaments anticholinergiques malgré leurs effets indésirables connus [14]. Pour les IUM, la symptomatologie la plus invalidante devrait être traitée en priorité.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser le parcours de soins de patientes de moins de 75 ans opérées d'incontinence urinaire d'effort ou mixte. Les objectifs secondaires sont d'analyser le respect des recommandations pour la prise en charge de l'incontinence pour ensuite proposer d'éventuelles améliorations du parcours de soins.

2. Sujets et méthodes

Cette étude quantitative, rétrospective, multicentrique, observationnelle, déclarative, a été menée dans le département de la Loire (France) du 10/09/2019 au 25/11/2019 auprès de femmes de 30 à 75 ans ayant été opérées d'une incontinence urinaire, du 01/01/2017 au 31/12/2018.

Ont été incluses des femmes de 30 à 75 ans opérées d'une IUE ou IUM isolée ou associée à une chirurgie du prolapsus sans prothèse. Celles de moins de 30 ans et de plus de 75 ans, celles ne maîtrisant pas le français ou présentant des troubles cognitifs ont été exclues. Malgré le lien entre l'IU et l'âge, la nécessité d'une évaluation gériatrique globale des femmes de plus de 75 ans a conduit à leur exclusion. Les patientes pouvaient éventuellement être opérées dans le même temps opératoire d'un prolapsus mais uniquement si chirurgie par voie vaginale avec tissu autologue. Les chirurgies avec correction par prothèse étaient exclues pour limiter les biais.

Un autoquestionnaire anonyme a été élaboré à l'aide des références bibliographiques [1,3,4,12–20]. Il a permis de collecter les données sociodémographiques, les symptômes ressentis, la durée d'évolution depuis les premiers symptômes, les mesures mises en place : protections, reprogrammation mictionnelle, mesures hygiéno-diététiques et les examens et traitements pratiqués avant l'intervention. Une évaluation de la qualité de vie et de la sexualité avant et après l'intervention a été effectuée à l'aide d'une échelle de Likert. Il a été testé auprès de 3 femmes, n'appartenant pas au milieu médical et ne participant pas à l'étude puis amélioré pour faciliter sa compréhension.

Le recrutement a été effectué dans des services hospitaliers de gynécologie et d'urologie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne et de gynécologie du centre hospitalier (CH) de Firminy. Afin d'obtenir des résultats jugés statistiquement exploitables, l'objectif de 100 réponses était visé. Il a été adressé un questionnaire à toutes les patientes opérées du 01/01/2017 au 31/12/2018, sélectionnées grâce à leur résumé d'unité médicale (RUM) dans le fichier informatique des établissements (groupes homogènes de malades : 13C17* et 13C04*).

Après accord des chefs de services et information des praticiens hospitaliers, le questionnaire a été envoyé par voie postale aux patientes, accompagné d'une notice d'information et d'une enveloppe de retour affranchie.

Les données collectées par l'enquêtrice, interne en médecine générale, ont été reportées sur Excel[®]. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS V9.2. Les réponses aux différentes questions ont été analysées selon les méthodes suivantes : fréquence sur l'ensemble des participantes, comparaison de moyennes en fonction du type d'incontinence, test de Student pour les variables quantitatives, test exact de Fisher pour les variables qualitatives et réalisation d'odds ratio.

Une déclaration simplifiée à la CNIL a été enregistrée le 22/02/2019. Un avis favorable du comité d'éthique du CHU de Saint-Étienne a été émis le 19/06/2019. S'agissant d'une étude rétrospective aucun avis du comité de protection des personnes n'a été sollicité.

3. Résultats

Le questionnaire a été adressé à 204 femmes, 104 réponses (51 %) ont été obtenues dont quatre ont été exclues car ne

présentant qu'une instabilité vésicale sans IUE correspondant à des erreurs de codage et sept non exploitables : 93 ont été analysées (45,6 %). La répartition des participantes par service hospitalier est représentée sur le diagramme de flux (Fig. 1).

3.1. Population

Les participantes étaient âgées en moyenne de 55,1 ± 11 ans (de 32 à 75 ans), elles vivaient majoritairement en couple (82,8 %), 44,1 % étaient employées et 23,7 % retraitées. Leur IMC moyen était de 26,3 ± 4,7 (entre 17,2 et 50,7). Elles ont déclaré en moyenne 2,7 grossesses et 2,4 enfants. Les caractéristiques des participantes sont détaillées dans le [Tableau 1](#).

