



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Xavier THISSE

le 11 décembre 2015

TITRE :

LES DÉTERMINANTS DE LA PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DE L'INCONTINENCE URINAIRE DU SUJET ÂGÉ : REVUE NARRATIVE DE LA LITTÉRATURE ET RÉFLÉXION ÉTHIQUE

Examineurs de la thèse :

Mr. le Professeur François ALLA	Président
Mr. le Docteur BAUMANN Cédric	Juge
Mr. le Docteur HAUTEMANIERE Alexis	Juge
Mme le Docteur Sophie SIEGRIST	Directrice et juge
Mr. le Docteur LEMARIE Philippe	Juge



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de
Lorraine :**

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :

Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens :

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain
BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel
BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude
CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER -
Pierre GAUCHER

Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI -
Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT
- Pierre LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard
LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE -
Denise MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre
PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie
POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis
REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel
SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel
STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette
VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure
Simone GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER -
Professeur Jacques LECLÈRE
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre
MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT -
Professeur Jacques POUREL Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-
BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER -
Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY –
Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU
(pharmacien)

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,

HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLÉ

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX –
Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophtalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
Docteure Nelly AGRINIER

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)*)

Docteur Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'Urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET
CHIRURGIE PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

55^{ème} Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER –
Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS **Médecine Générale**

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY
(1982)

*Centre de Médecine Préventive,
Houston (U.S.A)*

Professeur Pierre-Marie GALETTI
(1982)

*Brown University, Providence
(U.S.A)*

Professeure Mildred T.
STAHLMAN (1982)

*Vanderbilt University, Nashville
(U.S.A)*

Professeur Théodore H.
SCHIEBLER (1989)

*Institut d'Anatomie de Würzburg
(R.F.A)*

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA
(1996)

*Research Institute for
Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK
(1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG
(1997)

*Université d'Hô Chi Minh-Ville
(VIÊTNAM)*

Professeur Daniel G. BICHET
(2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON
(2005)

*Institute of Technology, Atlanta
(USA)*

Professeur Brian BURCHELL
(2007)

*Université de Dundee (Royaume-
Uni)*

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur François ALLA

Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et de juger ce travail.

Nous vous remercions pour la confiance accordée et votre soutien dans l'élaboration de cette thèse.

Nous vous présentons nos plus sincères remerciements, veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre plus grand respect.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN

Maître de conférences des universités d'épidémiologie, économie de la santé et prévention

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail, c'est pour nous un honneur de vous voir apporter votre expérience pour critiquer ce travail.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Alexis HAUTEMANIERE

Maître de conférences des universités d'épidémiologie, économie de la santé et prévention

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail, votre participation est un honneur, soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JUGE ET DIRECTRICE

Madame le Docteur Sophie SIEGRIST

**Médecin généraliste, Maître de conférences associée du Département de
Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy**

Nous vous remercions pour nous avoir soumis ce sujet de thèse et d'en avoir accepté la direction, mais également pour votre disponibilité et vos précieux conseils tout au long de l'élaboration de ce travail.

Veuillez accepter l'expression sincère de notre gratitude.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur LEMARIE Philippe

Gynécologue obstétricien, attaché d'enseignement

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail et d'apporter votre regard expérimenté dans l'incontinence urinaire pour critiquer notre travail. En espérant que celui-ci soit à la hauteur de vos attentes, soyez assuré de notre profond respect.

Au Docteur Philippe GAL, gériatre, pour m'avoir accordé votre confiance et transmis une partie de votre savoir et de votre passion. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur Soraya BABA-AÏSSA, gériatre, pour m'avoir permis d'entrer dans le monde de la gériatrie ainsi que pour sa bienveillance au quotidien.

Aux Docteurs Laurent MACK, Christelle DIESEL, Alina ZAHARIA, Chafika TALANTIKIT, Mohamed ADJROUD, Christelle BADET, pour m'avoir accepté parmi vous et pour toutes les bonnes pratiques médicales que j'ai pu apprendre à vos contacts.

A Julia,

pour être à mes côtés chaque jour et pour l'immense soutien que tu m'apportes. Merci pour ta patience lors des moments difficiles qui ont pu ponctuer l'élaboration de ce travail, et pour tout le reste. Le meilleur est à venir.

A ma mère,

pour avoir chaque jour cru en moi, pour ton soutien tout au long de mes études et de ma vie. Mes remerciements vont au-delà des mots.

A ma fille Clara,

pour tout le bonheur que tu m'apportes chaque jour.

A ma sœur et mon père,

merci pour votre soutien.

A ma grand-mère,

merci d'avoir bercé mon enfance, d'avoir probablement orienté ma vie professionnelle vers la santé, je suis sûr que tu aurais été fière.

A mon beau-père Marc,

merci pour la relecture de mon travail.

A tous mes amis et ceux qui sont dans mon cœur mais que je n'ai pas cités.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	22
INTRODUCTION.....	23
PHYSIOLOGIE ET PHYSIOPATHOLOGIE DE LA CONTINENCE ET DE LA MICTION.....	26
I) Neurophysiologie de l'appareil urinaire.....	26
A) Rappels anatomiques.....	26
B) Innervation du système vésico-sphinctérien.....	28
C) Cognition et miction.....	33
II) Vieillesse normale de l'appareil urinaire.....	35
III) Physiopathologie de l'incontinence urinaire.....	37
A) Hyperactivité vésicale.....	38
B) Incontinence d'effort.....	41
C) Incontinence mixte.....	41
OBJECTIFS	42
METHODE.....	43
RESULTATS.....	45
I/ Recherche bibliographique généraliste sur l'incontinence urinaire.....	45
A) Epidémiologie.....	45
1) Femmes âgées.....	46
2) Hommes âgés.....	47
3) Epidémiologie du traitement palliatif de l'incontinence urinaire.....	47
4) Traitements médicamenteux de l'incontinence urinaire.....	48
5) Autres données épidémiologiques.....	48
B) Economie et coûts.....	49
1) Données générales.....	49
2) Données nationales sur les palliatifs absorbants en particulier.....	50
3) Données individuelles.....	52
C) Généralités sur les produits absorbants.....	54
1) Produits pour l'incontinence légère.....	56

a) Produits pour l'incontinence légère chez l'homme.....	57
b) Produits pour l'incontinence légère chez la femme.....	57
2) Produits pour l'incontinence modérée et sévère.....	58
a) Dispositifs jetables.....	58
b) Dispositifs lavables.....	59
c) Comparaison entre dispositifs lavables et jetables.....	59
D) Prise en charge de l'incontinence urinaire chez le sujet âgé.....	61
1) Spécificités de l'incontinence urinaire du sujet âgé.....	61
2) Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).....	63
3) Autres recommandations.....	69
4) Evaluation de thérapeutiques spécifiques.....	72
E) Impact et vécu de l'incontinence urinaire chez le sujet âgé.....	77
II/ Recherche bibliographique à partir des principaux intervenants.....	79
A) Médecin généraliste.....	79
B) Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat.....	82
III/ Analyse des résultats.....	86
A) Constat général.....	86
B) Déterminants de la prise en charge palliative de l'incontinence urinaire du sujet âgé.....	88
1) Industriels.....	89
2) Médecins généralistes et hospitaliers.....	91
3) Pharmaciens en officine.....	99
4) Administration des établissements de soins et d'hébergement.....	101
5) Paramédicaux : kinésithérapeutes et sages-femmes.....	103
6) Infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat, aides-soignant(e)s et auxiliaires.....	105
7) Le patient lui-même.....	108
DISCUSSION.....	114
I/ Introduction à la réflexion éthique.....	114
II/ Acteurs principaux.....	117
A) L'acteur principal : la personne âgée.....	117
B) Les autres acteurs : la famille, les aidants et les soignants.....	128
C) Enjeux économiques : fabricants et distributeurs de palliatifs absorbants.....	135

D) Y'a-t-il conflit d'intérêt entre ces différents acteurs ?.....	136
CONCLUSION.....	137
BIBLIOGRAPHIE.....	138

LISTE DES ABREVIATIONS

AFU : Association Française d’Urologie

ALD : Affection de Longue Durée

ANAES : Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé

APA : Allocation Personnalisée d’Autonomie

AS : Aide-Soignant(e)

CE : Conformité Européenne (norme)

CNID : Contractions Non-Inhibées du Détrusor

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines

EHPAD : Etablissement d’Hébergement pour Personne Âgée Dépendante

GIR : Groupe Iso Ressource

HAS : Haute Autorité de Santé

ICS : International Continence Society

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d’Etat

ISO : International Organization for Standardization (norme)

MCI : Mild Cognitive Impairment

NP : Niveau de Preuve

PIB : Produit Intérieur Brut

PMC : Pontine Micturition Center

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

J'ai réalisé au cours de mon troisième cycle de médecine générale un stage en médecine gériatrique et je suis intervenu à de nombreuses reprises en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). J'ai souvent été confronté à la problématique de l'incontinence urinaire chez la personne âgée mais rarement voire jamais été sollicité sur ce problème précis, tant en service hospitalier, qu'en EHPAD ou en consultation au cabinet médical. J'ai rapidement remarqué que les personnes âgées hospitalisées portent souvent des « *protections* », laissant peut-être inconsciemment germer en moi l'idée que cela est « *normal* ». Je n'ai par ailleurs jamais vu de motif d'hospitalisation en lien avec une incontinence urinaire ni même retrouvé cette notion dans les antécédents ou les pathologies en cours. Cette pathologie est parfois cachée sous d'autres prétextes tels que « grabatisation » ou encore « rupture du maintien à domicile » chez un patient atteint de troubles cognitifs.

L'état de continence est systématiquement recherché lors de l'interrogatoire infirmier à l'admission de tout patient en secteur gériatrique hospitalier. Pourtant lorsque le relevé infirmier objective une incontinence urinaire, celle-ci est notée mais rarement rapportée au médecin. Encore une fois cette pathologie semble être banalisée, considérée comme « *normale* » et ne nécessitant pas de mesure particulière hormis le port de protections si incontinence il y a.

En ma qualité d'interne de médecine générale je n'ai jamais été interpellé par un membre du personnel soignant concernant des fuites urinaires ou bien sollicité pour mettre en place une thérapeutique pouvant les corriger, ni même par un patient, hospitalisé, visité ou venant consulter. Aucun avis thérapeutique concernant un type de protections particulier à utiliser dans tel ou tel cas d'incontinence urinaire ne m'a été demandé. S'il y avait prise en compte du problème d'incontinence urinaire chez un patient il semble que l'avis d'un médecin n'était pas requis.

Par contre sur la thématique de la miction il m'est arrivé d'entendre « il y en a marre qu'il(elle) sonne tout le temps pour demander le bassin », « Je n'ai pas le temps je vous changerai plus tard » ou encore « vous n'avez qu'à faire dans votre protection » lorsqu'une demande de bassin ou d'accompagnement aux toilettes est formulée peu de temps après le passage « réglé » des soignants pour ce motif. Mais si cette personne « demande » pour aller uriner, pourquoi porte-t-elle des protections ? En a-t-elle réellement besoin ? Est-ce la personne elle-même qui a demandé des protections « au cas où » ?

Lors de l'un de mes premiers stages je me suis fait reprendre après avoir utilisé le terme de « *couches* », celui-ci étant qualifié d'« *infantilisant* » il fallait utiliser le terme de « *protections* ». Ce terme est-il réellement plus adapté ? Il évoque le fait de « protéger », « mettre à l'abri du danger », « permettre la sécurité », mais alors finalement qui ou quoi est protégé par les palliatifs absorbants ? Est-ce réellement son « bien être » que nous protégeons ? Sa dignité ? Son image sociale ? L'état cutané de sa région périnéale ? La literie ? L'organisation des soins au sein d'un service hospitalier ou d'un EHPAD ? Le personnel chargé de l'entretien des locaux ? Le budget d'un établissement de soins ? Le temps de pause des soignants ? Leur confort de travail ? Le temps du médecin au chevet du malade ? Le confort olfactif des soignants ou des proches ? Ne peut-il pas exister des « dérives » dans l'initiation d'un traitement palliatif de l'incontinence urinaire chez un patient âgé, telle que la mise en place de protections « systématiques » la nuit voire même la journée ? Le bénéfice obtenu est-il toujours réellement en faveur du

patient ? Et au final car c'est de cela dont il est question : agissons nous toujours pour son « bien » ?

Nous savons en tant que médecins qu'il existe des thérapeutiques spécifiques et souvent efficaces de l'incontinence urinaire, les personnes âgées en bénéficient-elles réellement ? N'existe-t-il pas des « idées reçues » générant de mauvaises pratiques ?

Il semble toutefois en intervenant dans les maisons de retraites que la proportion de patients portant des protections absorbantes est supérieure à la prévalence de l'incontinence urinaire chez la personne âgée.

En conséquence, nous nous proposons de chercher et de cerner les déterminants possibles de l'initiation des traitements palliatifs de l'incontinence urinaire chez le sujet âgé. Pour cela nous réaliserons une revue narrative de la littérature sur le thème de l'incontinence urinaire du sujet âgé et plus particulièrement sur les traitements palliatifs de l'incontinence urinaire. Une fois ces déterminants évoqués, nous aborderons une réflexion éthique afin de voir si notre prise en charge actuelle de l'incontinence urinaire va toujours dans le sens du « bien » pour le patient âgé.

En pré requis il est apparu nécessaire de refaire le point sur la physiologie et la physiopathologie de la miction, les notions fondamentales étant pour l'essentiel enseignées en premier et début de second cycle des études médicales.

PHYSIOLOGIE ET PHYSIOPATHOLOGIE DE LA CONTINENCE ET DE LA MICTION

Les troubles mictionnels ont été définis par l'« International Continence Society » en 2003 [1].

Définition : L'incontinence urinaire est la perte involontaire des urines avec retentissement social ou sur l'hygiène.

La connaissance de la physiologie urinaire et du fonctionnement vésical est souvent un temps essentiel à la prise en charge des patients.

Plusieurs mécanismes physiopathologiques interviennent dans la perte du contrôle mictionnel.

Dans la démarche diagnostique, on cherchera à analyser le type d'incontinence pour avoir la meilleure attitude thérapeutique. Le clinicien doit reconnaître le mécanisme dominant de l'incontinence urinaire et éliminer les fuites urinaires qui ne sont pas des incontinenes. Particulièrement chez les personnes âgées qui ont une indépendance et une autonomie réduite en raison des difficultés de déplacements.

I) Neurophysiologie de l'appareil urinaire

A) Rappels anatomiques

- **Les uretères** : partant des deux reins ils arrivent dans la vessie au niveau du trigone vésical, cette zone est histologiquement et embryologiquement distincte du reste de la vessie, ses capacités de dilatation sont moindres.

- **La vessie** : c'est le réservoir d'urine, un organe musculaire, appelé le détrusor (muscles lisses), qui peut se détendre et se contracter. Elle possède une innervation du système nerveux autonome (sympathique et parasympathique) mais aussi une innervation sensitive.

Le cycle continence-miction est assuré par les propriétés visco-élastiques de la paroi vésicale.

C'est la composante de viscosité qui apporte la déformation de la vessie sans augmentation de la pression et la composante élastique qui corrige la déformation après vidange vésicale. Le tout est sous la dépendance du taux de collagène et de fibres élastiques réparties dans le muscle. Un muscle insuffisamment ou trop étiré va perdre de sa puissance contractile.

- **L'urètre** : c'est le conduit évacuateur de l'urine. Il possède un sphincter lisse ou col vésical ayant une innervation sympathique et un sphincter strié qui est relié au muscle élévateur de l'anus, soutien du plancher périnéal et à commande volontaire motrice du nerf pudental (nerf honteux interne).

La tunique interne du détrusor se prolonge dans l'urètre au niveau du col vésical tandis que la tunique moyenne l'entoure de manière cylindrique. Les plans musculaires de la tunique externe du détrusor entourent de manière hélicoïdale, l'ensemble de l'urètre pour revenir dans le sens inverse jusqu'au col vésical.

Ces organes reposent sur le plancher pelvien, représenté essentiellement par les muscles releveurs de l'anus au niveau de leurs faisceaux antérieurs, c'est-à-dire pubo-coccygiens et pubo-rectaux.

Le fascia endo- pelvien viscéral comprend : en avant le fascia périurétral puis le fascia pubovésical. Leur prolongement latéral par le fascia pelvien pariétal se fait au niveau d'un épaississement tendineux appelé « arcus tendineux du fascia pelvien ». L'arcus tendineux s'étend de l'épine sciatique en arrière jusqu'au pubis en avant.

Chez la femme, lors de la poussée, on observe une mise en tension de ce hamac qui rigidifie la paroi vaginale antérieure et stabilise ainsi la base et le col vésical ainsi que l'urètre sur toute sa longueur. Ces structures fibreuses expliquent par leur relâchement l'apparition des prolapsus génitaux.

B) Innervation du système vésico- sphinctérien

- **innervation motrice** : Elle est assurée par les branches du plexus honteux constitué par l'union des racines S2, S3, S4 qui donnent les nerfs de l'élévateur de l'anus (S2, S3), du muscle sacro coccygien et le nerf pudental. Cette innervation concerne le sphincter strié de l'urètre et les muscles du diaphragme pelvien et du périnée.

- **innervation végétative** : elle provient de deux centres médullaires situés dans les cornes latérales de la moelle.

Le *centre parasympathique sacré* occupe la corne latérale des 2^e, 3^e, et 4^e segments sacrés. Les neurones pré-ganglionnaires accompagnent le plexus honteux (S2, S3 et S4) puis constituent les nerfs érecteurs d'Eckard qui se jettent dans le plexus hypo-gastrique inférieur situé à la partie des lames sacro-recto-génito-pubiennes. Ils sont relayés à ce niveau par les neurones post ganglionnaires et se distribuent ensuite aux organes pelviens et en particulier au détrusor dont ils assureront la contraction.

Le *centre sympathique lombaire* est étagé de D10 à L2. Les neurones pré ganglionnaires gagnent les ganglions de la chaîne sympathique latéro-vertébrale par les rameaux communicants blancs. Ils vont participer à la formation des plexus hypogastriques supérieurs et inférieurs reliés par le nerf hypogastrique. Ce système plexuel arrive au contact des parois vésicales. Il va participer à l'innervation sympathique du système vésico-sphinctérien par l'intermédiaire de récepteurs alpha et bêta-adrénergiques avec une prédominance des récepteurs alpha au niveau du trigone et de l'urètre et de récepteurs bêta au niveau du dôme vésical.

- innervation sensitive

Elle est de deux types :

- La sensibilité *proprioceptive* informe sur la notion de besoin. Les récepteurs sont musculaires, localisés au détrusor, sensibles à la distension. L'information est véhiculée par les nerfs érecteurs et remonte au cortex par les faisceaux de Goll et Burdach.

- La sensibilité *extéroceptive* est la sensibilité à la douleur et à la température. Les récepteurs sont plus localisés au niveau de la base de la vessie et de l'urètre. L'information est véhiculée par les nerfs hypogastriques et remonte au cortex par les faisceaux spino-thalamiques.

La *distension péritonéale* fait partie intégrante de la sensibilité vésicale même s'il s'agit d'une sensibilité indirecte. Lorsque la vessie est trop pleine, le péritoine est distendu. Il existe alors une sensation de pesanteur abdominale qui traduit une forte réplétion vésicale. Cette sensibilité est véhiculée par le système sympathique puis les cordons latéraux de la moelle. On note que chez le paraplégique, elle peut donc être conservée.

- Les centres de contrôle :

Lobe frontal : centre de la miction :

- . Contrôle volontaire des centres spinaux
- . Exerce un signal inhibiteur presque permanent

Zone du pont : Pontine Micturition Center (PMC)

- . Coordination entre détrusor et sphincter (synergie)
- . Exerce un signal stimulant la miction (contraction détrusor + ouvertures sphincters)
- . Affecté par les émotions

Centre spinal thoracique : T10 à L2 (fig. 1)

- . Influx sympathique à travers nerf hypogastrique
- . Inhibition vessie (β) contraction col vésical/urètre (α)

Centre spinal sacré S2 S3 S4

- . Parasympathique (nerfs pelviens)
- . Somatique (nerf pudental ou honteux interne) : contraction sphincter externe

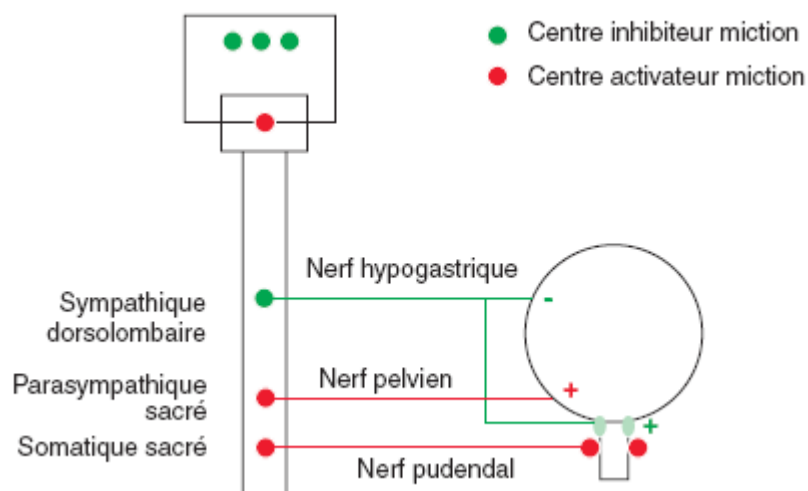


Figure 1 : Schéma simplifié de la régulation neurologique de l'appareil vésico-sphinctérien (Jaidane M. Les vessies neurologiques. Urologie, Faculté de médecine de Sousse 2007 ; p. 2. Disponible sur : <http://www.atlas-dermato.org/FMS/4/vessies-neurologiques-cours.pdf>)

Système nerveux sympathique : Phase de remplissage (fig. 2)

- Relaxation de la vessie : remplissage sans augmentation de pression
- Contraction du sphincter interne pour assurer la continence
- Inhibition parasympathique

Système nerveux somatique :

- Contrôle du sphincter externe
- Contrôle du diaphragme pelvien

Système nerveux parasympathique : Phase de miction

- Suppression de l'influx sympathique
- Contraction du détrusor
- A travers l'inhibition de l'influx somatique, relâchement du sphincter externe

Présence d'un *arc réflexe spinal de miction* : remplissage vessie

→ stimulation récepteur → fibres afférentes ⇒ centres spinaux parasympathiques ⇒ miction

Modulation des centres supraspinaux : le centre pontin (PMC) stimule la miction et assure coordination (synergie) détrusor/sphincter

Le *centre frontal* exerce un influx inhibiteur permanent qui est levé lorsque les conditions extérieures permettent la miction

Il existe donc une balance entre centres supra spinaux modulateurs, centres spinaux et unité fonctionnelle « reflexes » complexes de remplissage et réflexe de miction.