3.2. Caractéristiques de l'incontinence urinaire et de l'intervention

Pour les 93 participantes, l'IU évoluait en moyenne depuis 65,0 ± 77,7 mois (médiane à 36 mois), la durée maximale était de 420 mois (35 ans) avant d'être opérées de l'IU. Quarante-vingt-six pour cent des participantes ont déclaré ne pas avoir eu de difficulté à faire part de leur IU à leur MG, gynécologue ou urologue.

En fonction des symptômes ressentis, le type d'incontinence a pu être caractérisé. Ainsi, 49,5 % ont déclaré une IUE isolée et 50,5 % une IUM. Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre le type d'IU, sa sévérité et sa durée d'évolution ou avec l'âge de la patiente ; il n'y a pas de corrélation entre ce délai et le score de gêne préopératoire : $\rho = 0,16$ et $p = 0,14$. Le groupe des patientes atteintes d'une IU mixte vivaient moins souvent en couple et avait un IMC moyen (27,3) supérieur à celui des cas d'IUE (25,3 ; $p = 0,044$).

La gêne provoquée par l'IU avant l'intervention a été évaluée grâce à une échelle numérique allant de 1 (faible) à 10 (maximale) ; la moyenne se situe à 7,5 ± 1,8, plus élevée en cas d'IUM (8,1 ± 1,8) que d'IUE (6,8 ± 1,7 ; $p = 0,012$). Une gêne supérieure ou égale à 5 avant l'intervention était rapportée par 95 % des répondantes.

Concernant l'intervention, 68 ont bénéficié d'une cure d'IU de type TOT isolée, 25 ont été opérées d'un prolapsus par tissus autologues uniquement dont 18 dans le même temps que la cure de l'IU pour une IUE patente et 7 avaient été opérées antérieurement (chirurgie en 2 temps). L'intervention pour prolapsus a concerné des femmes en moyenne plus âgées (60,9 ans versus 52,9 ans en cas d'IUE isolée ; $p = 0,002$), de symptômes plus récents (30,6 mois versus 77,1 mois en cas d'IUE isolée ; $p = 0,013$). Les autres caractéristiques des patientes y compris la gêne ressentie ne différaient pas selon le type d'intervention.

3.3. Mesures palliatives et hygiéno-diététiques

Les mesures mises en place par les participantes avant l'intervention ont été évaluées grâce à une échelle qualitative à 4 niveaux de fréquence. Parmi elles, seules 10 % ont déclaré ne jamais utiliser des protections. Elles étaient 80 % à toujours ou souvent uriner par avance. Par ailleurs, 60 % n'ont jamais évité de sortir du fait de l'IU, 13 % parfois, 4 % souvent et 2 % toujours. Enfin, environ 40 % des répondantes avaient restreint les boissons et 27 % agi sur leur poids (Fig. 1 [supp](#)).

Les femmes atteintes d'IUM avaient plus fréquemment recours à l'utilisation de protections ($p = 0,002$), au fait d'uriner avant de sortir ($p = 0,04$) et au fait de vérifier qu'un WC était accessible ($p = 0,04$) (Fig. 2 [supp](#)).

3.4. Prise en charge médicale

Parmi les participantes, 37,6 % ont été examinées par un médecin généraliste (MG), 72,0 % par un gynécologue et 55,9 % par un urologue. Un quart des femmes ont vu un gynécologue et un urologue.

Les différents examens complémentaires pratiqués sont reportés dans le [Tableau 2](#). Près de trois quarts des femmes ont eu un bilan urodynamique. Sa pratique est plus fréquente en cas IUE