Neurophysiologie de la miction

● Centres somatiques

Centres végétatifs (1-2) :
● parasympathique (3-4-5-6)

● sympathique (7)

8. Détrusor

9. Sphincter lisse

10. Sphincter strié

11. Périnée

12. Urètre

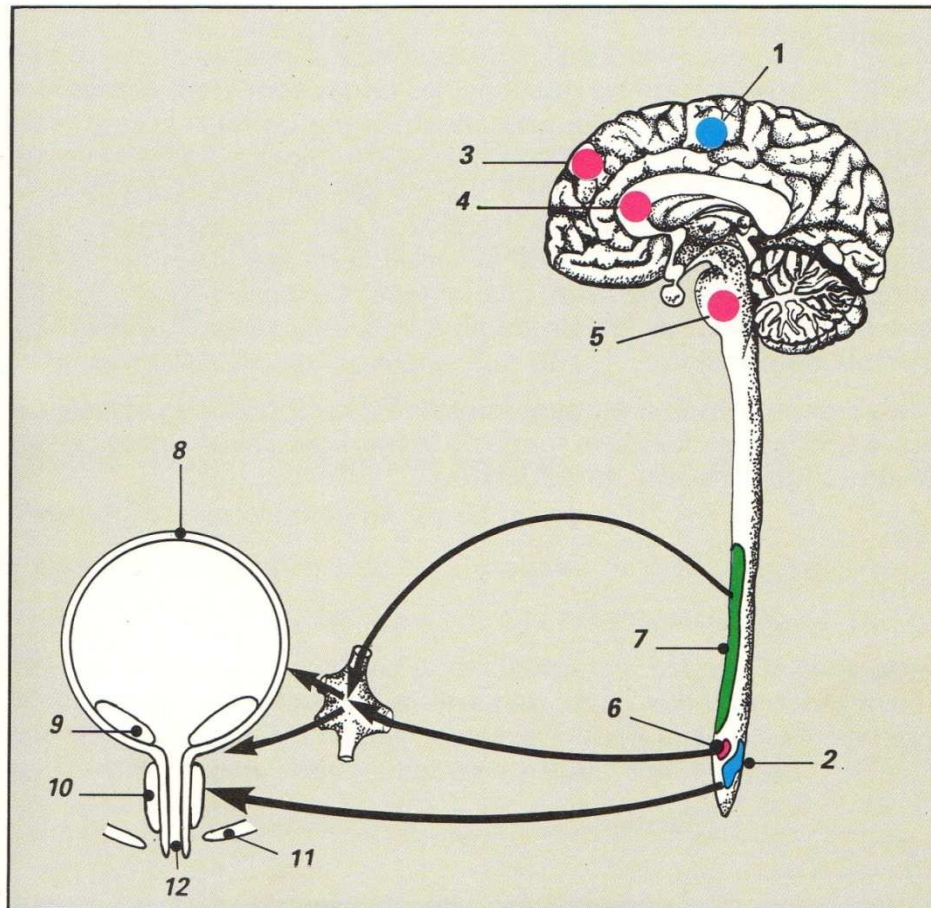


Figure 2 : Neurophysiologie de la miction (L'incontinence urinaire : une maladie qui se soigne. Collection dirigée par le Dr. Claude-B Blouin, ed. NATHAN/MEDICAL, 1986, p. 15)

C) Cognition et miction

Uriner est un besoin physiologique, basé comme nous l'avons vu au paragraphe précédent sur une succession de boucles réflexes. Le contrôle de la miction est avant tout un comportement acquis permettant aux individus de se conformer aux normes sociales. Elle nécessite une intégration corticale de la sensation du besoin d'uriner associée à une analyse environnementale afin de déterminer si une miction immédiate est « socialement acceptable » ou doit être différée. Le système nerveux périphérique et médullaire a été déjà largement exploré mais ce n'est que récemment grâce aux nouvelles techniques d'imagerie fonctionnelle que l'on cerne mieux le rôle du cortex et du sous-cortex dans la miction. Le système nerveux central apparaît alors comme *l'élément clé* permettant à l'individu d'acquérir un contrôle de sa miction avec une phase de continence et de miction volontaire. Déclencher volontairement une miction dans un endroit adapté et à un moment adapté fait l'objet d'un apprentissage impliquant la cognition chez de nombreux animaux et bien sûr chez l'enfant. La cognition résulte d'une interaction neuronale complexe et imparfaitement comprise entre les différentes régions du cerveau, elle permet de surpasser des mécanismes automatiques prédéterminés comme la miction en les transformant en actes volontaires. Elle fait intervenir différents mécanismes comme l'attention, l'inhibition et la mémoire [2].

L'attention résultant du maintien d'une activité neuronale, elle permet de réaliser une tâche précise, l'inhibition complète l'attention en permettant de supprimer une activité neuronale antagoniste et enfin la mémoire permet de retarder le délai entre le stimulus et la réponse. Les processus cognitifs jouent donc un rôle capital dans le contrôle périnéal et urinaire.

L'émergence de nouvelles techniques d'imagerie fonctionnelle a permis ces dernières années de montrer l'interconnexion de zones corticales et sous-corticales impliquées dans le processus de miction telles que la substance grise périaqueducale, l'hypothalamus, l'insula, le gyrus cingulaire antérieur et le cortex préfrontal. Une altération du *comportement mictionnel* implique une modification du schéma habituel d'activation de ces aires cérébrales.

II) Vieillesse normale de l'appareil urinaire

L'avancée en âge s'accompagne d'un vieillissement du corps humain occasionnant une altération fonctionnelle à laquelle l'appareil urinaire n'échappe pas. L'âge entraîne :

1) Une diminution des capacités contractiles de la vessie :

Cette diminution de la force contractile du détrusor est secondaire à une augmentation du collagène de la vessie et à une modification de la structure des myofilaments et des jonctions intercellulaires.

2) Une augmentation de la fréquence des contractions vésicales désinhibées (contractions non inhibées du détrusor =CNID) :

Cette augmentation de la fréquence de contraction résulte d'une déplétion des invaginations de la membrane cytoplasmique de la fibre musculaire.

3) Une diminution de la sensibilité vésicale :

Une modification des récepteurs vésicaux avec transformation des récepteurs muscariniques et développement d'une transmission non adrénergique non cholinergique. Le besoin d'uriner se modifie également avec l'âge et la sensation de remplissage vésical survient plus tard.

4) les pressions urétrales diminuent avec l'âge :

Cette diminution est secondaire à la diminution globale de la force de la totalité des muscles striés de l'organisme. Il existe une modification de la structure épithéliale de la vessie secondaire à la carence hormonale avec

diminution de la vascularisation mais également une modification des rapports entre méat urétral et le vagin chez la femme.

Ces modifications entraînent également une augmentation de la prévalence des infections urinaires symptomatiques et asymptomatiques.

5) Le vieillissement du système nerveux :

Il joue également un rôle majeur, le fonctionnement vésical est sous le contrôle du système nerveux central et la régulation est très complexe : intervention du centre de Barrington au niveau pontique mais aussi interventions des régions frontales, insulaire, hypothalamiques, du gyrus cingulaire et périaqueducal. Ces structures sont également impliquées dans d'autres fonctions en particulier l'humeur et les émotions.

Les modifications du système nerveux périphériques sont mieux connues. Une atteinte du nerf pudental peut être secondaire aux accouchements, à la constipation et aux prolapsus.

Il faut cependant se garder d'expliquer les fuites urinaires chez le sujet âgé avec le seul mécanisme du vieillissement.

III) Physiopathologie de l'incontinence urinaire

Les explorations urodynamiques dans les années 70 ont permis de mieux comprendre les différents mécanismes étio-pathogéniques des incontinences. On a surtout développé les concepts d'incontinence par hyperactivité vésicale (ou instabilité vésicale) et les incontinences urinaires d'effort pures. Ces dernières pouvant être dues à une insuffisance intrinsèque du système de clôture c'est-à-dire à une insuffisance sphinctérienne ou à une insuffisance extrinsèque du système de clôture, c'est-à-dire un défaut de compression de l'urètre par les structures environnantes lors des efforts.

L'émission ou la retenue d'urines dépend de l'équilibre entre la pression d'expulsion B et la pression de la retenue A.

3 mécanismes :

L'émission ou la retenue d'urines dépend de l'équilibre entre la pression d'expulsion exercée par la vessie et la pression de retenue exercée par le canal de l'urètre. Pour retenir l'urine il faut que les forces de retenue soient supérieures aux forces d'expulsion. Si cet équilibre est rompu, trois types d'incontinence peuvent apparaître.

Force A : pression d'expulsion exercée par la vessie

Force B : pression de retenue exercée par le canal de l'urètre

Miction normale : équilibre entre force A et B

A) Hyperactivité vésicale (ou instabilité vésicale)

Les forces d'expulsion B sont « trop fortes », ce déséquilibre résulte de facteurs favorisants :

- Infection de la vessie
- Facteurs psychiques (stress, angoisses, peurs)
- Perturbations hormonales
- Lésions neurologiques
- Lésions de la vessie

L'International Continence Society (ICS) a obtenu une standardisation dans la terminologie de l'hyper activité vésicale. Ce syndrome répond à l'association de différents symptômes :

- *urgences mictionnelles, urgenturies ou impériosités*, accompagnées d'une peur de la fuite ou de douleurs. Elles sont suivies ou non de mictions impérieuses, qui ne peuvent être contrôlées ou retardées et occasionnent ainsi des fuites par impériosité ; c'est l'incontinence urinaire par instabilité vésicale.
- *pollakiurie* diurne (plus de 8 mictions par jour) et nocturne. Mais cette augmentation est aussi liée aux apports hydriques et aux traitements interférents.

Ce syndrome correspond non seulement à une hyper activité du détrusor (contractions vésicales involontaires) mais aussi à d'autres formes de dysfonctions uréthro-vésicales. L'hyperactivité vésicale entraîne une diminution significative des scores de qualité de vie avec plus de syndromes dépressifs (40 à 60%), de troubles du sommeil, d'infections urinaires (40à 60% d'augmentation)et de chutes avec un risque accru de blessures ou de

factures (augmentation de 26% des chutes et 34% des risques de fractures chez la femme âgée)[3].

La gêne occasionnée par l'instabilité vésicale se manifeste par une atteinte de sa propre image responsable d'une désocialisation liée au caractère embarrassant de cette affection avec notamment une crainte des fuites, des odeurs, qui génèrent la frustration, le repli sur soi, l'anxiété puis la dépression [4].

L'hypothèse physiologique actuellement la plus admise est celle d'une activation prématurée du réflexe mictionnel normal. La cause primaire qui déclencherait cette contraction n'est pas connue. Dans ces conditions, toute contraction du détrusor ne s'accompagne pas forcément d'une fuite urinaire involontaire. Plusieurs contractions, probablement la majorité d'entre elles, se produisent contre un appareil urinaire sphinctérien fermé. Au point de vue physiopathologique, cette situation équivaut à une obstruction urinaire infra-vésicale. La réponse de la vessie à cette « obstruction » sera l'hypertrophie progressive des faisceaux musculaires lisses du détrusor. Aussi, avec le temps, une dégénérescence fibreuse peut se manifester au sein des fibres musculaires hypertrophiées, remplaçant les fibres musculaires lisses par des dépôts de collagène et de tissu fibreux. La vessie deviendra alors de moins en moins distensible, sa capacité de plus en plus réduite et sa contractilité de moins en moins efficace.

L'étiologie est d'origine idiopathique dans 90% des cas. Il n'y a pas d'anomalies des voies de conduction sensitive ou motrice mais plus un dysfonctionnement de l'interprétation de la sensation au niveau cortical. Les processus diffus (démences de type Alzheimer par exemple) s'accompagnent également d'une levée de l'inhibition sociale et de la gêne liés aux mictions inappropriées

Diagnostics différentiels :

- cystite aigue
- Urétrite
- Troubles comportementaux : excès de boisson à la potomanie
- Grands consommateurs de thé ou café (il existe en plus de l'effet diurétique, une irritation de la vessie)
- causes médicamenteuses
- mictions par précautions, par peur des fuites
- troubles psychosomatiques (syndrome anxio-dépressif, polymédication ...)
- causes vésicales organiques (dysplasie, néoplasie)
- la cystite interstitielle : le symptôme dominant est la cystalgie, soulagée par la miction, et augmentant ainsi la fréquence des mictions

B) Incontinence d'effort

Ce type d'incontinence résulte d'une hyperpression abdominale (pouvant être générée par un effort physique comme le port d'une charge lourde ou un effort de toux ou encore lors d'éclats de rires...) associée à une insuffisance de la force développée par les sphincters. Cette insuffisance résulte elle-même de :

- La destruction partielle ou relâchement des fibres musculaires des sphincters par suite de vieillissement
- Du relâchement des ligaments qui maintiennent utérus et vessie
- Du relâchement des fibres musculaires du périnée
- Du vieillissement des tissus ou de traumatismes et/ou déchirures
- Des modifications hormonales en lien avec la ménopause (l'hypo-oestrogénie diminue résistance et élasticité des tissus musculaires par atrophie des tissus et diminution du fonctionnement des muscles striés).

C) Incontinence mixte

Le type d'incontinence le plus fréquent chez le sujet âgé, il s'agit d'une forme d'incontinence associant les mécanismes de l'hyperactivité vésicale à ceux de l'incontinence d'effort.

OBJECTIFS

Les objectifs de ce travail concernant l'incontinence urinaire du sujet âgé et la prise en charge palliative de cette pathologie sont les suivants :

1) Donner via une revue narrative de la littérature concernant l'incontinence urinaire du sujet âgé et la prise en charge palliative de cette pathologie une vision synthétique des connaissances actuelles, tant au niveau des prises en charge (médicamenteuses et non médicamenteuses) qu'à celui de l'épidémiologie, des coûts, de l'impact sur la qualité de vie, etc.

Revue narrative de la littérature (définition) : Il s'agit d'un rappel de connaissances portant sur un sujet précis, recueillies à partir de la littérature pertinente sans processus méthodologique systématique, explicite, d'obtention et d'analyse qualitative des articles inclus dans la revue (Horvath AR, Pewsner D. Systematic reviews in laboratory medicine : principles, processes and practical considerations. *Clin Chim Acta* 2004 Apr ; 342(1-2) : 23-29)

2) L'objectif de la revue narrative de la littérature est documentaire

3) Interpréter les pratiques et approches connues de l'incontinence urinaire du sujet âgé afin d'en rechercher les potentiels déterminants

4) Réflexion éthique à partir des différents déterminants identifiés

METHODE

Protocole et enregistrement :

Nous avons réalisé une revue narrative de la littérature. La méthodologie de cette revue de littérature s'est inspirée de celle d'un article scientifique médical paru en mai 2013 dans la revue *Exercer La revue française de médecine générale* (Ruelle Y, Hurtaud A, Lob A, Cadwallader JS, Vaillant-Roussel H. Optimisation of cervix cancer screening. A narrative review of literature. *Exercer* 2013 ; 107 : 132-41).

Sources d'information :

Les publications s'échelonnent de 1990 à nos jours, sur les bases de données Medline et CAIRN, ainsi que sur les sites de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du Ministère Français de la Santé.

Recherche :

Les équations de recherche dans la base de données Medline ont utilisé les descripteurs MeSH de l'incontinence urinaire du sujet âgé : « *urinary incontinence* » [TITLE/ABSTRACT], « *elderly* » [TITLE/ABSTRACT], « *aged* » [TITLE/ABSTRACT], « *older people* » [TITLE/ABSTRACT]

Croisés avec :

- Pour la recherche directe de déterminants dans la prise en charge de l'incontinence urinaire du sujet âgé le terme « *factors influencing* » [TITLE/ABSTRACT]

- Pour le recueil de données générales concernant la prise en charge palliative de l'incontinence urinaire du sujet âgé les termes : « *guidelines* » [TITLE/ABSTRACT], « *pads* » [TITLE/ABSTRACT], « *pad use* » [TITLE/ABSTRACT], « *absorbent products* » [TITLE/ABSTRACT], « *diapers* » [TITLE/ABSTRACT]
- Concernant la recherche de données spécifiques concernant le rôle du médecin généraliste, celui-ci ayant une place centrale dans la prise en charge, les termes suivants : « *general practice* » [TITLE/ABSTRACT] , « *primary care* » [TITLE/ABSTRACT]
- Concernant le deuxième intervenant central de la prise en charge de l'incontinence urinaire du sujet âgé, à savoir les infirmier(e)s diplômé(e)s d'état (IDE), le terme suivant : « *nurses* » [TITLE/ABSTRACT]

Dans la base de données du CAIRN ainsi que sur les sites de la Haute Autorité de Santé et du Ministère de la Santé les termes suivants ont été utilisés : « *incontinence urinaire* » et « *gériatrie* »

Sélection des articles :

Les articles ont été sélectionnés et retenus pour la pertinence de leur titre et/ou de leur abstract, et s'ils permettaient d'apporter des éléments de réponses originaux dans la recherche de déterminants conduisant à une prise en charge palliative de l'incontinence urinaire du sujet âgé.

RESULTATS

Cette recherche bibliographique toutes bases de données confondues a ramené au total 241 articles, 98 d'entre eux ont été retenus (89 concernant la recherche généraliste sur l'incontinence urinaire du sujet âgé et les palliatifs absorbants, et 15 concernant la recherche à partir des principaux intervenants).

I / Recherche bibliographique généraliste sur l'incontinence urinaire du sujet âgé

Les résultats de la recherche bibliographique généraliste ont été classés en 5 catégories :

- A) Epidémiologie
- B) Economie et coûts
- C) Généralités sur les produits absorbants
- D) Prise en charge de l'incontinence urinaire chez le sujet âgé
- E) Impact et vécu de l'incontinence urinaire chez le sujet âgé

A) Epidémiologie

- 1) Femmes âgées
- 2) Hommes âgés
- 3) Epidémiologie du traitement palliatif de l'incontinence urinaire
- 4) Traitements médicamenteux de l'incontinence urinaire
- 5) Autres données épidémiologiques

Plus de trois millions de français tous âges confondus sont concernés par l'incontinence urinaire [5] et sa prévalence augmente avec l'âge [6]. Etant associée au vieillissement et à l'institutionnalisation, la prévalence de l'incontinence urinaire est largement supérieure chez les personnes de plus de 65 ans hospitalisées ou vivant en établissement médico-social, chez lesquelles elle est estimée entre 49 et 77% [7]. Une autre étude de prévalence montre une proportion deux fois et demie supérieure à celle de sujets d'âge comparable mais vivant à domicile [8]. La fréquence est étroitement liée à la dépendance physique et/ou mentale, les sujets âgés déments avérés sont incontinents urinaire de façon permanente dans 90% des cas [9].

1) Femmes âgées

Concernant la femme, en péri-ménopause (45-50 ans) puis autour de 70 ans on observe un accroissement plus rapide de l'incontinence urinaire [10]. Une étude américaine datant déjà de 1996 évaluait la proportion de femmes âgées présentant une incontinence urinaire à 36,3% [11]. L'étude HUNT/EPICONT réalisée en Norvège en 2006 à partir de plusieurs milliers de questionnaires a permis d'établir avec précision la prévalence des différents types d'incontinence urinaire par classe d'âge : au-delà de 60 ans, l'incontinence urinaire mixte (urgenturies et incontinence d'effort) devient le type d'incontinence urinaire le plus fréquent chez la femme [12]. Alors que Brown et al., en 2000 aux Etats Unis sur un échantillon d'environ 6000 femmes âgées de 72 à 99 ans, montrent une proportion de 25% d'urgenturies et de 12% d'incontinence urinaire mixte [13]. L'avancée en âge est un facteur de risque indépendant d'incontinence urinaire chez la femme [14 - 15].

Les autres facteurs de risque identifiés sont l'obésité, la ou les grossesse(s), les accouchements par voie basse, le prolapsus vaginal et les infections urinaires [16].

2) Hommes âgés

La prévalence chez les hommes âgés est moins élevée que chez les femmes mais cet écart tend à s'estomper avec l'âge [7]. Plus de 40% des hommes âgés de plus de 80 ans souffrent d'incontinence urinaire [16]. Ces chiffres sont également plus élevés chez les patients institutionnalisés [16].

Chez les hommes le type le plus fréquent d'incontinence urinaire chez le sujet âgé est l'urgenterie (hyperactivité vésicale) [16].

On notera cependant que les données chiffrées concernant l'incontinence urinaire sont moins nombreuses que pour les femmes.

Une étude réalisée sur des patients de plus de 60 ans a également montré que les hommes sont en général moins satisfaits de leurs protections comparés aux femmes, les critères étudiés étaient les fuites, les irritations et le sentiment d'inconfort [17].

Les facteurs de risque identifiés chez l'homme sont l'âge, l'obésité, l'hypertrophie de la prostate et la chirurgie prostatique [16]. La prostatectomie favorise la survenue d'une incontinence urinaire ultérieure.

3) Epidémiologie du traitement palliatif de l'incontinence urinaire

Il existe peu de données chiffrées sur les patients souffrant d'incontinence urinaire et utilisant ce type de traitement. Les données économiques (vues plus loin) sont plus fournies.

On voit cependant que les études réalisées en service hospitalier gériatrique montrent que la majorité des interventions retrouvées sont de nature palliative [18 - 20].

4) Traitement médicamenteux de l'incontinence urinaire

Une étude descriptive rétrospective réalisée sur un grand nombre de sujets présentant une incontinence urinaire dont un gros pourcentage de sujets âgés montre que les traitements médicamenteux semblent peu utilisés [21].

5) Autres données épidémiologiques

Concernant l'intention de traiter une incontinence urinaire du sujet âgé, une étude a montré que les femmes, les personnes de faible niveau éducatif et les personnes qui perçoivent l'incontinence urinaire comme un phénomène normal lié au vieillissement envisagent moins de se faire traiter [22].

- Plus de trois millions de français tous âges confondus sont concernés par l'incontinence urinaire et sa prévalence augmente avec l'âge
- La fréquence est étroitement liée à la dépendance physique et/ou mentale
- La prévalence chez les hommes âgés est moins élevée que chez les femmes mais cet écart tend à s'estomper avec l'âge
- La majorité des interventions retrouvées sont de nature palliative
- Les traitements médicamenteux semblent peu utilisés
- L'incontinence urinaire est souvent perçue comme un phénomène normal lié au vieillissement

B) Economie et coûts

- 1) Données générales
- 2) Données nationales sur les palliatifs absorbants en particulier
- 3) Données individuelles

1) Données générales

Les dépenses liées à l'incontinence urinaire ont été évaluées aux Etats Unis en 1995, elles étaient estimées à 26,3 milliards de dollars par an chez les sujets âgés de plus de 65 ans [23], dont 16,3 milliards de dollars pour les coûts directs (protections, poches collectrices, médicaments, chirurgie, rééducation) [24]. Les dépenses sont plus élevées chez les femmes (12,4 milliards de dollars) que chez les hommes (3,8 milliards de dollars) [24].

Les dépenses sont plus importantes pour la prise en charge de l'incontinence urinaire dans la population vivant à domicile (10,8 milliards de dollars) que chez les sujets vivant en institution (5,5 milliards de dollars).

De nombreuses autres études ont montré les coûts en lien avec la prise en charge de l'incontinence urinaire. Par exemple en Italie on estime à 1 milliard d'euros par an le coût pour l'achat de médicaments et de protections [25]. En Australie on a estimé à environ 900 millions d'euros le coût annuel de l'incontinence urinaire chez les femmes [26]. En Suède les dépenses liées à l'incontinence urinaire représentent 0,5% du total des dépenses de Santé et 0,05% du Produit Intérieur Brut (PIB) [27]. Notons cependant que ces études portent sur la population générale et non spécifiquement sur les sujets âgés.

En 1995, les coûts de l'incontinence urinaire ont été évalués en France, le coût total des protections était compris entre 244 et 300 millions d'euros par an dans la population générale, le coût de la prise en charge des personnes âgées incontinentes était de 1,5 milliards d'euros par an et le surcoût lié à la prise en charge de l'incontinence urinaire dans les hôpitaux de court séjour était de 50 millions d'euros par an [28].

2) Données nationales sur les palliatifs absorbants en particulier

Le marché en 2006 concernant les produits palliatifs absorbants non remboursés vendus en pharmacie et grandes/moyennes surfaces (données nationales globales) est d'environ 170 millions d'euros. On notait depuis 2001 un taux de croissance entre 8 et 15% annuel avec un ralentissement pour l'année 2006 (+ 5,3%) mais toujours en augmentation cependant [5].

Les magasins spécialisés pour l'année 2006 montrent une valeur de marché de l'ordre de 30 millions d'euros (source fabricants) et ce chiffre représente uniquement la vente aux particuliers [5].

La valeur du marché des maisons de retraite et hôpitaux s'élève à 150 millions d'euros (source fabricants) pour les produits palliatifs absorbants non remboursés, répartis ainsi : 60% hôpitaux et 40% maisons de retraite [5]. L'achat de palliatifs absorbants par ces établissements passe en général par des appels d'offre des fabricants.

Dans 15 états de l'Union Européenne, les coûts de l'incontinence seulement en termes de traitements palliatifs seraient de 20 milliards d'euros par an [29].

Le rapport HAAB [5] datant de 2007, souligne cependant que le marché des palliatifs absorbants est sous évalué et sous exploité par les fabricants du fait du tabou de l'incontinence, de la gêne vis-à-vis de l'achat des protections. Notamment dans le cas des incontinents « légers », cette catégorie de patients n'en parleraient que peu à leur médecin et auraient recours à des « substituts » tels que les mouchoirs en papier ou les protections périodiques menstruelles. On remarquera que les données économiques concernant les coûts spécifiques des traitements palliatifs absorbants en France sont communiquées par les fabricants eux-mêmes.

Denis Ph. souligne cependant que les études portant sur les coûts globaux de l'incontinence urinaire (traitements palliatifs et les autres prises en charge) sont indissociables de celles de l'incontinence anale. Le coût de l'incontinence urinaire reste difficile à préciser car il peut seulement être estimé à partir de données épidémiologiques et d'autre part du nombre très faible d'études médico-économiques réalisées avec des critères méthodologiques satisfaisants [30].

De plus, les coûts de l'incontinence sont de plusieurs types : directs (protections, poches collectrices, médicaments, chirurgie, rééducation) et les coûts secondaires comme les détresses psychologiques ou les conséquences sociales comme l'entrée en institution.

L'incontinence urinaire représente également chez les sujets âgés une comorbidité dont le traitement représente un surcoût pendant les hospitalisations, elle augmente les dépenses quotidiennes et réduit ou retarde le retour à domicile [31].

3) Données individuelles

En 2005, le coût moyen mensuel d'un patient incontinent utilisant des protections adéquates était compris entre 30 et 150 euros selon la sévérité et le type d'incontinence [5].

Concernant les protections absorbantes, la seule possibilité actuelle de prise en charge concerne les patients pouvant bénéficier de l'Allocation Pour l'Autonomie (APA), c'est-à-dire les patients classés GIR 1 à 4, avec comme conséquence une captation allant de 30 à 50% du budget normalement consacré à l'autonomie [5]. Cette allocation peut couvrir les « frais liés aux changes pour les personnes incontinentes ». Cette allocation varie de 500 à 1200 euros selon le degré de dépendance mais l'état sphinctérien est peu pris en compte dans l'évaluation du handicap. Seules certaines caisses comme le « Secours Minier » peuvent prendre une partie des produits absorbants en charge [32].

Nous notons des disparités homme/femme, chez l'homme les étuis péniens (adaptés à la prise en charge des incontinences urinaires modérées à sévères) sont actuellement partiellement ou totalement remboursés par l'Assurance Maladie et les systèmes assurantiels complémentaires santé [5]. Ces dispositifs palliatifs sont principalement utilisés dans le contexte de l'incontinence urinaire en rapport avec un dysfonctionnement vésico-sphinctérien d'étiologie neurologique ou dans les suites d'une intervention chirurgicale du cancer de la prostate avant implantation d'un sphincter artificiel.

Nous notons également que d'autres pays européens comme l'Angleterre, l'Espagne, la Suisse... ont mis en place une couverture sociale pour la prise en charge des solutions palliatives de l'incontinence urinaire et notamment des protections absorbantes [5].

Une couverture sociale des protections absorbantes si elle devait être mise en place en France, en association avec une « médicalisation » des solutions palliatives (prescription émanant d'un professionnel de Santé), génèrerait un coût d'environ 200 millions d'euros par an, cependant on estime que ce surcoût devrait en grande partie être compensé par la baisse des coûts globaux liés à l'incontinence urinaire comme la prise en charge des infections urinaires ou des pathologies cutanées périnéales [5].

- ➔ Le coût de la prise en charge des personnes âgées incontinentes a été évalué à 1,5 milliards d'euros par an en 1995
- ➔ Taux de croissance du marché des produits palliatifs absorbants évalué entre 8 et 15% de 2001 à 2006
- ➔ Les coûts de l'incontinence urinaire sont de plusieurs types : directs (protections, médicaments, chirurgie...) et secondaires (détresse psychologique, surcoût en hospitalisation, entrée en institution...)
- ➔ En 2005, le coût moyen mensuel d'un patient incontinent était compris entre 30 et 150 euros selon la sévérité et le type d'incontinence
- ➔ Captation de 30 à 50% du budget normalement consacré à l'autonomie
- ➔ La couverture sociale des protections absorbantes avec prescription médicale génèrerait un coût d'environ 200 millions d'euros par an mais on estime que ce surcoût serait en grande partie compensé par la baisse des coûts globaux de l'incontinence urinaire

C) Généralités sur les produits absorbants

- 1) Produits pour l'incontinence légère
 - a) Produits pour l'incontinence légère chez l'homme
 - b) Produits pour l'incontinence légère chez la femme
- 2) Produits pour l'incontinence modérée et sévère
 - a) Dispositifs jetables
 - b) Dispositifs lavables
 - c) Comparaison entre dispositifs lavables et jetables

Deux grandes catégories de produits palliatifs sont actuellement distribuées en France :

- Les produits « *non absorbants* » dont les principaux sont les étuis péniers, les sondes vésicales d'auto-sondage et les poches collectrices. Ces dispositifs sont classés comme « dispositifs médicaux », marqués CE et le taux de TVA est à 5,5%.
- Les produits « *absorbants* », ces produits ne sont pas classés comme dispositifs médicaux, leur taux de TVA est à 20%. Cette catégorie regroupe un nombre important de références, ils ne bénéficient d'aucune prise en charge directe hormis l'APA pour les personnes en bénéficiant.

Les produits absorbants peuvent être classés en 2 grandes catégories basées sur la sévérité de l'incontinence urinaire :

- Dispositifs pour l'incontinence *légère* : capacité d'absorption généralement inférieure à 500mL. Elles s'apparentent aux serviettes périodiques ou protège-slips et sont utilisées essentiellement pour les incontinenances d'effort ou par regorgement.
- Dispositifs pour l'incontinence *modérée* ou *sévère* : capacité d'absorption variant de 500 à plus de 2000mL. On distingue dans cette catégorie les changes « complets », les protections « avec ceinture » ou filet, les protections « anatomiques », les « slips absorbants » et les alèses. Ces produits sont généralement composés de fibre de bois et intègrent des coussins pourvus de super-absorbants, ils ont bénéficié ces dernières années de fortes innovations afin de répondre aux besoins des patients (confort, discrétion et protection optimale contre les fuites urinaires) [5].

On distingue encore 2 catégories de dispositifs :

- Les dispositifs « *jetables* »
- Les dispositifs « *lavables* »

Les principaux acteurs sur les produits absorbants sont au nombre de 8, qui vendent sous leur propre nom ou sous des noms de marques différents. Ce secteur a subi au cours des quinze dernières années une concentration par le rachat de certaines sociétés par des groupes étrangers [5]. On identifie les sociétés suivantes : ABENA FRANTEX, ATTENDS, HARTMANN, KIMBERLY CLARKE, MARQUE VERTE, ONTEX ID, SCA (marque TENA) et TYCO HEALTHCARE.

Quatre de ces sociétés se partagent environ 80% du marché :

- HARTMANN, spécialiste des produits médicaux à usage unique en milieu hospitalier, maisons de retraite, et pharmacies, également présent dans les domaines de l'hygiène, du soin des plaies, sets de soins et produits pour bloc opératoire.
- TENA, marque du groupe SCA, un des principaux leaders mondiaux dans le secteur papiers et emballages.
- ONTEX ID, un des leaders européens dans le développement, la production et la vente de produits d'hygiène à usage unique.
- ABANA FRANTEX, développeur de produits pour le secteur hygiène en milieu hospitalier.

1) Produits pour l'incontinence légère

Ces produits sont de petite taille, discrets, se plaçant directement à l'intérieur de sous-vêtements et maintenus par un adhésif. Il s'agit principalement des protections anatomiques à faible taux d'absorption.

Pour le patient masculin, les fabricants proposent des protections en forme de « coquilles » ou d' « étuis » afin de mieux s'adapter à l'anatomie du corps.

On retrouve dans la littérature de nombreux articles comparant les dispositifs utilisés dans l'incontinence urinaire légère :

a) Produits pour l'incontinence légère chez l'homme

Fader et al. [33] ont réalisé une étude croisée et randomisée comparant les manchons péniers avec une protection anatomique jetable et avec une culotte avec protection intégrale lavable. Cette étude, réalisée sur 74 hommes, montre que les manchons sont moins efficaces contre les fuites urinaires que les protections anatomiques et ce de manière générale. La culotte lavable avec protection intégrale a été qualifiée de moins performante par les participants, seuls les hommes avec une incontinence très légère sont plus favorables à ce type de produits.

b) Produits pour l'incontinence légère chez la femme

La littérature est plus fournie en ce qui concerne la femme. Baker et Norton [34] évaluent 6 protections anatomiques jetables et 2 protections hygiéniques sur 65 femmes. Cette étude montrait que les 2 protections hygiéniques, qui étaient les dispositifs les moins chers de l'étude, obtiennent de meilleurs scores que la plupart des protections anatomiques. Les auteurs concluent que c'est pour un intérêt économique que les patientes se dirigent vers ce type de protections et changent pour un autre dispositif s'il se révèle inadéquat.

Clarke-O'Neill et al. [35] comparent la gamme complète des protections anatomiques jetables disponibles au Royaume Uni en 2000, cette étude porte sur 60 femmes âgées de 50 ans et plus. En termes de capacité à garder les urines sans fuite il n'existe pas de différence significative entre les différents dispositifs anatomiques, par contre on note des différences significatives en termes d'« opinion générale » chez les participantes. Une autre étude réalisée par le même groupe de recherche [36] compare 10 culottes lavables avec protection intégrale chez 72 femmes utilisant habituellement des protections anatomiques. Des différences significatives sont retrouvées entre les différents produits en termes de performance mais l'efficacité en termes de fuites est jugée faible de manière générale.

2) Produits pour l'incontinence modérée et sévère

a) Dispositifs jetables

Depuis 1990, de nombreuses études comparant les différents produits pour l'incontinence urinaire modérée et sévère ont été réalisées. Cependant, les changements et innovations diverses sont nombreux dans ce domaine, les études comparatives ne permettent pas de généraliser les conclusions.

Deux grandes études ont été réalisées dans des établissements ou résidences de soins chez des sujets présentant une incontinence modérée ou sévère.

La première porte sur 228 sujets provenant de 33 résidences de soins et teste 20 gammes de protections anatomiques soit 74 dispositifs au total [37]. La deuxième étude inclut 192 sujets provenant de 37 résidences de soins et teste 36 dispositifs au total de type « changes complets » [38]. Les avantages de ces deux études sont le nombre de sujets inclus et la large gamme de produits testés.

Ces deux études montraient que dans l'ensemble les changes complets sont plus performants en termes de fuites urinaires que les protections anatomiques.

Ces études sont chères en termes financiers mais également chronophages, d'où le nombre restreint d'études avec des statistiques significatives. Afin de faciliter le choix des produits, une norme ISO a été créée : ISO 11948-1,96 [39]. L'ISO (Organisation internationale de normalisation) est une fédération mondiale d'organismes nationaux de normalisation. Cette norme est basée sur une méthode qui permet de mesurer la capacité d'absorption totale d'urine, elle permet donc de comparer les performances de produits dont les parties centrales absorbantes ont une composition et des propriétés

d'absorption uniformes mais elle surestime la quantité d'urines retenues par les produits dans les conditions réelles d'utilisation.

b) Dispositifs lavables

Il n'existe pas encore d'étude « puissante » comparant les dispositifs lavables (réutilisables) dans le cadre de l'incontinence urinaire modérée à sévère. Cependant Macaulay et al. [40] ont réalisé une étude sur 19 dispositifs différents mais avec seulement 14 sujets. Cette étude incluait différents dispositifs lavables de chaque catégorie : protections anatomiques, changes complets et « pull-ups » (culotte absorbante). L'étude incluait également à titre comparatif 2 dispositifs jetables. La performance des produits varie grandement, de 78% d'opinions favorables à 22% pour le moins performant.

Bien que les produits lavables soient de manière générale moins performants en matière de fuites que les produits jetables, on note qu'un dispositif lavable en coton se révèle meilleur en termes d'opinions favorables que tous les autres produits lavables et que les 2 jetables.

c) Comparaison entre dispositifs lavables et jetables

Quelques études [41 – 44] comparent les dispositifs lavables et jetables depuis les années 90, les études antérieures n'ayant pas été retenues. Ces études présentent un nombre de sujets varié et aucune méthode systématique de sélection des produits testés n'est utilisée. Leur utilité est limitée car elles ne mettent en évidence que des dispositifs particulièrement bons ou particulièrement mauvais. L'intégrité de la peau est utilisée comme variable de mesure dans l'une des études [43], elle ne montre pas de différence significative entre les 2 catégories de dispositifs.

Une autre variable de mesure utilisée est le coût, Brown et al., dans une étude [44] ne montrent pas de différence significative en termes de « coût journalier des dispositifs » mais cependant rapporte des coûts en lien avec la blanchisserie (lavage du linge de maison et des vêtements souillés associés ou

non au lavage des dispositifs s'ils sont réutilisables) plus faible avec les dispositifs jetables.

De manière générale les dispositifs jetables sont considérés comme plus performants que les dispositifs lavables en termes de prévention des fuites, de coût mais également en termes de « préférence d'utilisation par le personnel » [45].

- ➔ Produits non absorbants (étuis péniens, sondes vésicales d'auto-sondage et poches collectrices) : dispositifs médicaux, marqués CE, taux de TVA à 5,5%
- ➔ Produits absorbants : non classés comme dispositifs médicaux, taux de TVA à 20%, aucune prise en charge directe hormis l'APA pour les personnes en bénéficiant
- ➔ Dispositifs lavables et jetables
- ➔ Existence d'une norme ISO concernant les dispositifs absorbants et permettant de mesurer la capacité totale d'absorption mais surestime la quantité d'urines retenues dans les conditions réelles d'utilisation
- ➔ Des études comparatives entre les différents dispositifs absorbants mais à l'utilité limitée

D) Prise en charge de l'incontinence urinaire chez le sujet âgé

- 1) Spécificités de l'incontinence urinaire du sujet âgé
- 2) Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)
- 3) Autres recommandations
- 4) Evaluation de thérapeutiques spécifiques

1) Spécificités de l'incontinence urinaire du sujet âgé

Comme nous l'avons vu dans la partie consacrée à l'épidémiologie, chez la femme âgée, on observe un accroissement plus rapide de la prévalence de l'incontinence urinaire et le type le plus fréquent est l'incontinence urinaire *mixte* (urgentes et incontinence d'effort).

L'incontinence urinaire chez la femme âgée présente des caractéristiques liées au vieillissement du bas appareil urinaire. Ces modifications se traduisent par une diminution du volume mictionnel et une modification de la sensibilité vésicale [46]. Les besoins mictionnels sont souvent plus tardifs et plus rapprochés, les contractions involontaires de vessie sont également plus fréquentes et ces modifications sont responsables des urgentes [47].

La présence d'un résidu post mictionnel est plus fréquente, en raison de la contractilité vésicale diminuée. Des facteurs prédisposant à la rétention urinaire sont identifiés : antécédents de rétention aiguë d'urines, constipation, infection urinaire ou antécédents, infections urinaires à répétition, restriction de mobilité, diabète [48 – 49]. Et en urodynamique, l'association hyperactivité et hypocontractilité vésicale est souvent retrouvée et peut être responsable de l'association d'une rétention urinaire et d'urgente rendant plus complexe la prise en charge [50 – 52].

La nycturie augmente avec l'âge chez la femme en rapport avec une augmentation de la diurèse nocturne et une réduction de la capacité vésicale [53].

Chez la personne âgée, plusieurs études montrent une réversibilité de l'incontinence urinaire estimée entre 20 et 30% [10, 54, 55]. Les facteurs déclenchants ou favorisants sont pour la plupart indépendants de l'appareil urinaire et certains sont potentiellement réversibles.

Les facteurs favorisants sont résumés par l'anagramme *DIAPPERS* (terme anglais désignant les protections anatomiques) : Délire (syndrome confusionnel), Infection urinaire, Atrophie vaginale, Psychologique (facteur), Polymédication, Excès de diurèse, Restriction de mobilité, Selles (constipations « terminales ») [15, 56].

La non réversibilité d'une incontinence urinaire apparue récemment, associée à un déclin fonctionnel et après prise en charge réadaptative est un facteur de risque à 6 mois de mortalité et/ou d'entrée en institution. Ce risque augmente parallèlement à l'incapacité motrice initiale et à l'existence de troubles cognitifs [57]. L'incontinence urinaire nouvellement apparue est considérée comme révélateur d'une fragilité qui s'amplifie par l'augmentation du risque de déclin fonctionnel [58].

Les comorbidités sont également à prendre en compte dans l'évaluation de l'incontinence urinaire du sujet âgé. De nombreuses comorbidités interfèrent avec la continence et le lien causal n'est pas toujours clairement établi : les infections urinaires, la constipation chronique, la bronchite chronique, l'insuffisance cardiaque, les maladies ostéo-articulaires, les maladies neurodégénératives et cérébrovasculaires, la dépression [58 - 59], le diabète [58] et le syndrome d'apnée du sommeil [60].