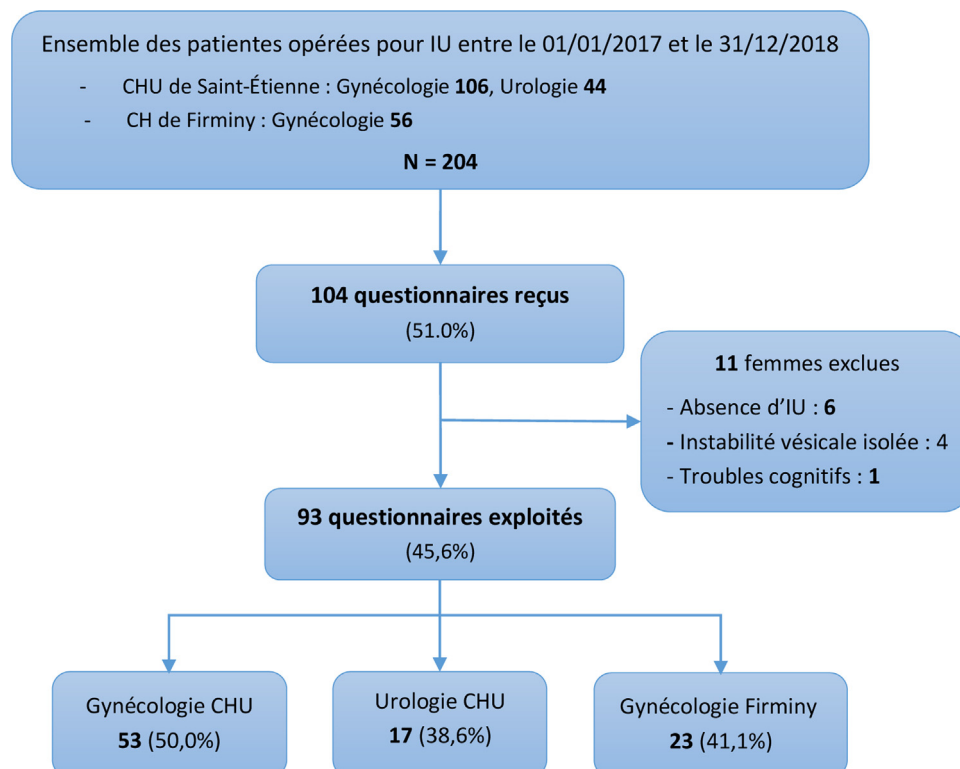


Fig. 1. Répartition des participantes en fonction des services hospitaliers où elles ont été recrutées.

Tableau 1
Caractéristiques des participantes.

Caractéristiques	Ensemble n = 93	IUE n = 46	IU mixte n = 47	p
Âge moyen (années) ± écart-type	55,1 ± 11,0	53,7 ± 11,2	56,5 ± 10,7	0,21
IMC moyen ± écart-type	26,3 ± 4,7	25,3 ± 3,8	27,3 ± 5,2	0,04
Gestité (moyenne ± écart-type)	2,7 ± 1,4	2,7 ± 0,9	2,8 ± 1,7	0,75
Parité (moyenne ± écart-type)	2,4 ± 1,1	2,4 ± 0,7	2,4 ± 1,4	0,97
Délai en mois entre symptômes et chirurgie (moyenne ± écart-type)	65,0 ± 77,7	52,3 ± 48,6	76,0 ± 95,4	0,15
Situation civile n (%)				0,03
En couple	77 (82,8)	42 (91,3)	35 (74,5)	
Célibataire	16 (17,2)	4 (8,7)	12 (25,5)	
Catégorie socio-professionnelle n (%)				0,10
Employés	41 (44,1)	21 (45,7)	20 (42,6)	
Retraités	22 (23,7)	7 (15,2)	15 (31,9)	
Professions intermédiaires	14 (15,1)	9 (19,6)	5 (10,6)	
Ouvriers	6 (6,5)	3 (6,5)	3 (6,4)	
Cadres et professions supérieures	4 (4,3)	4 (8,7)	0 (0,0)	
Artisans, commerçants	3 (3,2)	2 (4,4)	1 (2,1)	
Autres	2 (2,2)	0 (0,0)	2 (4,3)	
Agriculteurs exploitants	1 (1,1)	0 (0,0)	1 (2,1)	

IUE : incontinence urinaire d'effort ; IU mixte : incontinence urinaire mixte, n : nombre

Tableau 2
Examens complémentaires pratiqués avant l'intervention.

Examens complémentaires (n = 93)	n (%)
Bilan urodynamique (BUD)	68 (73,1)
Échographie abdomino-pelvienne	44 (47,3)
Examen cyto bactériologique des urines (ECBU)	26 (28,0)
Bandelette urinaire (BU)	11 (11,8)
Calendrier mictionnel	10 (10,8)
Décompte des boissons	8 (8,6)
Cystoscopie	6 (6,5)
Scanner abdominal	4 (4,3)

(82,6 %) qu'en cas d'IUM (63,8 % ; $p = 0,04$) mais également chez les femmes opérées pour une IU isolée (79,4 %) que pour celles opérées d'une cure de prolapsus (56,0 % ; $p = 0,02$).