Cependant, des études [61 - 62] montrent que le risque relatif de déclin fonctionnel en présence d'une incontinence urinaire diminue après ajustement avec d'autres variables telles que les comorbidités, les syndromes gériatriques et l'âge.

2) Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

En 2003, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) a publié des recommandations professionnelles concernant la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale [63]. Ces recommandations sont destinées aux médecins généralistes, aux gynécologues, aux kinésithérapeutes et aux sages-femmes. Il n'existe pas de complément paru au niveau de l'HAS à ce jour concernant cette thématique, on note que ces recommandations touchent uniquement la femme et ne sont pas spécifiques à la prise en charge de l'incontinence urinaire chez le sujet âgé.

Ces recommandations justifient la recherche d'une incontinence urinaire en soins primaires par : la prévalence élevée, son impact sur la qualité de vie, le fait qu'il s'agisse rarement d'un motif de consultation (sujet tabou, idée selon laquelle l'incontinence urinaire accompagne le vieillissement...), le fait qu'elle puisse être le symptôme d'une autre pathologie qui peut bénéficier d'un traitement spécifique, et également de part l'existence de thérapeutiques efficaces.

L'ANAES recommande de rechercher systématiquement les facteurs de risque de l'incontinence urinaire ainsi que les facteurs liés ou aggravants.

- *Facteurs de risques* : âge, grossesses antérieures, antécédents d'accouchements par voie basse et traumatismes obstétricaux, parité (3 enfants ou plus), antécédents de chirurgie pelvienne (hystérectomie) ou abdominale, obésité, activité physique intensive, énurésie dans l'enfance.

- *Facteurs liés et/ou aggravants* : infections urinaires basses, vaginite atrophique, constipation, fécalome, diabète sucré ou insipide, œdèmes en rapport avec une insuffisance cardiaque ou veineuse, bronchite ou toux chronique, maladies neurologiques, toute cause de réduction de la mobilité liée à une pathologie organique ou psychique, les troubles cognitifs, les altérations de l'état général quelque que soit la cause, la prise de médicaments favorisant l'incontinence urinaire : diurétiques, alpha-bloquants diminuant le tonus urétral, médicaments favorisant une rétention urinaire et une incontinence par regorgement (antipsychotiques, antihistaminiques, morphiniques, inhibiteurs calciques et les traitements à visée sédatrice tels que les psychotropes, hypnotiques et anxiolytiques). Les derniers facteurs favorisant à rechercher sont les erreurs hygiéno-diététiques (apports hydriques excessifs voire potomanie, consommation importante d'alcool, de café ou de boissons contenant de la caféine).

L'ANAES recommande également, compte tenu du caractère potentiellement réversible ou pouvant bénéficier d'un traitement spécifique, la recherche systématique de ces facteurs favorisant en cas d'incontinence urinaire.

Elle recommande de rechercher une incontinence urinaire chez une femme venant consulter pour les motifs suivants :

- symptômes en rapport avec la sphère uro-génitale (pré ou post natal, demande ou renouvellement de contraception, suivi de ménopause...)
- toux chronique
- diabète
- constipation ou incontinence fécale
- certificat de non contre-indication à la pratique sportive
- atteinte neurologique

On note que certains de ces motifs de consultation peuvent correspondre au sujet âgé.

L'ANAES précise que le diagnostic d'incontinence urinaire est un diagnostic d'interrogatoire et recommande d'utiliser une question simple telle que « *vous arrive t-il d'avoir des pertes ou des fuites d'urines ?* » et d'éviter d'utiliser le terme d' « *incontinence* » potentiellement disqualifiant pour la patiente. Une fois le diagnostic posé, il convient de préciser le type d'incontinence urinaire : pertes d'urines lors des efforts de toux ou du port de charges lourdes, la notion de besoins impérieux ou les deux.

Il convient par la suite d'évaluer le nombre approximatif de pertes quotidiennes d'urines (nombre de sous-vêtements par jour, nécessité de port de protections en dehors des règles, type de protections utilisé...), puis la gêne ressentie par la patiente voire le retentissement sur la qualité de vie avec des questionnaires validés (ex : échelle DITROVIE). Le calendrier mictionnel peut être proposé en complément à l'interrogatoire.

Ensuite il s'agit de repérer les signes cliniques évoquant les facteurs favorisants sus-cités (pollakurie, polyurie/polydipsie, troubles moteurs ou sensitifs, troubles cognitifs, réduction de la mobilité...) et bien sûr repérer les

causes iatrogènes ainsi que les erreurs hygiéno-diététiques favorisant l'incontinence urinaire.

Concernant l'examen clinique il est recommandé de réaliser, chez une patiente semi-allongée avec vessie « semi-pleine », un examen uro-gynécologique afin : d'éliminer une fistule vésico-vaginale, de rechercher un prolapsus génital, un globe vésical, d'évaluer lors du toucher vaginal la tonicité du plancher pelvien et la force de contraction des muscles périnéaux. Ensuite il convient de rechercher une fuite d'urine provoquée par des efforts répétés de toux ou de poussée, et de tester la sensibilité périnéale.

Lors du bilan initial, sur le plan des examens complémentaires il faut réaliser un examen cyto-bactériologique des urines (ECBU) chez toute femme présentant une incontinence urinaire par impériosités ou mixte et chez toute femme âgée qui porte régulièrement des protections.

Il est recommandé de rechercher un résidu post-mictionnel par échographie sus pubienne en cas d'incontinence urinaire d'effort ou mixte uniquement si un traitement chirurgical est envisagé. Sinon cet examen n'est pas à réaliser en première intention avant prescription d'une rééducation périnéo-sphinctérienne.

La recherche d'un résidu post-mictionnel est recommandée en cas d'incontinence urinaire par impériosités ou mixte, uniquement si une rétention urinaire est suspectée ou s'il s'agit d'une personne âgée.

Cependant ces recommandations précisent que la mesure du résidu post-mictionnel par échographie n'est pas fiable.

Concernant le bilan urodynamique, il n'est pas recommandé en cas d'incontinence urinaire d'effort avant la prescription d'une rééducation périnéo-sphinctérienne. Il peut être proposé dans les cas suivants :

- si le type d'incontinence urinaire est incertain
- si on ne note aucune amélioration après prescription d'un anticholinergique dans les cas d'incontinence urinaire par impériosités
- si dans le cas d'une incontinence urinaire d'effort un traitement chirurgical est envisagé
- en cas de suspicion d'une pathologie associée (atteinte neurologique, résidu post-mictionnel, antécédent de chirurgie ou d'irradiation pelvienne...)

La cystoscopie n'est indiquée qu'en cas de pathologie tumorale suspectée. L'urographie intraveineuse et l'échographie du haut appareil urinaire ne sont pas recommandées dans le bilan initial d'une incontinence urinaire.

Concernant le traitement initial d'une incontinence urinaire en médecine générale, la rééducation périnéo-sphinctérienne (grade B), seule ou associée au biofeedback ou à l'électrostimulation (grade C), est recommandée en première intention dans l'incontinence urinaire d'effort. Cette rééducation peut être réalisée par un kinésithérapeute ou une sage-femme. Si on note une absence d'amélioration après une rééducation bien conduite (10-20 séances), il est recommandé de prendre un avis spécialisé pour une éventuelle prise en charge chirurgicale.

Les traitements comportementaux (adaptation des apports liquidiens, reprogrammation mictionnelle, calendrier mictionnel), la rééducation périnéo-sphinctérienne et l'électrostimulation sont recommandés (grade C) dans l'incontinence urinaire par impériosités. Ces traitements peuvent être également proposés en première intention chez une patiente motivée, sans troubles cognitifs et valide.

Les traitements pharmacologiques par anticholinergiques peuvent être proposés en première intention ou après échec d'un traitement comportemental et/ou une rééducation périnéo-sphinctérienne (grade B), en l'absence de contre-indication à leur utilisation, d'un traitement par anticholinestérasique et après élimination d'une rétention et d'une infection urinaire.

L'oxybutinine, la toltérodine ou le chlorure de trospium sont recommandés (grade B), il est probable que les deux dernières molécules sus-citées soient mieux tolérées. L'efficacité maximale de ces traitements est atteinte en 5-8 semaines. Les recommandations précisent qu'il est recommandé de surveiller l'apparition d'un globe urinaire surtout chez la personne âgée fragilisée. En cas d'échec ou de mauvaise tolérance il est recommandé de changer d'anticholinergique si un bilan urodynamique a été réalisé et si ce n'est pas le cas d'en réaliser un puis de demander un avis spécialisé.

On note dans ces recommandations un court paragraphe consacré spécifiquement au cas particulier de la personne âgée « fragilisée », il est recommandé :

- de réaliser un bilan cognitif préalable et de surveiller les fonctions cognitives au cours du traitement
- d'éliminer comme vu plus haut un résidu post-mictionnel ou une rétention par échographie avant la prescription d'un anticholinergique.
- De diminuer de moitié la posologie initiale des anticholinergiques et dans le cas de l'oxybutinine d'espacer les prises
- De particulièrement surveiller l'apparition d'un globe vésical.

Dans le cas de l'incontinence urinaire par regorgement, l'avis urologique est recommandé en première intention pour établir la stratégie des examens complémentaires nécessaires au diagnostic du mécanisme de regorgement et pour la décision thérapeutique.

3) Autres recommandations

En 2010, l'Association Française d'Urologie (AFU) par le biais de son comité d'urologie et de pelvipérinéologie de la femme, a proposé des recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique. Ces recommandations « essayent de proposer des attitudes réalistes et applicables » [64].

Concernant les traitements médicamenteux, les anticholinergiques restent indiqués dans l'incontinence urinaire par impériosités. Mais il est précisé l'utilité d'associer un traitement vaginal hormonal (oestrogénique) en cas d'atrophie vaginale associée. Il en est de même dans le cas d'une incontinence urinaire d'effort pour laquelle une rééducation périnéale ou une chirurgie est prévue.

Il est noté que les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine ne sont pas recommandés actuellement et qu'il n'y a pas d'indication aux traitements alpha-adrénergiques dans l'incontinence urinaire chez la femme.

La rééducation périnéale reste indiquée en première intention dans les incontinenances urinaires d'effort, en particulier en cas d'incontinence légère sans prolapsus, avec testing périnéal de mauvaise qualité et/ou si inversion de commande périnéale. 15 séances doivent suffire pour évaluer les possibilités d'amélioration de l'incontinence urinaire. Pour L'AFU cette rééducation est du domaine des kinésithérapeutes, les sages-femmes pouvant prendre en charge le post-partum.

Dans l'incontinence urinaire par impériosités, la rééducation reste indiquée en parallèle avec la prescription d'anticholinergiques, la prise en charge comportementale et le biofeedback vésical.

Ces recommandations s'attardent sur les bandelettes sous urétrales, indiquées après avis spécialisé au cours d'une incontinence urinaire d'effort ou mixte. Il est explicité que l'âge n'est pas une contre indication à la pose d'une bandelette sous urétrale mais il apparaît que le taux de guérison attendu dans la population âgée de plus de 70 ans est inférieur de 10 à 15% que chez les femmes plus jeunes. De plus le risque d'impériosités de novo et de rétention postopératoire est plus élevé.

Concernant les colpo-suspensions, celles-ci étant associées à une morbidité supérieure, fait que les indications correspondent aux contre indications des bandelettes sous urétrales.

Les injections péri-urétrales ne sont pas recommandées en première intention mais il est précisé qu'elles présentaient un bon rapport bénéfices/risques chez les patientes « fragiles », déjà opérées ou en cas de refus de chirurgie. Ces injections peuvent être répétées mais l'efficacité diminue dans le temps. Ces injections relèvent d'une prise en charge spécialisée.

Le sphincter artificiel urinaire est une option thérapeutique, toujours à la décision du spécialiste, les indications dépendent de plusieurs paramètres : sévérité de l'incontinence urinaire, insuffisance sphinctérienne avec manœuvres de soutien urétral négatives, récurrence post-chirurgicale de l'incontinence urinaire.

Concernant la neuromodulation sacrée dans le cadre de l'hyperactivité vésicale, elle n'est pas indiquée si une rééducation et/ou un traitement anticholinergique n'ont pas été essayés.

Les injections de toxine botulique dans le cadre de l'hyperactivité vésicale doivent être réservées à des indications très ciblées de deuxième ou troisième ligne, après échec ou intolérance des traitements recommandés.

La thérapie cellulaire n'a pas encore d'indication précise, elle ne se conçoit actuellement que dans le cadre d'essais cliniques.

On note un paragraphe concernant les traitements palliatifs de l'incontinence urinaire, précisant que les palliatifs absorbants « ne peuvent se concevoir que de façon très ponctuelle en attendant l'efficacité d'un traitement curatif ou plus durablement si aucune autre prise en charge n'est envisageable ». Il est recommandé de choisir le modèle le plus adapté à l'importance de l'incontinence urinaire et à la conformation de la patiente.

Emanant toujours de l'Association Française d'Urologie, on retrouve des recommandations spécifiques pour le traitement palliatif de l'incontinence urinaire non neurologique de la femme [32].

Il est précisé qu'ils trouvent leur place soit de façon temporaire en attendant une prise en charge curative comme vu plus haut, soit de façon définitive chez les patients « trop fragiles pour permettre un autre traitement ».

Les palliatifs absorbants ne doivent trouver leur place que si les autres thérapeutiques se sont révélées être un échec. Il convient de trouver le modèle adapté à l'importance de l'incontinence urinaire et ces protections doivent épouser au mieux les formes du corps. Le but de ces produits est d'assurer la meilleure efficacité possible tout en alliant confort et discrétion.

Concernant les palliatifs non absorbants, le pessaire est indiqué en cas de prolapsus associé. Le changement doit être régulier (au maximum tous les 3 mois). La tolérance vaginale doit être acceptable à long terme.

Les tampons vaginaux ne se conçoivent que chez les patientes gênées ponctuellement.

Les dispositifs externes (poches adhésives) posent des problèmes d'adhérence et d'étanchéité, le cathétérisme urétral permanent ou intermittent peut être proposé lorsqu'il s'agit de fuites par regorgement mais le port d'une sonde à demeure expose au risque d'infection dans environ 80% des cas.

4) Evaluation de thérapeutiques spécifiques

La revue de littérature a également ramené de nombreux articles traitant spécifiquement d'une thérapeutique donnée de l'incontinence urinaire : traitements comportementaux, anticholinergiques, rééducation périnéale...

Les traitements comportementaux sont préconisés en premier lieu pour les personnes âgées fragiles et dépendantes, ils reposent sur une programmation mictionnelle (calendrier mictionnel), une réadaptation fonctionnelle (mobilisation, activité physique, réadaptation à la toilette). La définition de cette prise en charge n'est pas encore bien précise, gênant en conséquence l'élaboration de conclusions quant à leur efficacité [65]. Ces traitements semblent d'une efficacité modeste dans l'incontinence urinaire diurne mais ils restent intéressants du fait de leur innocuité [66]. Concernant les personnes âgées fortement dépendantes (sur le plan physique et/ou cognitif), les mictions programmées, la mobilisation, l'activité physique, la régulation du transit et l'utilisation de palliatifs absorbants adaptés semblent améliorer la symptomatologie [66 - 67].

Concernant les traitements médicamenteux anticholinergiques, de nombreuses études évaluent leur efficacité et leur tolérance chez la personne âgée (de plus de 65 ans), cependant peu d'études portent sur les personnes âgées « fragiles ».

Des études montrent l'efficacité des anticholinergiques dans le cadre de l'incontinence urinaire mixte (NP3) chez la personne âgée de plus de 65 ans [68, 69], une autre étude rapporte les mêmes conclusions (NP3) chez le sujet âgé de plus de 75 ans [70]. On note une étude réalisée en 2002 et comparant l'utilisation de la tolterodine à libération prolongée chez des sujets jeunes et chez des sujets âgés, elle montre une efficacité comparable dans les deux populations [71].

On retrouve également quelques études réalisées sur des femmes âgées fragiles ou vivant en institution, l'une d'entre elles montre que l'efficacité de l'oxybutinine est comparable au placebo (NP4) [72]. Un essai contre placebo a étudié l'adjonction de l'oxybutinine à une prise en charge comportementale et montre que cette association n'entraîne pas de nette amélioration imputable au médicament (NP3) [73].

Concernant les études réalisées sur des personnes âgées sans s'intéresser aux « fragiles », la tolérance des anticholinergiques est rapportée comme bonne [68 – 71].

Par rapport à la tolérance « cognitive » de ces traitements on note des résultats différents selon les études. L'une d'elle réalisée sur 4 semaines et sur des sujets âgés atteints de démence ne montre pas d'aggravation des troubles cognitifs mais n'étudie pas l'impact à long terme de l'anticholinergique (étude réalisée sur l'oxybutinine) [74].

A contrario plusieurs études montrent que les anticholinergiques peuvent entraîner des troubles comparables au « déclin cognitif léger » (NP2) [75] et pour Cancelli et al., les traitements aux propriétés anticholinergiques sont un facteur de risque de déclin cognitif léger [76]. Des études comparent les différents traitements anticholinergiques entre eux concernant leur impact cognitif, il apparaît qu'il n'est pas le même selon la molécule utilisée et il semble qu'il soit bien confirmé pour l'oxybutinine. Ces effets seraient théoriquement moins présents avec le trospium car cette molécule traverse peu la barrière hémato-encéphalique [77].

Concernant l'hormone antidiurétique par voie orale (desmopressine), une étude [78] réalisée chez la femme âgée incontinente et dépendante montre une efficacité modeste (NP3) sur l'incontinence urinaire nocturne mais cette molécule ne dispose pas d'AMM chez le sujet âgé de plus de 65 ans, de plus elle est souvent responsable d'hyponatrémie. Notons également que cette molécule n'est pas mentionnée dans les recommandations de bonnes pratiques.

Plusieurs études évaluant l'efficacité de la rééducation périnéale chez la personne âgée ont été retrouvées mais elles ne s'intéressent pas aux sujets « fragiles » ni à ceux atteints de troubles cognitifs.

L'efficacité de cette thérapeutique, selon une étude comparative réalisée sur des femmes âgées de 55 à 92 ans (moyenne d'âge 67 ans) est supérieure à celle obtenue avec l'oxybutinine [79].

Les différentes techniques de rééducation (étudiées chez des femmes âgées non démentes) : biofeedback, feedback verbal, autorééducation, sont d'efficacité comparable mais le feedback verbal donne un meilleur « indice de satisfaction » [80].

Peu d'études semblent donc s'intéresser aux personnes âgées « fragiles », 3 études portent sur cette population (mais excluent les sujets déments). La première, réalisée sur des femmes polypathologiques de 56 à 90 ans, montre que l'efficacité est indépendante des comorbidités, de l'âge ainsi que de la motivation au traitement [81]. La deuxième étude, réalisée sur des sujets âgés « fragiles » (au moins sur le critère de l'âge) montre avec l'avancée en âge une moins bonne adhésion au traitement rééducatif mais montre que l'efficacité est indépendante de l'autonomie, de la coopération et de la sévérité de l'incontinence urinaire [82]. La troisième compare dans cette population la prise en charge comportementale (conduite aux toilettes sur la base du calendrier mictionnel) et des mesures de rééducation plus complexes, elle conclut à une amélioration par la prise en charge comportementale et conseille leur mise en œuvre avant la rééducation périnéale [83].

Ces études montrent que la rééducation périnéale associée à une prise en charge comportementale, du fait de la bonne tolérance, est un traitement à envisager en première intention chez les personnes âgées « fragiles ». Cependant cette rééducation nécessitant une participation active du sujet est limitée par le déclin cognitif.

Les prises en charge chirurgicales de l'incontinence urinaire (bandelette sous urétrale, colpo-suspension, sphincter artificiel) ainsi que les injections péri-urétrales et la neuromodulation sacrée ont été évoquées dans le paragraphe concernant les recommandations de bonnes pratiques [64] autres que celles publiées par l'ANAES.

- ➔ Une réversibilité de l'incontinence urinaire chez le sujet âgé estimée entre 20 et 30%
- ➔ La non-réversibilité d'une incontinence urinaire apparue récemment, associée à un déclin fonctionnel et après prise en charge rééducative est un facteur de risque à 6 mois de mortalité et/ou d'entrée en institution
- ➔ Des recommandations de l'ANAES qui datent de 2003, non remises à jour depuis par l'HAS, et non spécifiques à la personne âgée
- ➔ Le diagnostic d'incontinence urinaire est un diagnostic d'interrogatoire
- ➔ Un examen uro-gynécologique est recommandé et en terme d'examen complémentaire seul l'ECBU est recommandé en première intention
- ➔ Seuls les anticholinergiques dans l'incontinence urinaire par impériosités et la rééducation périnéo-sphinctérienne dans l'incontinence urinaire d'effort sont de grade B
- ➔ Les anticholinergiques sont un facteur de risque de déclin cognitif léger (NP2) mais il n'est pas le même selon la molécule utilisée
- ➔ Il est recommandé de réaliser un bilan cognitif préalable et de surveiller les fonctions cognitives au cours du traitement par anticholinergiques chez la personne âgée fragilisée
- ➔ Les traitements palliatifs de l'incontinence urinaire sont recommandés de façon très ponctuelle en attendant l'efficacité d'un traitement curatif ou plus durable si aucune autre prise en charge n'est envisageable
- ➔ La rééducation périnéale associée à une prise en charge comportementale est un traitement à envisager en première intention chez les personnes âgées fragiles

E) Impact et vécu de l'incontinence urinaire chez le sujet âgé

Déjà chez le patient de moins de 65 ans l'incontinence urinaire a un impact considérable sur la qualité de vie tant physique que mentale, surtout si l'incontinence est de type urgenturies. Les femmes souffrant d'incontinence urinaire jugent leur état de santé comme « médiocre » et ce d'autant plus si elles sont jeunes et que les pertes urinaires sont importantes [84].