Différents traitements ont été utilisés avant l'intervention, ils sont reportés dans le **Tableau 3**. Leur fréquence ne diffère pas selon le type d'IU. L'autorééducation a été faite par la moitié des femmes opérées d'une IU isolée contre seulement 8 % des femmes opérées pour cure de prolapsus ($p < 0,001$).

L'analyse de la fréquence relative de prescription des examens complémentaires et traitements selon le médecin consulté (MG, gynécologue ou urologue) est reportée dans le **Tableau 4**. Elle montre que le fait d'avoir été examiné par un MG augmente de façon statistiquement significative la probabilité de prescription d'ECBU, d'échographie abdomino-pelvienne et de réalisation d'un

Tableau 3
Traitements réalisés.

Traitements	Ensemble n = 93	IUE n = 46	IU mixte n = 47	p
Avant l'intervention chirurgicale n (%)				
Rééducation	72 (77,4)	33 (71,7)	39 (83,0)	0,20
Autorééducation	36 (38,7)	18 (39,1)	18 (38,3)	0,93
Homéopathie, phytothérapie, médecines alternatives	1 (1,1)	0 (0,0)	1 (2,1)	0,99
Médicaments	7 (7,5)	2 (4,4)	5 (10,6)	0,44
Traitement vaginal (ovule)	1 (1,1)	1 (2,2)	0 (0,0)	
Traitement oral	6 (6,5)	1 (2,2)	5 (10,6)	
Intervention chirurgicale				0,16
TOT + cure de prolapsus tissus autologues	25 (26,9)	9 (19,6)	16 (34,0)	
TOT isolée	68 (73,1)	37 (80,4)	31 (66,0)	

IUE : incontinence urinaire d'effort ; IU mixte : incontinence urinaire mixte ; TOT : tension obturateur tape.

calendrier mictionnel. Le fait d'avoir été examinée par un urologue augmente la probabilité de prescription de bilan urodynamique et de rééducation,

3.5. Amélioration de la qualité de vie postopératoire

À la date de l'enquête, le délai postopératoire moyen est d'environ 20 mois, l'amélioration de la qualité de vie globale en postopératoire a été évaluée grâce à une échelle numérique allant de 1 à 10 ; la moyenne est de $7,8 \pm 2,2$ avec 91,3 % des participantes qui rapportaient une amélioration supérieure ou égale à 5. L'amélioration de la qualité de vie (QdV) postopératoire est modérément corrélée à l'importance de la gêne ressentie avant l'intervention (coefficient de corrélation de Pearson 0,36, $p = 0,0005$). Elle est meilleure pour les 68 femmes opérées d'une IUE isolée (score moyen de QdV 8,1 et 94 % d'amélioration à 5 et plus) que pour celles qui ont été opérées pour un prolapsus (score moyen de QdV 7,0, $p = 0,04$ et 83 % d'amélioration à 5 et plus). La QdV est significativement plus basse (score moyen $6,7 \pm 2,8$; $p = 0,024$) pour les 17 femmes opérées dans le même temps de leur prolapsus par rapport aux autres femmes. Parmi les 78 répondantes (15 femmes n'ont pas répondu) 15,4 % ne sont pas du tout d'accord avec l'affirmation « la chirurgie a permis d'améliorer la qualité de ma vie sexuelle », 15,4 % ne sont plutôt pas d'accord, 39,7 % sont d'accord et 29,5 % sont tout à fait d'accord.

L'absence d'amélioration de la qualité de vie postopératoire était due à : la persistance d'une IU (22,6 %) mais significativement plus souvent en cas de prolapsus (40 %) contre seulement 16 % pour

Tableau 4

Fréquence relative de prescription des examens complémentaires selon la spécialité du médecin consulté.

	Médecin généraliste		Gynécologue		Urologue	
	Rapport de cotes	p	Rapport de cotes	p	Rapport de cotes	p
BU	1,4	0,57	1,8	0,50	0,5	0,26
ECBU	6,6	< 0,001	0,6	0,30	1,3	0,55
Échographie	3,4	0,007	1,9	0,18	1,0	0,94
Scanner abdominal	5,3	0,15	0,4	0,31	0,9	0,91
BUD	1,8	0,25	0,8	0,70	2,5	0,05
Cystoscopie	1,7	0,52	0,7	0,71	4,9	0,16
Décompte boissons	1,0	0,99	0,6	0,48	2,9	0,20
Calendrier mictionnel	4,6	0,038	0,3	0,09	2,3	0,25
Rééducation	2,3	0,14	0,4	0,15	5,0	0,004
Autorééducation	0,7	0,50	2,5	0,08	0,8	0,68
Médicaments	1,3	0,77	0,9	0,92	0,7	0,59

BU : bilan urodynamique ; ECBU : examen cytotactériologique des urines ; BUD : bilan urodynamique; p en gras : p significatifs.

celles opérées d'une IUE ($p = 0,024$), des complications post-opératoires (6,5 %), la nécessité de poursuivre un traitement médicamenteux (3,2 %), ou différents symptômes (3 patientes) : constipation majorée, dyspareunies ou sécheresse vaginale. Concernant la qualité mictionnelle postopératoire : 58,1 % ne souffraient plus d'IU, 24,7 % des fuites urinaires très occasionnelles à l'effort, 20,4 % des mictions urgentes, 23,7 % présentaient une pollakiurie, 23,7 % des symptômes évoquant une dysurie (difficultés à uriner avec jet plus faible, plus lent et blocages).

4. Discussion

Cette étude rétrospective analyse le parcours de soins de 93 femmes de 32 à 75 ans, ayant subi une intervention chirurgicale pour IU d'effort ou mixte. Il en ressort que ce parcours depuis les premiers symptômes et jusqu'à l'intervention chirurgicale est long nécessitant de nombreuses étapes qui sont peut-être pas toutes indispensables et/ou non recommandées.

L'importance de la gêne occasionnée par l'IU, sa longue durée d'évolution, puis l'utilisation des mesures palliatives et de reprogrammation mictionnelle sont très fréquentes et sont cohérentes avec les données des recommandations de l'ANAES (2003), du CNGOF (2009) et de différentes études [1,17,18]. Les mesures palliatives sont très utilisées en Europe : supérieure à 84 % en Allemagne, Espagne et au Royaume-Uni (RU) et fréquemment utilisées dans cette étude (80 %) [22]. En revanche, il semble exister une faible application des conseils hygiéno-diététiques recommandés. En France, Cado-Leclerc et al. avaient relevé que 24 % des MG préconisaient un arrêt du tabac et 71 % une perte de poids aux patientes en surpoids. Malgré sa recommandation partout en Europe, le calendrier mictionnel semble peu réalisé dans cet échantillon. En France, 28 % des MG ont déclaré le proposer et aucun dans l'étude de Gerrits au RU [23,24] mais son utilité est plus importante en cas d'IUI ou IUM.

Les participantes ont déclaré réaliser une bandelette urinaire (BU) ou un examen cytotactériologique des urines (ECBU) dans 40 % des cas. Selon les recommandations ces examens ne sont pas à réaliser de façon systématique mais selon l'orientation clinique. En 2011 dans l'étude de Cado-Leclerc et al., auprès de MG et gynécologues, ces examens étaient plus largement prescrits : 56 % des médecins généralistes [23]. Ces discordances sont probablement inhérentes à un biais déclaratif par oubli des prescriptions par les participantes, sachant que nombre de ces examens sont prescrits systématiquement avant une intervention chirurgicale ou un BUD.

La réalisation d'échographie concernerait 47,3 % des participantes, ce qui se rapproche de l'étude PURE allemande (50,1 %) et est un peu supérieure à l'étude espagnole (36,9 %) [22]. Le BUD

pratiqué par 73,1 % des participantes ne fait pas consensus. Il est recommandé systématiquement par l'AFU et l'ANAES avant l'intervention chirurgicale ; pour le CNGOF, sur accord professionnel, il ne semble pas indispensable en cas d'IUE isolée avec évaluation clinique complète et concordante. Des études ultérieures permettront sûrement d'éclaircir ses indications précises [1,17,25]. Les cystoscopies et scanners ont été peu pratiqués, mais ils ont en effet des indications spécifiques [1,17].

La rééducation périnéale recommandée en première intention pour tout type d'IU fait défaut pour près d'un quart des participantes, alors que diverses études françaises ont retrouvé un taux de prescription allant de 82 à 93 %. Dans cette étude, elle apparaît cinq fois plus prescrite lorsque la femme avait consulté un urologue. Cependant, il peut exister un écart entre prescription et réalisation effective de la rééducation [23,26]. Par ailleurs il existe aussi probablement un biais de recrutement ; certaines patientes ayant consulté et été opérées avant tout pour un prolapsus et dans certain cas opérées en plus de leur IUE. La rééducation dans le prolapsus n'ayant guère d'intérêt, elle n'est pas prescrite et explique aussi le non-respect de ces recommandations. Ce traitement est plus fréquent en France que dans le reste de l'Europe, l'autorééducation allant de 19,6 % à 44,7 % selon les pays, mais le recours aux professionnels de la rééducation n'y dépasse pas 10 % [22].