Les hommes consultent moins souvent que les femmes mais demandent plus rapidement et plus souvent de l'aide lors d'incontinence urinaire [85].

Seulement la moitié des personnes incontinentes demandent de l'aide. Les patients ne consultant pas pensent que l'incontinence urinaire est liée à l'âge, qu'elle est hors de toute ressource thérapeutique et une conséquence inévitable d'atteinte de la prostate chez l'homme et d'un prolapsus vaginal pour les femmes. Une autre cause de non consultation est la gêne d'aborder ce sujet intime voire tabou avec leur médecin, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes. Les hommes souffrent surtout de stress émotionnel dans leur vie quotidienne [86].

Comparativement les hommes sont plus atteints dans leur qualité de vie que les femmes, et sont souvent moins bien pris en charge que les femmes par les soignants [87].

On sait que l'utilisation de protections augmente la qualité de vie des patients souffrant d'incontinence urinaire, 87% des femmes en utilisent mais seulement 15% des hommes, ces derniers utilisent souvent des protections conçues pour les femmes (alors que des protections spécifiques existent) ou les façonnent eux-mêmes. 2/3 des femmes sont satisfaites de leur protections contre seulement la moitié des hommes. Ces différences s'expliquent en partie par une gêne plus importante pour les hommes liée à l'achat de protections (souvent au rayon des protections féminines ou à demander à leur pharmacien) alors que les femmes ont l'habitude d'en utiliser [88].

Les normes sociales et les symboles culturels qui entourent les parties intimes du corps affectent la façon dont les soins sont organisés selon l'âge, le sexe, la culture et le niveau social. L'incontinence urinaire renvoie souvent à une image déficitaire de la vieillesse. Perdre le contrôle physique sur les fluides corporels semble mettre à mal l'identité et la dignité de l'individu, et a un impact négatif sur ses relations sociales et intimes [89].

- ➔ Seulement la moitié des personnes incontinentes demandent de l'aide
- ➔ Les hommes sont plus atteints dans leur qualité de vie que les femmes et sont souvent moins bien pris en charge par les soignants
- ➔ L'incontinence urinaire renvoie à une image déficitaire de la vieillesse
- ➔ Impact négatif sur les relations sociales et intimes

II/ Recherche bibliographique à partir des principaux intervenants

A) Médecin généraliste

Comme nous l'avons vu dans le paragraphe consacré aux recommandations de bonnes pratiques, l'ANAES a publié en 2003 des recommandations sur l'incontinence urinaire de la femme destinées aux médecins généralistes [63]. La recherche active d'une incontinence urinaire est justifiée par sa prévalence élevée, l'insuffisance de consultations pour ce motif, ou qu'elle peut être le reflet d'une autre pathologie et bien sûr le fait qu'il existe des thérapeutiques efficaces. Certains facteurs de risque d'incontinence urinaire sont réversibles et peuvent bénéficier d'un traitement spécifique. Ces recommandations précisent à l'occasion de quels motifs de consultation une incontinence urinaire peut être recherchée :

- symptômes en rapport avec la sphère uro-génitale (pré ou post natal, demande ou renouvellement de contraception, suivi de ménopause...)
- toux chronique
- diabète
- constipation ou incontinence fécale
- certificat de non contre-indication à la pratique sportive
- atteinte neurologique

On remarque que ces motifs de consultation peuvent concerner la personne âgée. Par extension et même si ces recommandations concernent la femme, ces motifs de consultation peuvent intéresser les hommes âgés. Nous ne revenons pas sur le détail de ces recommandations, celui-ci étant vu au paragraphe correspondant.

Un article paru en 2002 précise le rôle des médecins généralistes et des gériatres dans le traitement des urgences et de l'incontinence urinaire [90]. Cet article réprecise les « freins » des patients pour aborder le problème de l'incontinence urinaire : embarras, peur de la chirurgie et l'idée répandue que l'incontinence urinaire est une « conséquence naturelle » de l'âge avancé. L'article souligne également que de nombreux médecins généralistes n'ont pas reçu une formation suffisante concernant l'incontinence urinaire et sa prise en charge. Tous les patients d'âge supérieur à 70 ans devraient être directement questionnés sur les symptômes évoquant une incontinence urinaire.

Les causes réversibles, résumées par l'anagramme « DIAPPERS », doivent être recherchées, idem pour les antécédents médicaux (diabète, accident vasculaire cérébral, traumatisme de la moelle épinière...), chirurgicaux et obstétricaux. L'examen clinique général, l'évaluation de la mobilité et de la dextérité au déshabillage et l'évaluation de l'état cognitif sont recommandés tout comme l'examen gynécologique et pelvien. La recherche d'un résidu post-mictionnel par échographie est utile.

Le rapport HAAB, paru en 2007 [5], souligne que le médecin généraliste doit être le « premier acteur de la prise en charge de l'incontinence urinaire ». Ceci étant justifié par la haute prévalence de la pathologie, son impact en termes de Santé Publique et le fait que sa prise en charge initiale repose principalement sur une démarche d'interrogatoire et d'examen clinique. 67% des patients souffrant d'incontinence urinaire consultent en premier leur médecin généraliste pour ce problème.

Le rapport souligne également la formation insuffisante des médecins sur l'incontinence urinaire : seulement 1 heure d'enseignement théorique au cours du deuxième cycle des études médicales. En ce sens une modification de l'item portant sur l'incontinence urinaire a été proposée, à savoir l'inclusion de la prise en charge alors que jusque là la question concerne uniquement les aspects diagnostiques.

Ce rapport propose également d'améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale mais il existe un décalage important entre la France et les autres pays européens concernant le remboursement par la Sécurité Sociale de ces traitements. La France est un des derniers pays où le traitement de cette pathologie repose essentiellement sur la prescription de molécules anciennes de première génération et ceci a pour conséquence une mauvaise observance en lien avec un rapport efficacité/tolérance médiocre (80% des patients arrêtent le traitement dans les 3 mois suivant la prescription). Cela génère également une réticence des praticiens à utiliser ces traitements en gériatrie, notamment en raison de l'impact sur les fonctions cognitives.

B) Infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat

Que ce soit à domicile, en institution ou à l'hôpital, les Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE), de par la proximité que ces professionnels de santé ont avec les patients, sont à une place privilégiée pour intervenir sur l'information, la prévention, la reconnaissance et le traitement de l'incontinence urinaire [18].

En raison de leur proximité avec le patient âgé, l'IDE est le(la) mieux à même de dépister la présence d'une incontinence urinaire. Dans son rôle propre l'IDE doit également discuter avec le patient et mettre en place, avec sa participation, des interventions pour diminuer l'incontinence urinaire qui sont largement basées sur la mobilisation, l'alimentation et l'hygiène.

Parmi les recommandations d'« actions IDE » à entreprendre de manière systématique devant une incontinence urinaire, la plus efficace semble être l'établissement d'un horaire personnalisé de déclenchement de la miction en fonction des besoins d'élimination du patient et selon ses habitudes de mictions identifiées par le calendrier mictionnel pendant 3 jours [91].

De façon similaire aux médecins et aux professionnels de santé travaillant auprès de personnes âgées, les IDE s'intéressent peu à l'incontinence urinaire et manquent de connaissances dans la prise en charge de celle-ci [20, 92], d'autres pensent comme les patients que l'incontinence urinaire est un phénomène « normal » en lien avec l'âge [93]. Cependant, elles reconnaissent que l'incontinence urinaire a de sérieuses conséquences sur la santé des personnes âgées [94], notamment au niveau de l'altération de l'autonomie fonctionnelle dans ses dimensions physiques et psychologiques [95].

Un autre article montre que bien qu'il existe de nombreuses échelles d'évaluation de l'incontinence urinaire ainsi que des guides de soins, les IDE y ont peu recours [96].

En 2006, un auteur a montré que la prévention de l'incontinence urinaire fait partie d'une prise en charge infirmière plus large qui inclut la prévention du déclin fonctionnel. Cette prévention doit être mise en place dès l'admission d'une personne âgée à l'hôpital [97]. D'autres auteurs ont montré l'efficacité des « programmes de maintien fonctionnel » dans les activités de la vie quotidienne telles que la marche, la toilette, l'habillage, les repas et les déplacements, les IDE contribuent à réduire le déclin fonctionnel de manière générale mais également à diminuer l'incontinence urinaire en particulier [98].

Plusieurs études démontrent l'efficacité de la pratique infirmière en matière de prévention de l'incontinence urinaire [99 – 102]. Plus spécifiquement, Gantz et al. en 2010 [100] ont montré que les soins d'IDE formés en gériatrie et travaillant en co-référence avec un gériatre (programme collaboratif et coordonné par les IDE) influençaient positivement les symptômes et la perception de la qualité de vie de personnes âgées atteintes d'incontinence urinaire.

Des auteurs allemands ont également montré en comparant le coût de prise en charge de l'incontinence urinaire par des médecins généralistes à celui généré par des IDE spécialisé(e)s en incontinence, que cette prise en charge est au moins aussi efficace tout en générant des coûts moins élevés [99].

Un autre article montre que des facteurs externes tels que la charge de travail, le type de patients, l'environnement, la formation, le soutien des autres soignants, les directives institutionnelles ou le caractère de l'institution sont également des déterminants de la prise en charge de l'incontinence urinaire [103].

Une étude réalisée en Suisse en 2013 [18] a montré que les interventions infirmières concernant l'incontinence urinaire sont peu nombreuses à l'hôpital et sont pour la plus grande part de type palliatif (45% d'interventions palliatives versus 28% d'interventions préventives ou curatives). Ceci confirme les résultats d'autres études réalisées auparavant [19, 20, 104, 105].

L'étude réalisée par Cheater [19] montre que les IDE identifient d'avantage l'incontinence urinaire comme un problème dans les services de « moyen séjour » que dans les autres services. Il affirme également que le côté psychologique tel que la perte d'estime de soi, l'altération de l'image de soi, la culpabilité, la honte et la dépression ne sont absolument pas pris en compte.

La problématique de l'incontinence urinaire, bien que d'apparence « banale » (et souvent comme nous l'avons vu précédemment vécue comme une « conséquence » du vieillissement), est centrale dans la vie des personnes âgées hospitalisées mais elle reste néanmoins trop peu prise en compte par les IDE alors qu'elles peuvent compter sur des guides de bonnes pratiques [18]. Cette étude en déduit que l'incontinence urinaire n'est pas nécessairement considérée comme une déficience pour laquelle un large spectre d'interventions doit être mis en place car ce sont les interventions palliatives que l'on retrouve le plus souvent. Ces interventions ne sont corrélées à aucune variable sociodémographique dénotant un manque de soins « personnalisés ».

- ➔ Le médecin généraliste doit être le premier acteur de la prise en charge de l'incontinence urinaire
- ➔ Les IDE ont une place privilégiée pour intervenir sur l'information, la prévention, la reconnaissance et le traitement de l'incontinence urinaire
- ➔ Formation insuffisante des médecins et des IDE sur l'incontinence urinaire
- ➔ Des échelles d'évaluation de l'incontinence urinaire peu utilisées
- ➔ Des interventions de type palliatifs sont le plus souvent retrouvées en hospitalier et non pas de dépistage ou de prévention

III/ Analyse des résultats

A) Constat général

La littérature concernant l'incontinence urinaire du sujet âgé est de manière générale bien fournie et aborde de nombreux thèmes. Nous avons dans un premier temps été frappés de constater qu'environ 90% des publications sur le thème de l'incontinence urinaire concernent les femmes.

Nous constatons également l'absence quasi-totale d'articles concernant les déterminants décisionnels du passage à l'utilisation de palliatifs dans le cadre de l'incontinence urinaire. Ainsi nous allons donc chercher ces déterminants à partir des résultats de la revue de littérature.

Par contre nous avons retrouvé de nombreux articles traitant directement des palliatifs absorbants, ceux-ci de manière générale sont très techniques et présentent de nombreux résultats statistiques (efficacité d'un type de produit, taux de satisfaction des usagers, comparaison entre différentes gammes ou produits...). Cette « lourdeur » statistique rend la lecture et la compréhension de ces articles très fastidieuse.

Les articles traitant des différentes possibilités thérapeutiques dans l'incontinence urinaire du sujet âgé sont nombreux, cependant on remarque que peu d'études incluent des patients très âgés.

Nous noterons également l'absence en France de recommandations émanant de la Haute Autorité de Santé (HAS) spécifiques à la prise en charge de l'incontinence urinaire chez le sujet âgé (quelques lignes seulement au sein des recommandations concernant l'incontinence urinaire chez la femme adulte).

Pour ce qui est de l'épidémiologie, nous notons un nombre élevé d'articles, concernant différents pays et toutes les catégories d'âge. On remarque cependant que les mesures d'incidence peuvent fortement varier d'un pays à l'autre et même au niveau national. La prévalence de cette pathologie semble de manière générale très élevée dans la population âgée.

Les articles traitant de la vision de l'incontinence urinaire et son ressenti par les patients âgés sont en nombre conséquent, et nous avons également retrouvé des articles traitant de la vision de la pathologie par les soignants eux-mêmes. Cette catégorie d'articles concerne surtout les paramédicaux et notamment les infirmiers diplômés d'Etat (IDE). Les conséquences de l'incontinence urinaire chez le sujet âgé sont bien décrites, notamment concernant l'altération de la qualité de vie et la perte d'autonomie qui en découlent.

B) Déterminants de la prise en charge palliative de l'incontinence urinaire du sujet âgé

A partir de cette revue narrative de la littérature sur l'incontinence urinaire du sujet âgé nous avons tenté d'identifier de potentiels déterminants pouvant amener les patients à utiliser des palliatifs absorbants afin de traiter leur pathologie.

La revue de littérature nous a clairement montré les possibilités thérapeutiques variées concernant cette pathologie ainsi que leur efficacité, pourtant il semble que la solution palliative soit trop rapidement envisagée.

Ces potentiels déterminants ont été classés suivant les différents acteurs concernés, directement ou indirectement, par l'incontinence urinaire du sujet âgé.

- 1) Industriels
- 2) Médecins généralistes et hospitaliers
- 3) Pharmaciens en officine
- 4) Administration des établissements de soins et d'hébergement
- 5) Paramédicaux : kinésithérapeutes et sages-femmes
- 6) Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat, Aides-soignant(e)s, Auxiliaires de vie
- 7) Le patient lui-même

1) Industriels

Comme nous l'avons vu dans la partie « Economie et coûts » de la revue de littérature, le marché des palliatifs absorbants est très lucratif. Cette constatation n'est pas valable uniquement en France. On notait également que ce marché est en constante augmentation.

Les articles concernant l'épidémiologie montrent une forte prévalence de la pathologie chez la personne âgée. En parallèle les estimations de l'INSEE montrent à l'horizon 2060 une proportion supérieure à 25% des personnes de plus de 65 ans dans la population générale [106]. Le marché des palliatifs absorbants étant déjà très rentable, on note qu'il est également très « porteur », le nombre de sujets pouvant bénéficier des palliatifs absorbants étant en constante augmentation. Il est difficile de penser que les fabricants soient prêts à laisser dépérir un marché aussi lucratif et « prometteur ». D'où l'enjeu pour eux de « fidéliser » les futurs utilisateurs par des campagnes publicitaires dans les médias (spots publicitaires audiovisuels, échantillons gratuits, bons de réduction...).

Les industriels démarchent eux-mêmes auprès des établissements de soins. Le choix des palliatifs par les établissements repose sur des appels d'offre, ceci exposant au risque de choix « orienté par les coûts ».

Les mêmes industriels proposent également des formations pour les soignants, ils peuvent ainsi orienter indirectement les prises en charge en vantant les mérites des protections qu'ils proposent. L'énumération des « bénéfices » d'une marque précise de protections, risque de faire oublier au soignant les conséquences psychiques de l'incontinence urinaire et de délaisser ainsi les autres possibilités de prise en charge. N'existe-t-il pas un risque que le fabricant oriente les soignants, les directeurs d'établissements

d'hébergement ou hospitaliers vers le choix des palliatifs absorbants les plus complets car les plus onéreux, sous le prétexte de la « sécurité » ?

Les campagnes publicitaires via les médias et les différentes actions de communication, comme par exemple les fiches d'information sur l'incontinence urinaire disponibles en libre service dans les officines ou les hôpitaux, en association avec le vieillissement de la population et la volonté de « mobilité prolongée » contribuent à la banalisation de cette pathologie. De la même façon, contribuent-ils également au renforcement du « tabou » de l'incontinence urinaire en sous-entendant qu'il s'agit d'une pathologie « à cacher » ?

Une des stratégies les plus payantes est la « fidélisation » des usagers, tout semble bon pour cela. Il s'agit donc de fidéliser une clientèle importante quant à une pathologie qui reste taboue. Le laboratoire Hartmann (un des principaux acteurs du secteur) distribue des « fiches discrétion » ainsi que des cartes de fidélité pour les patients, ce depuis 2008. Les packagings de cette marque portent depuis 2010 la mention d'un site d'information www.entouteconfiance.fr sur internet, associé à un numéro vert. Il s'agit également d'un moyen de fidélisation des patients. Internet semble également être un vecteur de diffusion des palliatifs absorbants, la vente en ligne permet un anonymat quasi-total lors de l'achat. Le patient bénéficiera sur le même site des informations concernant sa pathologie et de la possibilité d'en acheter (www.tena.fr, www.vania.com, etc.).

Les stratégies de vente peuvent également influencer les patients, le laboratoire TENA/SCA mise sur l'anonymat de l'achat en concentrant leur distribution dans les grandes surfaces et en jouant sur le prix et le volume.

L'élargissement volontaire des gammes est aussi un moyen de fidélisation, les patients ne se retrouvant jamais sans une gamme pouvant mieux répondre

à leurs attentes (confort, absorption, discrétion...). Cela incite le patient à poursuivre sa gestion « autonome » de sa pathologie.

Les fabricants de palliatifs absorbants constituent également des réseaux d'officines partenaires, auxquelles ils font bénéficier de conditions commerciales particulières, ici c'est le pharmacien que l'on fidélise. Les fabricants organisent également des formations pour les officines sur la gestion « au comptoir » de l'incontinence urinaire.

Les produits proposés aux patients, ou présentés lors de formations (dispensées par les fabricants eux-mêmes), sont souvent montrés en mettant l'accent sur le peu d'effets indésirables générés par le port de ceux-ci, laissant ainsi penser (patients et soignants) que leur mise en place n'est pas délétère. De plus ces formations étant orientées vers les palliatifs absorbants elles ne véhiculent pas l'idée que d'autres thérapeutiques efficaces existent.

Cependant, il ne s'agit pas de faire le procès des fabricants de palliatifs absorbants, ce marché étant très rentable il agit comme un levier de croissance économique. Cette croissance est générale mais également locale avec la création d'emplois supplémentaires (distribution, publicité, conseil...), c'est la *Silver Economy*. De plus les fabricants investissent dans le développement et la recherche.

2) Médecins généralistes et hospitaliers

La position du médecin généraliste le rend premier acteur de la prise en charge de l'incontinence urinaire quelque soit l'âge de son patient.

Comme nous l'avons vu en introduction, la physiologie de la miction ainsi que la physiopathologie de l'incontinence urinaire sont des domaines très complexes. Elles font appel à des notions poussées en neurologie et en anatomie. Des notions sur la physiologie du vieillissement sont également

nécessaires à sa compréhension. Ceci rend l'autoformation difficile et chronophage pour un médecin non spécialiste qui souhaiterait avoir dans ce domaine une base de connaissances solide et actualisée.

Le rapport HAAB, publié en 2007 [5], souligne la formation « déficiente » des futurs médecins en deuxième cycle des études médicales sur la thématique de l'incontinence urinaire (une heure d'enseignement en moyenne) et celle-ci concerne plus le diagnostic que la prise en charge. S'agissant d'un domaine mal maîtrisé en général, le praticien pourrait inconsciemment être amené à ne pas rechercher de symptômes évoquant une incontinence urinaire.

En parallèle et notamment dans le milieu hospitalier des formations courtes sont organisées sur les palliatifs absorbants mais encore une fois dispensées par les fabricants eux-mêmes. Ils peuvent ainsi vanter le mérite de leurs protections ainsi que de leur relative « innocuité ». Là encore les praticiens pourraient inconsciemment penser que même si une incontinence urinaire est installée, il existe donc une solution palliative qui semble être suffisante car présentée par les fabricants comme efficiente en tout point ?

Nous avons vu dans la revue de littérature qu'il existe des études comparatives entre les différents dispositifs palliatifs absorbants disponibles sur le marché mais elles sont d'abord difficile en raison de leur lourdeur statistique, de leur diversité (comparaison entre différentes gammes, différents dispositifs au sein d'une même gamme...), tout cela en anglais, rendant ainsi leur lecture fastidieuse. Cela peut indirectement agir comme un frein pour les praticiens désireux d'approfondir leurs connaissances dans ce domaine afin de conseiller au mieux leurs patients. Consciemment ou non cela peut amener le praticien à passer outre le problème d'incontinence urinaire chez ses patients. Ces derniers seront encore une fois livrés à eux-mêmes pour autogérer leur pathologie.

Le nombre d'articles concernant la prise en charge de l'incontinence urinaire est élevé, montrant ainsi qu'elle est complexe et surtout multifactorielle. Les versants à explorer sont variés : tonicité musculaire, mobilité, recherche de troubles cognitifs, de signes infectieux... Le diagnostic du type d'incontinence n'est pas toujours aisé, une analyse globale du patient étant nécessaire, est-ce toujours compatible avec le temps habituel de consultation (entre 15 et 30 minutes en moyenne) ? Le praticien n'est-il pas une nouvelle fois tenté de passer outre car la prise en charge de cette pathologie est très chronophage ? Les médecins généralistes étant déjà en proie à une surcharge de travail ainsi qu'à une lourdeur administrative.