La faible part de prescriptions médicamenteuses dans cet échantillon (7,5 % des femmes), concorde avec les recommandations françaises. Elle est beaucoup plus importante en Allemagne (40,8 %), en Espagne (24,9 %) et au RU (38,7 %) [22].

4.1. Intervention et qualité de vie

L'intervention semble apporter une nette amélioration de la qualité de vie avec un score moyen de 7,8/10 ; l'amélioration est meilleure lorsque la patiente était opérée d'IUE isolée par rapport aux femmes opérées d'un prolapsus surtout si celui-ci est opéré dans le même temps. Ceci confirme la stratégie actuelle de chirurgie en deux temps comme c'est recommandé depuis fin 2016 [21].

L'intervention chirurgicale, recommandée en deuxième intention peut parfois être indiquée plus précocement en cas d'IU évoluée et invalidante. Dans cet échantillon, les femmes rapportent cette amélioration de leur qualité de vie sans différence selon le mécanisme de l'IU (mixte ou seulement à l'effort) alors que la gêne initiale était plus importante en cas d'IUM. L'amélioration est un peu moins bonne chez les femmes qui ont été opérées d'un prolapsus (7,0 versus 8,1). Même en présence d'une qualité mictionnelle imparfaite 58,1 % des femmes ont déclaré se sentir guéries. Différentes études montrent une discordance entre le taux de guérison postopératoire de 86 à 90 %, défini par l'absence de

fuites au BUD ou au test à la toux et le taux de guérison évalué par questionnaire de 66 à 96 % [27–29]. Cette différence est liée à l'apparition d'autres symptômes postopératoires qui viennent contrebalancer ces résultats : urgenturies (7 à 26 %) et dysuries (23 à 36 %), proches des valeurs retrouvées dans notre étude ce qui explique nos résultats sur la qualité de vie [27–29].

En France, selon deux études, l'IU a un impact d'autant plus important sur l'activité sexuelle qu'elle est sévère [10,11]. Près de 70 % des participantes déclarent une amélioration de leur qualité de vie sexuelle après l'intervention. Plusieurs études ont aussi montré une amélioration globale de la qualité de vie sexuelle postopératoire, du fait de la diminution des fuites urinaires lors des rapports sexuels. Toutefois, des dyspareunies ont été relevées dans 1,3 à 9,5 % des cas [28,29], fréquences similaire avec celle observée dans cette étude.

4.2. Améliorer le parcours de soins

Plusieurs raisons pourraient expliquer le retard de prise en charge des femmes souffrant d'IU (délai médian de 3 ans chez les femmes enquêtées), qui pourtant déclarent une nette amélioration de leur qualité de vie postopératoire. Du côté des patientes : IU considérée comme normale avec l'âge, utilisation de protections banalisées (publicités), gêne modérée et manque d'informations sur l'existence de traitements, crainte d'une intervention et de ses éventuels effets indésirables, persistance d'un tabou même s'il semble moins prégnant dans cet échantillon [30]. Toutefois les patientes si elles ne semblent pas avoir de difficultés à parler d'IU, mettent 3 ans avant de consulter. Par ailleurs le sujet n'avait été abordé par le médecin généraliste que dans 3 % des cas. Un dépistage plus actif et plus précoce pourrait être mis en place, le diagnostic de l'IU se faisant à l'aide de questions simples, complétées au besoin par un calendrier mictionnel encore peu connu des MG notamment [7,22,26]. Différents questionnaires ont été validés au niveau international et national pour dépister et caractériser le type d'IU. Pour les MG, l'ANAES recommande d'utiliser une question simple et facilement compréhensible du type : « Vous arrive-t-il d'avoir des pertes ou des fuites d'urine ? ». L'AFU préconise l'utilisation de l'USP et de l'ICI-Q qui permet en 3 questions de diagnostiquer l'IU, la quantifier et évaluer son retentissement général [1,25].

Cette étude montre une difficulté à mettre en œuvre les mesures hygiéno-diététiques en raison probablement de la nécessité de modification des habitudes de vie à long terme sans résultats immédiats. Les méthodes de reprogrammation mictionnelle paraissent efficaces pour améliorer l'IU, mais elles nécessitent une analyse fine des symptômes grâce au calendrier mictionnel puis un réapprentissage mictionnel pouvant s'apparenter à une thérapie cognitivo-comportementale, peu de médecins sont formés à ces méthodes [31]. Par ailleurs, ces résultats ne sont pas toujours immédiats voire imparfaits.

Compte tenu de l'amélioration de la qualité de vie observée après prise en charge, le dépistage de l'IU, l'évaluation de son retentissement sur la qualité de vie puis la réalisation d'un plan de soins devrait être élaboré de façon précoce avec la patiente lors d'une consultation dédiée. Elle nécessite d'y consacrer du temps et de disposer d'un réseau de professionnels pouvant intervenir aux différentes étapes du traitement. Le parcours de soins doit être différent pour une IUI et une IUE. Cette dernière, si elle est isolée, nécessite, selon les recommandations beaucoup moins de bilan avant d'avoir une prise en charge efficace et rapide.

4.3. Forces et limites

Une des forces de cette étude est un taux de réponse de 51 %, qui pourrait être le reflet d'un fort intérêt des femmes pour le résultat

de leur intervention. L'âge moyen est sensiblement le même que dans les études concernant l'IU et avec une population représentative de la population générale [32]. Par ailleurs, il ne semble pas exister d'étude sur le parcours de soins de patientes ayant été opérées pour une IU en France.

La principale limite est un recrutement concernant majoritairement les femmes opérées en service de gynécologie notamment au CHU. Enfin un biais de mémorisation est inéluctable d'autant que l'IU était plus ancienne.

5. Conclusion

L'objectif de cette étude était d'explorer le parcours de soins de patientes avant une intervention pour incontinence urinaire passant par le respect des recommandations afin de proposer d'éventuelles améliorations.

Elle montre que la durée d'évolution avant l'intervention est longue et que l'IU représente un fardeau certain pour les femmes concernées compte tenu de l'altération de leur qualité de vie.

Les soins des femmes souffrant d'IU pourraient être améliorés en raccourcissant le délai de prise en charge grâce à un dépistage systématique simple avec l'évaluation rapide de leur qualité de vie. L'élaboration avec la patiente de plans de soins à l'aide d'une consultation initiale dédiée permettrait un suivi planifié, rapproché afin de proposer les différents soins recommandés visant à améliorer rapidement la qualité de vie des patientes souffrant d'IU.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Supplément en ligne. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2021.01.009>.

Références

- [1] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Recommandation ANAES – Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale; 2003 [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_mise_en_page_2006_2006_12_01_10_19_39_825.pdf] (accessed 1 juill 2018).
- [2] Haab F, Amarengo G, Coloby P, Grise P, Jacquetin B, Labat J-J, et al. Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. *Prog Urol* 2004;10:1103–11.
- [3] Ballanger P. Épidémiologie de l'incontinence urinaire chez la femme. *Prog Urol* 2005;15:1322–33.
- [4] Peyrat F, Haillot O, Bruyere F, Boutin J-M, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young women. *Prog Urol* 2002;12(1):52–9.
- [5] Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, et al. The "Costs" of urinary incontinence for women. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):908–16.
- [6] Schreiber Pedersen L, Lose G, Høybye MT, Jürgensen M, Waldmann A, Rudnicki M. Predictors and reasons for help-seeking behavior among women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2017. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-017-3434-0> [<http://link.springer.com/10.1007/s00192-017-3434-0>] (accessed 20 nov 2018).
- [7] Duralde ER, Walter LC, Van Den Eeden SK, Nakagawa S, Subak LL, Brown JS, et al. Bridging the gap: determinants of undiagnosed or untreated urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol* 2016;214(2) [266.e1–266.e9].
- [8] Raasthøj I, Elnegaard S, Rosendal M, Jarbøl DE. Urinary incontinence among women which personal and professional relations are involved? A population-based study. *Int Urogynecol J* 2018 [<http://link.springer.com/10.1007/s00192-018-3804-2>] (accessed 20 nov 2018).
- [9] Szymona-Pałkowska K, Kraczkowski JJ, Janowski K, Steuden S, Adamczuk J, Robak JM, et al. Selected determinants of quality of life in women with urinary incontinence. *Przegląd Menopauzalny Menopause Rev* 2014;13(2):84–8.
- [10] Visser E, de Bock GH, Berger MY, Dekker JH. Impact of urinary incontinence on sexual functioning in community-dwelling older women. *J Sex Med* 2014;11(7):1757–65.
- [11] Grzybowska ME, Wydra D. Predictors of sexual function in women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2018;37(2):861–8.