Dans la même thématique, le praticien sait déjà qu'un patient âgé prendra plus de temps en consultation qu'un patient plus jeune car polypathologique et souvent polymédiqué. Le patient mettra plus de temps à se déshabiller ou s'installer sur la table d'examen et il nécessitera peut-être même l'aide du praticien pour cela. Notons qu'une seule consultation par an peut être cotée à 2C chez un patient âgé en Affection Longue Durée. Donc encore une fois le praticien qui aura déjà « consommé » du temps de consultation pour l'examen clinique de base et la réévaluation du traitement habituel pourrait ne pas souhaiter prolonger cette consultation en entrant dans la prise en charge d'une pathologie aussi complexe. Là encore le patient risque d'être amené à autogérer sa pathologie en utilisant des palliatifs absorbants.

Nous avons également vu précédemment qu'il existe un tabou concernant l'incontinence urinaire (« don't ask, don't tell » *Ne pas demander ni en parler*). Il est difficile ou gênant d'évoquer les symptômes en lien avec une incontinence urinaire devant son médecin, les patients la plupart du temps n'en parlent pas d'eux-mêmes. Ce ressenti peut-il être également partagé par le médecin ? Ne pourrait-il pas lui-même être gêné d'aborder tout problème en lien avec la sphère uro-génitale ? Ce phénomène ne pourrait-il pas être majoré en cas de sexe opposé patient-médecin ? Il peut être plus difficile pour une patiente d'aborder cela si son médecin est un homme et inversement.

Il s'agit donc souvent d'une consultation à « aller chercher » avec les patients car ils n'en parlent pas d'eux-mêmes et il revient au médecin d'aborder la question. Rappelons d'ailleurs que pour cela les recommandations précisent des motifs de consultation pour lesquelles le praticien peut entrer dans la thématique de l'incontinence urinaire. Cependant, le praticien qui n'est pas à l'aise avec cette pathologie peut consciemment ou non éviter de s'y confronter.

Cependant, si le problème est identifié et que le médecin et son patient souhaitent une prise en charge, nous avons encore repéré d'autres obstacles potentiels et donc de déterminants pouvant laisser évoluer une incontinence urinaire vers la prise en charge palliative.

Ainsi nous avons vu qu'il n'existe pas ou peu de recommandations spécifiques pour la prise en charge de l'incontinence urinaire du sujet âgé, le praticien devra donc se baser sur des recommandations générales concernant l'adulte, et surtout la femme. Ceci peut mettre le praticien en difficulté car nous avons vu que cette pathologie est multifactorielle chez la personne âgée.

On note la mention d'un examen gynécologique indispensable à l'évaluation d'une incontinence urinaire chez la femme. Malheureusement cet examen est en réalité peu fait en médecine générale. Un article paru en 2013 montre les déterminants de la pratique gynécologique en médecine générale [107] : faible équipement et agencement inapproprié du cabinet (pas de paravent...), pas d'étrier sur la table d'examen, méconnaissance de l'intérêt du frottis cervico-utérin et de sa réalisation, doute sur les compétences propres du praticien, manque d'intérêt du praticien pour la discipline, formation inadaptée des futurs médecins généralistes qui doivent choisir entre un stage pédiatrique ou gynécologique, idée reçue chez les praticiens masculins qui pensent que les patientes préfèrent être examinées par une femme, familiarité avec les patients connus de longue date. Du côté des patients, la pudeur, la crainte d'un examen douloureux ou la peur de découvrir une pathologie, tabou sur les symptômes liés à la sphère génitale... Il est aisé de comprendre qu'en l'absence d'un examen gynécologique bien conduit la prise en charge de l'incontinence urinaire risque de ne pas être adaptée, cet examen étant nécessaire au diagnostic du type d'incontinence urinaire. Par exemple, le diagnostic de prolapsus ne peut être posé sans examen gynécologique. Le praticien n'ayant pas cette base clinique en sa possession peut être amené à passer outre les symptômes d'une incontinence urinaire ou à ne pas les rechercher. Encore une fois l'autogestion par le patient de sa pathologie risque de s'installer et de fait le conduire aux palliatifs absorbants.

Nous avons vu que les traitements médicamenteux de l'incontinence urinaire sont parfois mal tolérés par le sujet âgé, les anticholinergiques notamment peuvent être un facteur de risque de MCI (Mild Cognitive Impairment). Certains praticiens, par sécurité, pourraient être amenés à ne pas utiliser cette classe thérapeutique chez leurs patients âgés, malgré leur efficacité prouvée. Il n'est pas exclu non plus qu'un praticien ayant initié un traitement de ce type soit amené à le stopper en raison d'effets indésirables bien réels, ou encore le patient peut décider pour les mêmes raisons de stopper son traitement et n'en reparlera pas forcément avec son médecin. La non-utilisation ou l'abandon de ce versant thérapeutique peut amener le patient vers les palliatifs absorbants.

Le nombre de mictions peut augmenter dans les cas d'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale, mais il peut être le fait d'une autre pathologie ou en lien avec un traitement. Le praticien peut être amené à lui-même conseiller le port de palliatifs absorbants notamment la nuit afin de minimiser les réveils nocturnes ou éviter les chutes. La mise en place de palliatifs absorbants « nocturnes » peut par la suite évoluer vers un port permanent.

Nous avons également vu que la prise en charge de l'incontinence urinaire est multidisciplinaire et pluriprofessionnelle. Elle fait appel si besoin à des médecins spécialistes (urologues, échographistes, gynécologues, gériatres, neurologues...) ainsi qu'à des professions paramédicales (kinésithérapeutes, sages-femmes, ergothérapeutes...). Si le médecin généraliste a besoin d'un avis spécialisé, il peut être dépendant de la carte sanitaire de son secteur, le problème des déserts médicaux étant bien réel. Les délais de rendez-vous peuvent être longs ou parfois les spécialistes ne sont plus en mesure de prendre des patients supplémentaires au sein de leur patientèle.

« Les praticiens exerçant en France n'ont jamais été aussi nombreux et semblent en nombre suffisant pour offrir les soins nécessaires à l'ensemble de la population » (Juilhard JM, *Conseil National de L'Ordre des Médecins* – 2012), pourtant la densité médicale présente une répartition anarchique. En effet si les médecins semblent assez nombreux à l'échelle nationale il existe des disparités au niveau régional et départemental. Par exemple en 2012 la région Provence-Alpes-Côte d'Azur comptait 368 médecins pour 100000 habitants, alors que la Picardie n'en compte que 237 (*Conseils National de L'ordre des Médecins* – 2012) [108]. Ainsi le médecin généraliste souhaitant un avis spécialisé dans le domaine de l'incontinence urinaire peut voir sa prise en charge « freinée » par l'absence de spécialiste sur le plan géographique, l'étirement des distances à parcourir, ou des délais de rendez-vous trop longs. Avec le risque en conséquence de voir perdurer les symptômes et inciter le patient à se diriger vers les palliatifs absorbants en attendant une prise en charge plus adaptée, ceux-ci pouvant même dans ce cas être conseillés de façon temporaire par le médecin.

Le même problème peut survenir si le médecin souhaite avoir recours à des professionnels paramédicaux comme les kinésithérapeutes ou les sages-femmes. La prise en charge sera également dépendante de la carte sanitaire du secteur et des délais de rendez-vous. De la même façon les symptômes peuvent ainsi perdurer et le patient peut être tenté par la prise en charge palliative.

En milieu hospitalier et notamment gériatrique, la continence est généralement recueillie à l'interrogatoire infirmier pour toute admission. Malheureusement le médecin n'est rarement voire jamais sollicité concernant ce problème et sa gestion revient alors au personnel paramédical. Ainsi le médecin ne peut parfois pas agir car il n'en est pas informé, et s'il l'est, il se trouve alors en proie aux mêmes déterminants décisionnels que le médecin de ville. De plus le motif d'hospitalisation n'est jamais l'incontinence urinaire proprement dite, le médecin peut souhaiter se concentrer sur le principal motif d'hospitalisation. Ce phénomène sera encore plus marqué en service de court séjour où les patients présentent des pathologies aiguës avec donc une « priorité » à traiter car elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital, ce qui n'est jamais le cas d'une incontinence urinaire. Cette pathologie pouvant très bien être traitée en ambulatoire. Pourtant nous avons vu dans la revue de littérature l'importance des mesures de prévention et surtout de celles pouvant être mises en place pour ne pas aggraver une incontinence urinaire, l'hospitalisation étant un facteur de risque.

La prise en charge de l'incontinence urinaire en milieu gériatrique peut donc être déficiente alors qu'il s'occupe spécifiquement des personnes âgées, nous pouvons ainsi supposer qu'un patient hospitalisé en service de spécialité (cardiologie, pneumologie...) soit encore plus à risque de développer une incontinence urinaire ou de l'aggraver car la prise en charge médicale est encore plus ciblée sur une pathologie aiguë et concernant un organe précis.

3) Pharmaciens en officine

Nous avons vu précédemment qu'à ce jour les dispositifs palliatifs absorbants ne sont pas remboursés, et le taux de TVA appliqué est de 20%. Ainsi les palliatifs absorbants sont considérés comme de la parapharmacie. Le prix de vente sera déterminé par le pharmacien, ce dernier pouvant être amené à proposer ou conseiller des protections absorbantes en raison de la marge bénéficiaire lors de leur vente. N'aurait-il pas tendance à orienter les patients vers les palliatifs les plus absorbants car en général les plus onéreux ? Ainsi le pharmacien pourrait lui aussi contribuer à l'excès d'utilisation de palliatifs absorbants par les patients âgés souffrant d'incontinence ? Parfois la gestion du rayon parapharmacie est confiée à des préparateurs ou de simples vendeurs, peuvent-ils donner une information précise sur les différents dispositifs ?

Depuis 2008, le marché de l'incontinence urinaire est en léger déclin en officine (d'après Perrine Lundi, responsable du secteur Pharmacie chez Tena, dans Le Pharmacien de France n°1229 Avril 2011). Cette tendance à une moindre fréquentation des officines par les patients s'explique en partie par les déremboursements, mais également par une concurrence accrue de la grande distribution et dans une moindre mesure des enseignes spécialisées dans le maintien à domicile. Ceci n'inciterait-il pas les pharmaciens, gestionnaires d'entreprises commerciales avec les coûts que cela engendre, à tenter d'améliorer ses ventes de palliatifs absorbants afin de reconquérir ces parts de marché ?

Les pharmacies contribuent également aux actions de communication des fabricants de palliatifs absorbants, en proposant en accès libre au sein de leur officine des « fiches d'information » sur l'incontinence urinaire, rédigées et proposées par les fabricants eux-mêmes. Nous avons aussi vu que les fabricants de palliatifs absorbants organisent des formations pour les pharmaciens dans un but de « conseils au comptoir », là encore ces derniers sont incités à proposer et vendre ces dispositifs à leurs clients.

Nous avons vu dans le paragraphe traitant des déterminants décisionnels générés par les industriels que ces derniers constituent des réseaux d'officines partenaires (« fidélisation » des pharmacies) en leur proposant des conditions commerciales particulières. Les officines se retrouvent alors avec des stocks importants qu'il s'agit d'écouler en totalité comme toute entreprise commerciale. Cela n'inciterait-il pas le pharmacien à « aller chercher » le client souffrant d'incontinence urinaire et lui proposer d'emblée la solution palliative ? Ou « en attendant » une consultation médicale mais l'idée de convaincre à l'achat de palliatifs absorbants demeure.

4) Administration des établissements de soins et d'hébergement

Nous avons vu que l'incontinence urinaire chez le sujet âgé peut apparaître ou s'aggraver lors d'une hospitalisation ou d'un placement en institution. Nous avons ainsi pu relever de potentiels déterminants de la prise en charge palliative de l'incontinence urinaire du sujet âgé pouvant être en lien avec la gestion administrative des établissements de soins ou d'hébergement.

Les fabricants de palliatifs absorbants traitent directement avec l'administration des établissements, ceux-ci répondent à des appels d'offre. Les administratifs n'ayant pas de formation médicale, ne répondent-ils pas favorablement à un fabricant uniquement sur des critères financiers ? Existe-t-il un risque que la quantité soit privilégiée au détriment de la qualité des palliatifs absorbants ? Dans le même ordre d'idée leur choix ne pourrait-il pas être porté sur les palliatifs les plus absorbants afin d'en limiter le nombre utilisé par jour ?

De plus, suivant le niveau de gravité de l'incontinence urinaire des patients ou résidents, l'achat de palliatifs absorbants peut être moins onéreux que d'embaucher du personnel soignant supplémentaire avec lequel pourrait être mis en place une prise en charge comportementale de l'incontinence urinaire ou des mesures de prévention. L'avis du médecin est rarement sollicité.

Toujours en rapport avec le versant financier, il se peut que des directives émanant des administrations limitent le nombre de changes par jour afin de diminuer les coûts, par exemple 3 fois par jour avec une protection présentant un taux d'absorption élevé pour la nuit. Ces directives peuvent indirectement nuire à l'état de santé du patient si celui-ci nécessite plus de changes par jour ou s'il souille sa protection peu de temps après qu'elle ait été mise en place, il est ainsi plus exposé au risque de complications cutanées et d'infections.

Egalement dans la même thématique, on peut imaginer que les travaux d'adaptation de l'environnement institutionnel ou hospitalier soient beaucoup plus onéreux que l'achat de protections, comme par exemple l'aménagement d'un nouveau cabinet de toilette au sein d'une unité. Les hôpitaux, même « gériatriques » ne disposent pas d'une dotation aussi élevée qu'une chaise percée par chambre, pourtant dans le cas d'une hospitalisation où la pathologie causale entraîne une réduction de la mobilité l'utilisation d'un tel dispositif pourrait éviter la mise en place de changes.

Concernant les établissements d'hébergement, le financement pour la prise en charge de l'incontinence urinaire est peu élevé, il émane du Conseil Général via les grilles AGGIR (dépendance) [109] et les coupes PATHOS (soins) [110] mais l'incontinence peut rarement être cotée autrement qu'en « S1 » (simple administration de traitement). De ce fait le financement des palliatifs absorbants relève surtout du forfait « hébergement » (payé par le résident et/ou sa famille), certains EHPAD laissent même l'achat de protections à la charge des résidents ou de leur famille et ne l'incluent pas dans le « tarif journalier ».

De plus, les personnels d'établissement ont des directives concernant « l'exigence de propreté des corps et des lieux ». Un établissement « laissant » ne serait-ce qu'une heure un résident ou un patient avec des sous-vêtements, un pantalon ou une robe souillés peut rapidement être montré du doigt et générer la colère du patient ou de ses proches. Ces directives n'inciteraient-elles pas les personnels soignants à mettre en place des protections « systématiques » chez les résidents ou les patients ?

Nous avons également vu que l'incontinence urinaire renvoie à une image « dégradée » du corps, si celle-ci ne se voit pas toujours elle peut se « sentir », il est aisé de s'imaginer qu'un établissement où les odeurs d'urines sont régulièrement fortes et gênantes puisse être tenté de lutter activement contre ce phénomène. Ainsi ils pourraient amener leur personnel soignant à mettre en place de façon systématique des protections aux patients souffrant d'incontinence urinaire quelque soit son degré de gravité. Notons qu'aucun article traitant directement des odeurs n'est apparu avec les équations utilisées dans la revue de littérature. Nous comprenons également qu'un sol ou des literies régulièrement souillés d'urines génère un coût en termes de ménage et de blanchisserie.

Toute cette gestion et ces directives peuvent amener les résidents ou les patients à porter des changes « imposés » par le personnel soignant.

5) Paramédicaux : kinésithérapeutes et sages-femmes

Comme nous l'avons vu dans la revue de littérature, la rééducation périnéale et le renforcement musculaire tiennent une place essentielle dans la prise en charge de l'incontinence urinaire chez le sujet âgé avec des bénéfices prouvés. Il existe peu de données concernant la maîtrise de cette rééducation par les kinésithérapeutes. Après recueil d'informations directement auprès de praticiens exerçant en milieu hospitalier gériatrique, la formation concernant la rééducation de l'incontinence urinaire relève d'une spécialisation et donc d'une formation complémentaire facultative, au même titre que la microkinésithérapie par exemple.

La réalisation de cette rééducation de l'incontinence urinaire nécessite également un investissement en matériel spécifique (sondes, appareil d'électrostimulation...) pouvant être également un obstacle pour un cabinet de kinésithérapeute.

Il semble que nous n'atteignons pas la majorité concernant la prise en charge rééducative de l'incontinence urinaire au sein des cabinets de kinésithérapie (environ 1 cabinet sur 4), pourtant la cotation d'un acte de rééducation périnéale n'est pas plus faible comparativement à d'autres types de rééducation [111] ni même chronophage.

Dans le cas où un cabinet de kinésithérapie gèrerait la rééducation de l'incontinence urinaire, les praticiens ne pourraient-ils pas être tentés de privilégier certaines techniques moins chronophages comme le biofeedback par sonde ? Ceci pouvant générer une moindre efficacité de la rééducation et l'usage de palliatifs absorbants en parallèle.

Indirectement la répartition géographique des cabinets de kinésithérapie pouvant prendre en charge l'incontinence urinaire peut être un frein à la prise en charge en générant des déplacements itératifs en sachant les difficultés de mobilité que peuvent présenter les patients âgés. L'incontinence urinaire n'étant pas une affection de longue durée (ALD) les transports sanitaires entraînent un coût pour le patient. Là encore le patient peut être tenté de se diriger vers les palliatifs absorbants si la prise en charge rééducative est trop contraignante, que ce soit physiquement ou financièrement.

Les sages-femmes semblent se concentrer sur le post-partum, et nous avons vu dans les recommandations émanant de l'Association Française d'Urologie (AFU) que celles-ci précisent que la rééducation périnéale relève des kinésithérapeutes, les sages-femmes « pouvant prendre en charge le post-partum » [64]. L'accessibilité à un cabinet de kinésithérapie pratiquant la rééducation périnéale pouvant être difficile, le non-recours aux cabinets de sages-femmes génère une difficulté supplémentaire en restreignant les possibilités de soins.

6) Infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat, Aides-soignant(e)s, Auxiliaires de vie

Les personnels infirmiers diplômés d'Etat (IDE), aides-soignants et auxiliaires de vie ont une place essentielle de part leur proximité directe avec les patients hospitalisés, résidents d'établissement d'hébergement ou à domicile.

De manière encore plus marquée que pour les médecins, ces personnels soignants sont également confrontés à la physiologie et la physiopathologie complexe de l'incontinence urinaire, rendant toute autoformation difficile. Mal maîtriser une pathologie peut conduire à de mauvaises pratiques de soins, dans ce cas précis à l'utilisation abusive de palliatifs absorbants.

La revue de littérature nous a également montré que la formation concernant l'incontinence urinaire dans le cursus des IDE est également insuffisante, quelques diplômes interuniversitaires (formation facultative) existent cependant. Nous avons aussi vu que de manière générale les IDE sont peu impliqués dans la prise en charge de l'incontinence urinaire et ils n'ont pas de rôle spécifique dévolu et bien défini. Ce manque d'implication et de formation induisent notamment une méconnaissance des actions préventives et peuvent conduire rapidement à l'emploi de palliatifs absorbants.

Les effectifs et la surcharge de travail de ces professionnels de santé sont souvent incompatibles avec la prise en charge comportementale de l'incontinence urinaire, qui comme nous l'avons vu est efficace sur les symptômes, ou pour répondre rapidement à une demande de miction de la part d'un patient ou d'un résident. De plus nous constatons souvent un phénomène de demandes « groupées » comme par exemple une heure après le repas, rendant encore plus difficile la possibilité de répondre dans un délai satisfaisant à une demande de miction chez un patient nécessitant une aide pour aller aux toilettes ou pour s'installer au bassin. Certains patients peuvent même nécessiter deux aides humaines pour se rendre aux toilettes. Ici encore les actions préventives réalisées de façon insuffisante peuvent indirectement conduire les patients à l'usage de palliatifs absorbants.

La pénibilité ressentie parfois lors de la prise en charge de certains patients peut également être un frein aux actions préventives de l'incontinence urinaire, comme par exemple pour un patient obèse, opposant, désagréable... Ces facteurs « humains » peuvent également être des obstacles pour une prise en charge comportementale ou pour répondre à une demande de miction.

Ces contraintes de temps et de pénibilité dans la prise en charge de l'incontinence urinaire chez les sujets âgés peuvent inconsciemment amener les soignants à « faire à la place » du patient pour gagner du temps, dans cette optique le gain « ultime » de temps étant le port de protections car elles suppriment quasiment les accompagnements aux toilettes ou installations au bassin. Le risque est donc de proposer de façon excessive des palliatifs absorbants aux patients et de voir à l'extrême la mise en place de changes « imposés » par les soignants.

De la même façon, un patient ayant des difficultés de mobilisation et par conséquent un risque accru de chute voire déjà un antécédent de ce type

peut se voir proposer ou imposer le port de palliatifs absorbants notamment la nuit afin de minimiser le risque de chute s'il se lève la nuit pour uriner.

Le turn-over des soignants dans un service hospitalier ou une unité d'hébergement peut également être un obstacle à une prise en charge adaptée de l'incontinence urinaire chez la personne âgée. En effet un turn-over important des soignants risque d'entraîner une dégradation de la relation de soins du fait d'une moindre connaissance des patients et de leurs capacités fonctionnelles ainsi qu'une confiance amoindrie du patient envers les soignants. Ce phénomène peut accentuer le fait que des patients se voient proposer ou imposer des palliatifs absorbants.

A l'inverse et notamment dans les établissements d'hébergement, un personnel même attentif à la question de l'incontinence urinaire peut être victime de la routine. Avec le temps les soignants connaissent bien leurs résidents, la répétitivité des tâches quotidiennes « ingrates » comme le change vestimentaire d'un patient ayant une incontinence urinaire légère (et pouvant être nécessaire pluriquotidiennement), ou le manque d'effectifs, peuvent entamer la motivation des soignants et générer de mauvaises pratiques voire des négligences. Ainsi nous sommes face au risque de voir se « dégrader » leur professionnalisme. Le personnel soumis à la répétitivité des tâches et au poids des habitudes risque de voir une diminution de ses capacités à se questionner sur ses pratiques professionnelles. Ainsi le gain de temps généré par l'emploi de palliatifs absorbants peut se généraliser à d'autres patients voire à l'extrême devenir la « norme », au détriment des personnes âgées hébergées [112].

Cette catégorie de soignants n'est pas non plus à l'abri de l'idée reçue que l'apparition d'une incontinence urinaire est simplement en lien avec l'âge. Là encore la banalisation de cette pathologie laisse penser qu'il n'existe pas d'autre alternative thérapeutique efficace et dirige de fait le patient ou résident vers le port de palliatifs absorbants.

7) Le patient lui-même

Au vu de la revue de littérature, le patient semble être également un acteur de cette dérive anormale vers les palliatifs absorbants dans la gestion de l'incontinence urinaire chez le sujet âgé.

De façon encore plus marquée que chez les soignants, l'idée générale comme quoi l'incontinence urinaire est une conséquence « normale » de l'avancée en âge contribue fortement à la banalisation de cette pathologie. Les patients peuvent ainsi penser qu'il n'existe pas d'autre alternative que le port de protections absorbantes.

Ils n'en parlent pas à leur médecin si celui-ci ne les incite pas à le faire. La conséquence directe de cette vision est l'*autogestion* des symptômes par le patient et donc l'achat de palliatifs absorbants. Nous avons vu que les fabricants connaissent ce phénomène et se sont donc implantés jusque dans les grandes surfaces afin de favoriser cette autogestion. Ils proposent des gammes de produits très étendues afin de satisfaire le maximum de patients. Il est aisé de comprendre que l'emploi de protections adaptées dans un premier temps à une incontinence urinaire légère conduira le patient à évoluer sans conseil professionnel particulier vers une gamme plus absorbante lorsque cela sera nécessaire. Le patient ayant à sa disposition des gammes de produits pouvant le satisfaire jusqu'à l'évolution ultime de sa pathologie à savoir l'incontinence urinaire sévère, il n'envisagera pas d'autre solution en consultant un professionnel de santé pour ce motif. Il pourra ainsi s'autogérer longtemps.

La revue de littérature a ramené de nombreux articles concernant la vision de l'incontinence urinaire par les patients eux-mêmes et les études montrent toutes une altération de la qualité de vie. Les patients envisageant d'en parler à leur médecin peuvent encore être freinés par le tabou de l'incontinence urinaire, cette pathologie touchant directement à la sphère intime. Nous avons aussi vu que si le médecin n'aborde pas lui-même la question le patient le fera rarement et difficilement. Ainsi le patient souhaitant ou connaissant la possibilité d'autres thérapeutiques peut ne pas oser en parler et basculer encore une fois vers l'autogestion et l'usage de palliatifs absorbants.

Les fabricants de palliatifs absorbants connaissent également le phénomène de tabou sur l'incontinence urinaire, d'où la vente de ces dispositifs en grandes surfaces mais également de packagings « déguisés ». Ainsi ils proposent des protections menstruelles pour règles « très abondantes » et masquent la véritable finalité à savoir la protection contre les fuites urinaires. Ainsi le patient gêné à l'idée de parler de sa pathologie pourra s'autogérer en toute discrétion.

Si le patient ou son médecin décide d'évoquer la pathologie et envisage d'autres thérapeutiques comme la chirurgie par exemple, ou simplement si le médecin a un doute sur le type d'incontinence urinaire, un rendez-vous auprès d'un spécialiste peut être envisagé (urologue, gynécologue, neurologue...). Comme nous l'avons décrit plus haut, le patient peut alors être confronté à des problèmes d'accessibilité spatiale aux soins. Le problème des « déserts médicaux » est réel, l'accessibilité à un spécialiste peut être difficile, difficulté majorée par d'éventuelles restrictions de la mobilité que peuvent présenter les personnes âgées (difficultés à la marche, impossibilité de conduire...). Un rapport de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de L'Evaluation et des Statistiques) publié en 2012 (étude DREES 2012a) montre dans certaines régions de France des trajets supérieurs à 30 minutes en voiture pour consulter un spécialiste. Et qui dit « peu de spécialistes » dit « délais de rendez-vous importants » et parfois même refus de rendez-vous en raison d'une patientèle déjà très importante. En attendant le patient peut une nouvelle fois être tenté d'autogérer sa pathologie.

Ce problème d'accessibilité spatiale aux soins est comme nous l'avons vu également présent s'il s'agit de consulter un cabinet de kinésithérapie pratiquant la rééducation sphinctérienne.

Si le patient est éligible pour une chirurgie de l'incontinence urinaire, il peut également être en proie à la « peur de la chirurgie » et ainsi de lui-même préférer la solution palliative.

Le patient à domicile, victime d'une restriction de sa mobilité, peut avoir des difficultés à se rendre jusqu'aux toilettes. L'aménagement de son logement peut être une solution mais nécessite parfois des investissements financiers importants comme la création d'un nouveau cabinet de toilette au rez-de-chaussée, et ainsi être un frein à sa réalisation. Le port de palliatifs absorbants peut à nouveau être une solution alternative.

L'incontinence urinaire générant des sentiments de honte, d'image dégradée du corps « vieillissant » et de soi, peut amener les patients à lutter activement contre la « visibilité » de cette pathologie et ainsi chercher à masquer à tout prix les tâches et les odeurs... Les fabricants de palliatifs absorbants jouent également sur ce point pour vendre leurs produits, encore une fois le patient est tenté d'autogérer sa pathologie rapidement sans conseil médical.

- ➔ Le marché des palliatifs est très rentable, il est également porteur car le nombre de sujets pouvant bénéficier des palliatifs absorbants est en constante augmentation
- ➔ Les industriels démarchent directement auprès de l'administration des établissements de soins via des appels d'offre, exposant au risque de choix orienté par les coûts
- ➔ Des formations aux soignants et aux officines dispensées directement par les fabricants
- ➔ Fidélisation des patients par les fabricants mais également création de réseaux d'officines partenaires
- ➔ Incitation par les fabricants à l'autogestion de l'incontinence urinaire par les patients (fiches d'information, vente sur Internet et en grandes surfaces, gammes élargies...)
- ➔ Tabou sur l'incontinence urinaire (*don't ask, don't tell*)
- ➔ Les fabricants véhiculent des messages paradoxaux en sous entendant qu'il s'agit d'une pathologie à cacher et renforce ainsi le tabou de l'incontinence urinaire
- ➔ Des professionnels de santé mis en échec par une pathologie complexe, multifactorielle et chronophage
- ➔ Formation déficiente des professionnels de santé sur l'incontinence urinaire
- ➔ Pas ou peu de recommandations concernant spécifiquement les personnes âgées ou l'usage de palliatifs absorbants
- ➔ Des traitements médicamenteux non dénués d'effets secondaires notamment chez le patient âgé
- ➔ Prise en charge dépendante de la carte sanitaire du secteur et des délais de rendez-vous
- ➔ Des pharmaciens en officine gestionnaires d'entreprises et à la recherche de parts de marché

- ➔ Directives d'établissements concernant l'exigence de propreté des corps et des lieux
- ➔ La prise en charge rééducative de l'incontinence urinaire n'est pas pratiquée par tous les cabinets de kinésithérapeutes
- ➔ Surcharge de travail et effectifs insuffisants dans les établissements hospitaliers ou d'hébergement : risque de voir apparaître des « changes imposés » afin d'obtenir un gain de temps

DISCUSSION

I/ Introduction à la réflexion éthique

Nous avons pris conscience de la nécessité d'une réflexion éthique après l'analyse des déterminants qui amènent les personnes âgées à porter des protections absorbantes pour pallier les fuites urinaires. Au regard de la population âgée en augmentation, c'est une question qui va prendre de plus en plus d'importance. Est-ce que cette question fait problème et pour qui ? Comment agir mieux ?

Nous rappellerons les principes fondamentaux de l'éthique tout en ayant à l'esprit les mots de Didier Sicard, Président du Comité Consultatif National d'Éthique dans « Principe de l'éthique médicale et interculturalité », publié le 17/06/2003 : « L'éthique "*c'est ce qui est bien*" on ne peut pas laisser le médecin théoriser sur ce qui est bien et mal, il n'y a pas de médecin éthicien : il ne peut y avoir qu'un espace de réflexion éthique indéfiniment en manque, donc en devenir » [113].

Dans notre étude, nous avons décrit la situation sur le plan clinique et contextuel et nous avons identifié les acteurs :

Au centre, la personne âgée (nous définirons la notion de vieillesse) qui peut être autonome ou fragile, dépendante ou démente.

Puis les soignants, en premier les médecins généralistes ou hospitaliers, libéraux ou salariés, mais aussi les infirmier(es) diplômé(e)s d'Etat, les aides-soignants et auxiliaires, les kinésithérapeutes, agents hospitaliers, psychologues, ergothérapeutes, psychomotricien, etc. et en incluant tous les professionnels de santé, notamment les pharmaciens en officine.

Les pouvoirs publics, qui fixent la politique de santé, les règles économiques et financières, les règles de l'organisation générale des soins et leur remboursement.

Les collectivités locales, établissements et institutions sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Les hôpitaux, les Etablissements d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante, (EHPAD), Unités de Soins de Longue Durée (USLD), Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) et autres établissements...

Les acteurs économiques : les industriels (fabricants et distributeurs des protections anatomiques pour l'incontinence urinaire).

- Quels sont les volontés et les attentes de ces différents acteurs ?
- Existente-ils des conflits d'intérêts entre ces acteurs ?
- Est-ce un problème de diagnostic ?
- Un problème organisationnel ?
- Une contrainte financière ?

Quelles sont nos valeurs et nos idéaux sur la vie, la santé, l'autonomie et la solidarité ? Il faut différencier l'éthique du soignant, de la famille, des administratifs et le ressenti du patient. La souffrance est différente pour chacun. L'éthique a pour but d'agir mais les actions seront forcément influencées par les acteurs et le groupe auxquels ils appartiennent. Ainsi peuvent apparaître des conflits d'intérêts qui nécessitent une réflexion de groupe pour en quitter les effets. Le soin éthique a un coût économique, énergétique et temporel.

Notre but est d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients âgés dans le respect de leur dignité et de leur intégrité, de donner un sens à l'agir soignant et de valoriser et soutenir l'idéal professionnel des intervenants.

Les 4 principes fondateurs de l'éthique médicale (Thomas Beauchamp et James Childress) [114] :

1. le principe d'*autonomie* : Respect des choix et des positions personnelles et des décisions qui en découlent.
2. Le principe de *bienfaisance* : L'obligation d'agir pour le bien-être des autres.
3. Le principe de *non malfaisance* : L'obligation de ne pas faire de mal aux autres. S'abstenir d'une action causant un réel tort.
4. Le principe de *justice* : L'obligation de traiter les cas égaux de la même façon (Principe de justice formelle).

En ce qui concerne la gériatrie, nous pouvons également retenir les principes proposés par le Professeur François BLANCHARD [115] :

1. Principe d'*humanité* et de *dignité* (qui défend la permanence de l'individu : pour ce qu'il est aujourd'hui et pour les traces de ce qu'il fut), qualité unique d'un être humain appartenant à la communauté des êtres humains.
2. Principe de *solidarité* : appartenir à la même communauté, c'est la responsabilité collective et l'assistance aux fragilisés, c'est la base de notre système de santé. Ce principe maintient le lien social entre les générations.
3. Principe d'*équité* et de *justice* : c'est la reconnaissance et le respect des droits et devoirs de chacun, égalité dans l'accès aux soins et aux thérapeutiques, vigilance par rapport à l'âgisme, ni acharnement ni abandon thérapeutique.
4. Principe d'*autonomie* et de *liberté* : Gouverner sa vie librement, choisir ses conditions et son lieu de vie, consentement volontaire absolument essentiel du sujet humain (Code de Nuremberg, 1947), accepter ou refuser les thérapeutiques et droit d'information (Loi du 4 mars 2002 [116]) le sujet ne doit pas devenir un objet de soins.

II/ Acteurs principaux

A) L'acteur principal : la personne âgée

La vieillesse : définitions [117]

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mur. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et des facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie.

La vieillesse a plusieurs définitions. L'OMS retient le critère d'âge : 65 ans

Pour le calcul des taux d'équipements et de services destinés aux personnes âgées, l'âge de 75 ans est pertinent.

La définition du vieux citée par Jack MESSY (psychanalyste, Co-fondateur et ancien Directeur de ESPACE GÉRONTOLOGIE) est intéressante. Il s'agit de la définition de la Commission Ministérielle de Terminologie auprès du secrétaire d'Etat chargé des personnes âgées : « Vieux : qualifie une personne qui a vécu plus longtemps que la plupart de celles qui l'entourent, et à qui il reste moins de temps à vivre que celui qu'elle a déjà vécu ». Ainsi il apparaît qu'être vieux, indépendamment de l'âge c'est avoir un passé, une histoire mais aussi un avenir.

Il faut noter une autre conception définie par Rowe et Khan qui est celle du vieillissement réussi, « usuel » ou sans maladie et sans handicap mais avec régression des capacités fonctionnelles, opposé au vieillissement pathologique avec maladie et/ou handicap. Il existe bien une hétérogénéité du processus du vieillissement [118].

L'incontinence vésicale ne fait pas partie du vieillissement mais c'est un syndrome qui augmente avec l'âge mais aussi en raison des modifications induites par le vieillissement comme la diminution de la mobilité, les prises médicamenteuses, le stress, la dépression, l'isolement affectif, le risque de chute et l'usage inapproprié des protections urinaires.

Le sentiment de trahison du corps qui ne répond plus, ni aussi bien à ce qu'on lui demande, la peur de sa défaillance conduisant parfois à restreindre les échanges et accepter les contraintes de protection par les palliatifs absorbants, pouvant conduire à la perte d'autonomie.

Ceci nous amène à définir les termes suivants : *autonomie, dépendance, fragilité*.

Les termes d'autonomie et de dépendance ne sont pas opposés car l'autonomie se réfère au libre arbitre de la personne alors que la dépendance est définie par le besoin d'aide.

L'autonomie : est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement. Lorsque les capacités intellectuelles d'une personne âgée sont altérées, les soins qui lui sont prodigués doivent lui être expliqués.

La dépendance : impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Peut-on assimiler le port de protection urinaire à une dépendance même si la personne âgée reste autonome ?

L'hospitalisation est également un facteur de dépendance. Elle peut comme nous l'avons vu induire le port de protections urinaires. Elle peut aussi se

prolonger pour des problèmes sociaux négligés, ou réglés hâtivement sans évaluation globale.

Dans certains cas, une entrée en institution non préparée, voire non voulue, est perçue par la personne âgée comme un acte de sanction et d'abandon. C'est une nouvelle cause de dépendance, du fait des problèmes psychiques qui en découlent inéluctablement.

Lorsque la dépendance est forte, intéressant des gestes de la vie quotidienne parfois intimes, la relation avec les aidants peut osciller entre la révolte et la servilité. Ces modes de réaction doivent être appréciés et discutés de préférence en équipe, afin d'éviter tout comportement de projection ou de rejet que peuvent ressentir certains soignants. La clairvoyance sur ces mécanismes est une des démarches préventives de maltraitance.

La dépendance modifie le regard de l'entourage envers une personne âgée. Les enfants peuvent occuper une place de type parental vis-à-vis de leurs propres parents. Cette inversion des rapports peut réactiver des problématiques Œdipiennes très souvent sources de culpabilité.

Le surinvestissement des enfants est issu d'une culpabilité non fondée, d'un souci de bien faire. Il peut résulter également d'une réponse à une demande excessive de leurs parents.

La fragilité : Il n'existe pas de définition consensuelle, il s'agit d'un risque de déstabilisation d'une situation de vie, état médico-instable rencontrée à un moment donné de la vie d'une personne âgée. Les principales caractéristiques de cette population âgée « fragile » sont : l'âge supérieur à 85ans, la polymédication, l'altération des fonctions cognitives, la dépression, la dénutrition, les troubles neurosensoriels, l'instabilité posturale, la sédentarité, la perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne et l'isolement socio-familial.

Les institutionnels sont partagés sur le lien entre dépendance et fragilité. La notion de processus de fragilisation interroge les acteurs qui adoptent des points de vue différenciés.

Les facteurs de fragilité : en premier lieu un élément peu mesurable qui est la biographie, le parcours de vie puis un facteur transversal qui est l'état de santé. La fragilité renvoie donc fortement à la perception qu'a la personne d'elle-même.

La fragilité se révèle lors d'événements stressants, qui déstabilise l'équilibre précaire de ces personnes et sont responsables notamment d'une incontinence urinaire comme nous avons pu le voir dans la revue de littérature.

C'est dans les situations de fragilité qu'il faut rechercher les causes de l'incontinence et repérer les incontinenances transitoires afin de ne pas laisser évoluer la situation vers le port permanent de palliatifs absorbants.

Fragilisées, les personnes âgées se replient sur elle mêmes. Ainsi, elles ne sont plus sujets mais objets de soins, victimes potentielles d'abus de pouvoir, qui est une forme de maltraitance.

Dans l'article « Beauvoir face à sa vieillesse » de Karina Tinat [119], la dépendance aux autres et la perte d'autonomie sont pointées. Plus le corps se dégrade et plus s'accroît la dépendance aux autres. Karina Tinat distingue la dépendance et la perte d'autonomie. Un individu peut rester autonome, c'est-à-dire continuer à décider par lui-même malgré ses handicaps physiques. De Beauvoir décrit que la société ne traitait pas les personnes âgées comme des sujets, elle met en valeur la perte des capacités physiques et parle de l'incontinence de Sartre. Elle semble affectée que les dysfonctionnements du corps en viennent à annuler la pudeur et dignité. A travers ses descriptions ressort moins l'idée d'un dégoût ou d'un rejet que l'angoisse du corps qui cesse de fonctionner. De Beauvoir traite aussi de l'attitude passive face au

corps qui se dégrade et la compare à une régression et un retour vers la période infantile.

Ce qui nous amène à traiter de la *dignité humaine*.

Référence à la loi du 04 mars 2002 [116], dite loi Kouchner, qui pose le patient comme partenaire des décisions et qui stipule :

- Le droit fondamental à la protection de la santé
- Le droit au respect de sa dignité
- Le principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins
- Le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques
- Le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur.

L'Article L1110-5 du Code de la santé publique stipule : « Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. »

Cette loi et cet article du Code de Santé Publique obligent les « politiques d'évaluation » de l'activité des établissements sanitaires à prendre en compte le droit des malades.

D'après Virginia Henderson, il existe 14 besoins fondamentaux pour un individu [120] :

1-Respirer ; 2- Boire et manger ; 3- Éliminer (urines et selles) ; 4- Se mouvoir, conserver une bonne posture et maintenir une circulation sanguine adéquate ; 5- Dormir, se reposer ; 6- Se vêtir et se dévêtir ; 7- Maintenir la température du corps dans les limites normales ; 8- Être propre, soigné et protéger ses téguments ; 9- Éviter les dangers (maintenir son intégrité physique et mentale) ; 10- Communiquer avec ses semblables ; 11- Agir selon ses croyances et ses valeurs ; 12- S'occuper en vue de se réaliser (et conserver l'estime de soi) ; 13- Se recréer (se divertir) ; 14- Apprendre.

Selon Maslow [121], les besoins humains sont organisés selon une hiérarchie où, à la base, on trouve les besoins physiologiques élémentaires et à son sommet, on retrouve les besoins psychologiques et affectifs d'ordre supérieur. Ce sont ces besoins qui créent la motivation humaine.

Nous garderons la présentation habituelle sous forme de *pyramide de la hiérarchie des besoins* de l'homme définis par Maslow (**fig. 3**), car elle facilite la compréhension initiale (mais les besoins sont tous liés et intriqués entre eux).

Pyramide de Maslow :



Figure 3 : La pyramide des besoins selon Abraham Maslow (disponible sur : https://fr.wikipedia.org/pyramide_des_besoins#/media/File:Pyramide_des_besoins_selon_Abraham_Maslow.png)

Si la diurèse et la miction est un besoin physiologique, la continence intervient dans le besoin de sécurité, d'appartenance et d'estime. L'incontinence urinaire serait donc un élément essentiel risquant de déséquilibrer les personnes âgées.

Si les pertes d'urines sont fréquentes, imprévisibles, un sentiment d'insécurité insoutenable se développe. Peur et honte du ridicule conduisent à l'isolement, à la solitude et au dégoût de soi-même. La vie sociale et familiale est perturbée et ceci entraîne pour certains un sentiment de rejet de la société, la honte de n'avoir pas pu se retenir, de ne pas se sentir propre, de dégager des odeurs désagréables. La vraie question est de savoir si le port de protections urinaires va permettre à la personne âgée de satisfaire son besoin de sécurité, son appartenance et l'estime de soi ou au contraire déséquilibrer ses besoins ? Dans tous les cas, cela reste du domaine intime à cacher. Elle reste, comme nous l'avons vu, la plupart du temps une épreuve subie en silence (sujet tabou), entachée de pudeur, de honte, d'humiliation, de dégoût et de culpabilité. L'idée d'être souillée reste intolérable avec ou sans « protection » !

Est-ce que le port des « palliatifs absorbants » va diminuer la solitude des personnes âgées ? La solitude est une expérience subjective qui témoigne de l'insatisfaction quant à la quantité ou à la qualité des relations sociales. Il est possible que la personne âgée avec des « palliatifs absorbants » reste socialement active et s'adapte à son état. Cependant la question est de savoir si elles trouvent satisfaisant leur niveau de participation sociale ou si l'insatisfaction entraîne un sentiment de solitude ?