- [12] Pastijn A, Caillet M, Deniz G, et Deneft F. Le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme | A.M.U.B. Rev Med Brux 2013;34:229–31.
- [13] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Recommandation ANAES - Bilans et techniques de reeducation perineosphincterienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. [Internet]; 2000 [(accessed 1 juill 2018)]http://www.elitemedicale.fr/media/fiches_conseils/03_01_reco_has/incontinence_urinaires_recommandations_has.pdf.
- [14] Hermieu J-F, Denysb P, Fritel X. Étude comparée des recommandations publiées sur l'incontinence urinaire féminine. Prog Urol 2012;22:636–43.
- [15] Deffieux X, Billecocq S, Demoulin G, Rivain A-L, Trichot C, Thubert T. Mécanismes d'action de la rééducation périnéale pour l'incontinence urinaire de la femme. Prog Urol 2013;23(8):491–501.
- [16] Thubert T, Bakker E, Fritel X. Rééducation pelvi-périnéale et troubles de la statique pelvienne de la femme. Gynecol Obstet Fertil 2015;43(5):389–94.
- [17] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique, diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2009;34(5):513.
- [18] Hermieu J-F, Conquy S, Leriche B, Debodinance P, Delorme E, Boccon Gibod L, et al. Synthèse des recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique. Prog Urol 2010;20:S94–9.
- [19] Menezes M, Pereira M, Hextall A. Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond. Maturitas 2010;65(2):167–71.
- [20] Fritel X. From delivery mode to incontinence. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2005;34(8):739–44.
- [21] Le Normand L, Cosson M, Cour F, Deffieux X, Donon L, Ferry P, et al. Recommandations pour la pratique clinique : synthèse des recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme par l'AFU, le CNGOF, la SIFUD-PP, la SNFCP, et la SCGP. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016;45(10):1606–13.
- [22] Papanicolaou S, Pons ME, Hampel C, Monz B, Quail D, Schulenburg MG, von der. et al. Medical resource utilisation and cost of care for women seeking treatment for urinary incontinence in an outpatient setting. Maturitas 2005;52:35–47.
- [23] Cado-Leclerc D, Thubert T, Demoulin G, Faivre E, Trichot C, Naveau A, et al. Diffusion des recommandations pour la pratique clinique concernant l'incontinence urinaire de la femme. Prog Urol 2012;22(4):233–9.
- [24] Gerrits M, Avery T, Lagro-Janssen A. Urinary incontinence management in women: audit in general practice: urinary incontinence management in women. J Eval Clin Pract 2008;14(5):836–8.
- [25] Association française d'urologie. Référentiel incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé [Internet]; 2016 [accessed 14 mai 2020]<https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/incontinence-urinaire.html>.
- [26] Genebes N. Prise en charge de l'incontinence urinaire féminine non neurologique, non post-partum en médecine générale en Béarn et Soule : enquête sur la mise en place des traitements de première intention [thèse]. Université de Bordeaux; 2017. p. 1–121.
- [27] Jeffry L, Deval B, Birsan A, Soriano D, Daraï E. Objective and subjective cure rates after tension-free vaginal tape for treatment of urinary incontinence. Urology 2001;58(5):702–6.
- [28] Trichot C, Salet-Lizee D, Descamps P, Deval B, Hocke C, Faton B, et al. Résultats fonctionnels de la chirurgie de l'incontinence urinaire à l'effort par bandelette sous-urétrale par voie rétropubienne et transobturatrice. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39(8):614–23.
- [29] Chêne G, Tardieu A-S, Cotte B, Chaleur C, Savary D, Krief M, et al. Qualité de vie après cure d'incontinence urinaire d'effort : comparaison de trois techniques. Gynecol Obstet Fertil 2009;37(1):3–10.
- [30] O'Donnell M, Viktrup L, Hunskaar S. The role of general practitioners in the initial management of women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the UK. Eur J Gen Pract 2007;13(1):20–6.
- [31] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique – Tome XXVII, Syndromes urgences-pollakiurie, mictions impérieuses et instabilité vésicale. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;34(5):513.
- [32] INSEE. Bilan démographique 2019 – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]; 2020 [accessed 8 mai]<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4281618?sommaire=1912926>.