Le tabou de l'incontinence urinaire :

De tout temps, les urines ont été considérées comme besoin naturels qu'on évacuait sans réelle gêne. Il existait des chaises percées, on vidait son pot de chambre par la fenêtre, ou on se soulageait dans les escaliers du château. On faisait ses besoins parfois devant tout le monde. Les rues étaient boueuses, sales et malodorantes.

A la Renaissance apparaît une perception différente du corps. Le corps n'est plus lavé.

Puis au 17^e siècle, celui des lumières, apparaissent les « lieux d'aisance », des endroits spécifiquement prévus pour ses besoins. Ils sont ainsi peu à peu cachés, dissimulés, et les déchets corporels sont stigmatisés.

Enfin au 19^e siècle, l'Eglise impose un interdit puissant sur tout ce qui se rapporte à l'intimité du corps. Encore aujourd'hui, nous vivons sur ces tabous.

Le problème de l'incontinence est aussi fort que le tabou de la sexualité des personnes âgées. Dans le rapport sur la vieillesse, remis le 11 mars 2013 [122], seules quelques lignes sont consacrées à la sexualité des personnes âgées, aucune sur l'incontinence urinaire alors que nous avons vu dans la revue de littérature sa forte prévalence chez la personne âgée ainsi que ses conséquences sur l'autonomie.

Le port des protections urinaires ? Une question de femmes ?

La plupart des publications concernent les femmes, la prévalence de l'incontinence urinaire chez les hommes a été moins étudiée mais comme nous l'avons vu dans la revue de littérature elle est apparemment plus prise en charge.

Selon le rapport Broussy Aquino, sur la vieillesse [122] :

- 80% des résidents en EHPAD sont des femmes
- 60% des aidants familiaux sont des femmes
- 92% des soignants sont des femmes

Ce sont donc les femmes qui vieillissent le plus, ce sont elles qui aident le plus et ce sont elles qui utilisent le plus les protections urinaires.

Du XVIII^e au XX^e siècle, il y a eu une lente évolution vers l'acquisition pour les femmes d'une progressive reconnaissance de leurs droits sociaux. Puis en quelques décennies (1945-1985) ce sont des droits personnels que les femmes vont acquérir (travail, vote...).

Il y a eu deux tendances dans les mouvements féministes : la tendance rationaliste (Simone de Beauvoir, Betty Friedan) visant l'intégration égalitaire et la dominance féminine, et la tendance singulariste et culturelle cherchant la reconnaissance d'une spécificité de la sexualité et des caractères féminins (Women's LIB, Kate Millett de Femmes en Mouvements).

Concernant la vieillesse, il y a un quasi silence féministe. L'explication est particulièrement difficile à appréhender. La génération des militantes des années 70 ont plus de 65 ans, elles ont été au minimum aidantes et abordent la vieillesse. Pourtant les femmes doivent continuer à relever de nouveaux défis. Rester indépendante et continuer à se faire entendre. A 75 ans, Betty Friedan disait : «la plupart des personnes âgées possèdent une réserve importante et un potentiel non négligeable leur permettant de continuer à apprendre et à se développer».

De l'autogestion des femmes des fuites urinaires à l'imposition des changes complets (retour à l'enfance?), cela met à mal la dignité de la personne et la soumet au risque de manipulation par le pouvoir soignant. Cela fait perdre à la personne âgée son identité de femme. Il y a risques de perte de reconnaissance sociale, perte du statut d'adulte responsable (retour à l'enfance ?).

Fragilisées, les personnes âgées se replient sur elle mêmes. Ainsi, elles ne sont plus sujets mais objets, victimes potentielles d'abus de pouvoir, qui est une forme de maltraitance.

Le port de palliatifs absorbants est-il une atteinte à la dignité humaine ?

L'article 16 du Code Civil, issu de la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain et destinée à l'encadrement des pratiques biomédicales, stipule : « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ». Il est légitime de faire des textes relatifs aux droits de l'homme la référence des pratiques soignantes. La pratique quotidienne des personnels soignants et, plus généralement de tout fournisseur de soins se trouve donc gouvernée par l'impératif du respect des droits de la personne. L'article L.1110-2 du Code de Santé Publique stipule que « toute personne malade a droit au respect de sa dignité » et concernant les établissements médico-sociaux l'article L.311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles mentionne que « l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité (...) »

La dignité de la personne humaine est donc ce qui fonde un ensemble de prérogatives directement invocables par les patients ou les résidents, afin d'obtenir le respect de leur qualité d'être humain. C'est donc la dignité humaine qui justifie l'exigence du consentement de la personne malade. Tout acte médical ne peut être réalisé sans son consentement. Ce dernier étant souvent ignorant sur les conséquences de sa pathologie, il doit être dans la mesure du possible mis en état de fournir un *consentement éclairé*. Pour rappel il incombe au soignant de fournir une *information claire, loyale* et *appropriée* (Code de déontologie médicale). Si cette obligation n'est pas remplie, même si l'acte a pour finalité la santé de la personne il pourra constituer une négation de son humanité et donc porter atteinte à sa dignité.

La mise en place de palliatifs absorbants peut ainsi constituer une atteinte à la dignité humaine, mais comme nous l'avons vu ces dispositifs en « protégeant » le patient permettent le maintien d'une image sociale (contrôle des tâches générées par les fuites urinaires ou des odeurs) et ainsi préservent en un sens sa dignité.

Finalement le terme de « protection » est-il adapté ?

Au vu des potentielles altérations cutanées en lien avec le port des palliatifs absorbants et du risque d'infection urinaire majoré, le patient est-il « protégé » d'un point de vue physique stricte ? Non, le port de protection a tendance à générer des pathologies médicales. Protège-t-on son bien-être psychologique ? Selon l'image sociale associée au port de protections, non car il est associé à des sentiments de honte, de dégradation de l'image de soi. Cependant dans le cas d'altérations cognitives, un patient régulièrement souillé voit son image sociale dégradée avec une potentielle atteinte à la dignité humaine, nous pouvons entendre le terme de « protection » dans ce contexte précis, en vue de « protéger » sa dignité, ce constat est le même chez une personne ne présentant pas de troubles cognitifs.. Par contre, le bénéfice peut également être pour les familles et aidants principaux chez qui la visibilité de l'incontinence urinaire chez leur parent peut amener des sentiments de honte mais dans ce cas ce sont plutôt les familles que l'on protège.

La literie et les sols sont-ils « protégés » ?, oui car nous avons vu que les coûts de blanchisserie et de ménage ne sont pas négligeables, encore une fois ce n'est pas le patient qui est « protégé ». La surcharge de travail peut-elle en étant diminuée par le port de palliatifs absorbants par les patients incontinent être amoindrie ? Oui et par cette voie c'est plutôt le soignant qui est « protégé ».

Au final il semble qu'en dehors de la dignité du malade, les palliatifs absorbants ne sont pas si « protecteurs » que ça, le terme de « couche » certes infantilisant ne serait-il pas plus adapté ? La question reste ouverte.

Qu'apportera la loi sur le vieillissement ?

Dans le rapport Broussy Aquino [122], il n'y a aucune mention à l'incontinence urinaire et encore moins au problème des « palliatifs absorbants », seules quelques lignes sur la sexualité : « l'adaptation de la société française au vieillissement, c'est aussi ça : accepter de traiter sans ambages des sujets qui peuvent apparaître tabou » (p 160 du rapport). En parlant bien sûr de la sexualité des hommes et des femmes...

Il faut lever le tabou de la sexualité des personnes âgées, et peut être améliorerons-nous la prise en charge de l'incontinence urinaire de cette population, les zones anatomiques concernées étant très proches ?

Bien sûr, il y a déjà eu un rapport au Ministère sur l'incontinence urinaire mais en 2007 par le Pr. Haab [5]. Y aura-t-il intégration de la partie concernant les personnes âgées pour l'étude de la loi sur le vieillissement ?

L'incontinence urinaire et les « palliatifs absorbants » continuent de gêner !

B) Les autres acteurs : la famille, les aidants et les soignants

L'incontinence urinaire de la personne âgée est un stress émotionnel pour la famille, mais aussi une charge de travail avec risques de détériorations des relations sociales et inquiétude économique (cout de la dépendance, institutionnalisation...). Les professionnels de santé peuvent avoir des sentiments négatifs envers les patients avec incontinence urinaire ou fécale. Ce problème peut générer des comportements inadaptés et potentiellement maltraitants comme le port systématique de palliatifs absorbants la nuit.

Le port de palliatifs absorbants est-il une maltraitance ?

Dans une étude sur la maltraitance des personnes âgées réalisée en Suisse en 2010-2011 sur mandat de l'association suisse « *Alter ego* » [123], il a été constaté que mettre des protections la nuit à une personne âgée pour éviter le lever pour aller aux toilettes constitue de la maltraitance pour 76% des participants avec responsabilité hiérarchique contre 54.8% des participants sans responsabilité hiérarchique.

Le personnel le moins formé est le plus à risques de maltraitance, car il existe un manque de connaissances et d'outils pour comprendre certains comportements, gérer le stress, prendre du recul par rapport à ses émotions.

La maltraitance a de nombreuses définitions selon les pays et les cultures. Pour l'OMS, la maltraitance est un acte unique ou répété en l'absence d'intervention appropriée qui se produit dans le cadre d'une relation de confiance et qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne qui en est victime.

Le concept de maltraitance fait appel à plusieurs notions : la négligence, l'abus et la violence.

La *négligence* est le défaut de subvenir aux besoins d'une personne âgée ou handicapée, tant au niveau physique, psychologique, affectif que spirituel. La notion d'*abus* se rapporte à des actes plus graves que la négligence, avec intention de causer du tort ou des dommages, de profiter d'autrui ou de ses biens. Elle inclut les abus de pouvoir, de faiblesse et d'autorité, et qui peut être autant le fait du soignant qui abuse de son statut pour imposer une décision, que de l'aidant naturel qui se trouve en position de force face à une personne vulnérable. La *violence* fait référence à tout acte violent de nature à entraîner, ou risque d'entraîner, un préjudice physique, sexuel ou psychologique. Le terme usité par les professionnels de santé pour nommer la violence à l'égard des personnes vulnérables est celui de *maltraitance*.

Dans le domaine des soins, la maltraitance est plutôt une négligence, un « abandon », refus intentionnel ou non, ou échec du soignant de répondre aux besoins pour assurer le bien-être de la personne âgée. Oui, il existe d'autres alternatives que le port de « palliatifs absorbants » mais peut être plus coûteux sur le plan économique et humain (temps médical et de soins).

L'American Medical Association distingue sept grands types d'exercice de maltraitance, souvent associés entre eux :

- les maltraitances physiques : atteintes à l'intégrité physique de la personne (crimes, coups, blessures, bousculades, gifles, plaies non ou mal soignées, contentions physiques...). La mise en place de palliatifs absorbants systématiques alors que l'on connaît leurs potentielles atteintes cutanées peut rentrer dans cette catégorie de maltraitance.
- les maltraitances psychologiques : provoquent des souffrances émotionnelles et psychiques (dénigrement, non respect de la dignité, menaces, langage familier ou grossier, humiliation, infantilisation...). Le port de palliatifs absorbants lorsque celui-ci est imposé présente un caractère infantilisant et peut générer des sentiments d'humiliation chez le sujet âgé.
- les maltraitances financières : vie au crochet d'une personne vulnérable, encaissement abusif des aides à la personne, rétention de pension, privation de la jouissance de biens matériels...
- l'atteinte au droit des personnes : droit à l'identité, à la vie, à l'expression, non-respect du libre choix, du mode de vie (placement autoritaire par exemple), de l'intimité... Le port de palliatifs absorbants particulièrement lorsqu'il est imposé ou mis en place de façon excessive alors que d'autres mesures sont réalisables (accompagnements répétés aux toilettes) constitue un non respect du libre choix de la personne âgée ainsi qu'une atteinte à son droit d'intimité.

- les maltraitements « médicamenteux » : privation de médicaments ou de soins nécessaires, non traitement de la douleur, imposition d'un traitement inapproprié... La mise en place de palliatifs absorbants alors qu'il existe encore d'autres alternatives efficaces fait figure de traitement « imposé », mais également dans le cas où le soignant ne propose pas d'alternative thérapeutique dans une situation où le port de protection est déjà en cours.
- Les négligences actives : consistent à ne pas répondre sciemment aux besoins de la personne (privation de nourriture, de boisson, des nécessités de la vie quotidienne...). Répondre hâtivement à un patient ou un résident : « Attendez, je vous changerai plus tard » ou « Je n'ai pas le temps pour le moment » peut constituer une situation de négligence active.
- les négligences passives : viennent de l'ignorance ou du manque d'intérêt et d'attention aux besoins de la personne : abandons, oublis (changes, repas, toilette, entretien du cadre de vie...). Ces négligences sont souvent banalisées ou méconnues. On peut parfois voir l'expression « *maltraitance ordinaire* ».

La responsabilité est partagée entre les différents acteurs institutionnels et chacun doit assumer la responsabilité de ses actes. La direction des établissements d'hébergements ou hospitaliers pour les conditions de travail proposées, les cadres pour la gestion du personnel et les soignants pour l'application des règles éthiques de soins.

En établissement, c'est le personnel qui est le plus fréquemment incriminé. Les défaillances patentes peuvent être liées à des erreurs humaines, à des conduites déviantes, à l'ignorance des personnes, à leur incompetence... Mais elles sont plus fréquemment liées à l'usure professionnelle des personnels qui interviennent auprès des personnes âgées. Ces derniers sont confrontés quotidiennement à des situations ou événements éprouvants : dégradation, souffrance physique et psychique, réalisation de gestes provoquant douleurs et souffrances... Ces circonstances de stress et d'épuisement vont provoquer l'usure de la tolérance des soignants, ceci conjugué à des dysfonctionnements

institutionnels (réduction de personnels par exemple) peuvent permettre la venue de la violence, des négligences et de la maltraitance.

En ce qui concerne la satisfaction des besoins, la réduction des personnels et la routine quotidienne de l'organisation des soins deviennent trop souvent des fins en elle-même en engendrant des réponses inadéquates des soignants en marge du simple savoir et de la qualité des soins. La routine entraîne la perte de la capacité à se remettre en question, à se questionner sur ses pratiques professionnelles.

Existe-t-il une Souffrance des soignants en gériatrie ?

Il y a plusieurs origines à la souffrance des soignants en gériatrie :

- Celle liée aux facteurs institutionnels : surcharge de travail
- Celle liée aux personnes âgées, à la dégradation physique et psychique (particulièrement pour la démence) qui renvoie à la finitude de chacun, à la *peur de la mort*. Mais aussi à l'*échec de soins*, nombre de pathologies ne guérissent pas mais s'aggravent.

La technicité du soin fait aussi perdre de vue le côté relationnel. Une des réponses est l'élaboration d'un « *projet de vie* » pour chaque résident en institution, le sujet âgé a un avenir.

L'épuisement professionnel va mener au burn out, aux arrêts de travail et à la déshumanisation de la relation à autrui. Il faut donner des repères aux soignants. Ils doivent pouvoir se référer à une décision pour chaque patient. Se conformer à une décision prise, validée par la hiérarchie et le médecin. Trouver un cadre pour s'exprimer, se sentir valorisé par la participation à des discussions, trouver des repères dans les situations difficiles. Il n'y a pas de solutions idéales, les choix sont à réévaluer.

Pour le médecin : Le port de protection est-il un échec de traitement ?

Rappelons l'étymologie des mots *docteur* et *médecin*. Docteur vient du latin « doctus » : instruire, enseigner, savoir, le docteur possède le savoir. Médecin vient de « remediare » : guérir.

Soigner vient du latin « soniare », c'est s'occuper d'une personne, s'en préoccuper l'aider.

Les personnes âgées parlent plus volontiers de « leur docteur » que de leur médecin. C'est la « sagesse populaire », elles n'attendent pas la guérison ?

Le sujet âgé est habitué à une relation de type paternaliste et n'est parfois pas éduqué pour la prise de décision. Cela a pour conséquence la prise de décision unilatérale du sujet jeune (médecin ou non), l'information est donnée à tout le monde sauf à l'intéressé. Il existe aussi un décalage du système de valeur entre le sujet jeune et la personne âgée. Les troubles sensoriels et neuro-cognitifs rendent souvent l'information éclairée difficile à fournir. Le problème se pose aussi pour la personne démente, il faut donner cependant l'information au sujet. Il y a intérêt mais danger pour l'information de la personne référente car les choix peuvent être sous-tendus par d'autres valeurs que la volonté du malade. La nécessité d'informer correctement l'environnement (familles, aidants, soignants...) est indispensable à la prise en charge du patient mais nécessite beaucoup de temps.

Les échecs de traitement de l'incontinence peuvent être liés à une hésitation et un retard diagnostic, une surcharge professionnelle, un désintéressement pour la pathologie, un burn out, une mise à jour insuffisante de ses connaissances, une attribution erronée induite par une autre pathologie, un contre-transfert (positif ou négatif), un aveuglement lié à certaines caractéristiques du patient (âge, sexe, profession,) ou de son entourage, la personnalité et le mode d'exercice (solitude, psychorigidité, pudeur, hors cadre de fonction).

L'échec thérapeutique constitue une situation éprouvante, c'est un facteur de stress, une violence pour les deux partenaires et la relation médecin-malade. Chaque partenaire va déployer des stratégies d'évitement pour faire face à la situation. Le plus souvent le médecin va minimiser le problème (il existe des pathologies plus importantes dont il doit s'occuper), il a un sentiment d'impuissance, de découragement. Il peut se sentir incompetent mais hésiter à envoyer à un spécialiste car il considère que la pathologie n'est pas suffisamment importante et ne veut pas surcharger ses confrères ou le kinésithérapeute... Le principe de justice doit être respecté pour traiter équitablement tous les patients.

Le médecin peut être dans le déni, la banalisation, à la recherche d'un « bouc émissaire » : les pouvoirs publics, l'administration voire la responsabilité du malade.

Le malade aussi peut alors cacher, dédramatiser, avoir honte de sa pathologie. La meilleure solution est la modestie médicale et la collaboration interprofessionnelle. Il n'y a pas de « bonnes solutions » mais une solution plus adaptée à un patient à un temps donné, pour une équipe et un médecin particulier. Il faut une évaluation gériatrique pour permettre d'argumenter le choix.

Le port des « palliatifs absorbants » est une situation à haut risque d'incertitude pour le prescripteur et le soignant, qui amène souvent à des attitudes extrêmes : certitude inébranlable, absence de discussion, activisme et fatalisme.

C) Enjeux économiques : fabricants et distributeurs de palliatifs absorbants

La « business ethics », éthique du commerce s'éloigne-t-elle de l'éthique médicale ?

Elle insiste sur les conditions de travail lors de la production mais pas sur la qualité des produits ni sur leur distribution.

Les palliatifs absorbants peuvent-ils être considérés comme des moyens d'assistance comme le déambulateur, les alarmes à distance, les prothèses auditives ou les lunettes ? Augmentation du confort des personnes âgées ou diminution de la charge de travail du soignant ? Amélioration de l'hygiène ou de la propreté et de l'image des établissements ? Revendication du droit des personnes âgées à l'assistance à l'élimination comme à l'assistance à la mobilité ? Ce sont les éléments mis en avant par les vendeurs de protections pour l'incontinence.

Le projet de loi sur la vieillesse montre l'intérêt économique de cette génération. C'est la « *Silver Economy* », elle est porteuse de croissance, de développement économique, créatrice d'emplois et d'entreprises : logements à construire, emplois à créer (soignants, aides à domicile), développement industriel, technologie d'aide au maintien à domicile (domotique, alarme, et les palliatifs absorbants !)

Les personnes âgées sont un véritable *levier* pour la croissance.

D) Y a-t-il conflit d'intérêt entre ces différents acteurs ?

Economique :

La distribution des « palliatifs absorbants » va rester un levier économique et il sera difficile de le freiner. Les contraintes économiques sont tellement importantes qu'il semble actuellement très difficile d'avoir une véritable politique de santé adaptée à l'afflux de vieillards et à la dépendance. On a vu que l'incontinence urinaire et le port des « palliatifs absorbants » semble un problème si mineur qu'il n'est pas évoqué.

Est-ce que la loi sur la vieillesse peut résoudre ce problème ?

Est-ce un âgisme à bas bruit ?

Les pouvoirs publics, en distribuant les aides, ne prennent pas ou peu en compte les « palliatifs absorbants » alors que l'on sait que ces derniers entament une grande part de l'APA. L'accent est mis sur la prévention mais pas sur la résolution du problème actuel.

Il faudrait que le port de « palliatifs absorbants » soit une prescription médicale après un bilan standard et renouvelable seulement après consultation. Cette prescription serait remboursée.
--

CONCLUSION

Toute pratique soignante professionnelle s'inscrit normalement dans le cadre d'une philosophie de soins (réflexion sur le prendre-soins, sur l'être humain dont on prend soin, sur l'environnement dans lequel il vit, sur les questions de santé qui l'amène à être en relation avec un soignant) et d'un modèle de soins (représentation de ce qui est et de ce qui devrait être, dans ses connaissances et modes d'action, la profession à laquelle appartient la soignant).

Nous sommes face à une pathologie fréquente et portant atteinte de façon significative à la qualité de vie des personnes âgées. Vraisemblablement et en raison de déterminants différents, cette pathologie n'est pas toujours prise en charge correctement avec cette « dérive » excessive vers les palliatifs absorbants.

Les mentalités doivent changer. Il faudrait mieux sensibiliser le personnel médical et paramédical à cette affection fréquente afin qu'elle retrouve toute sa place dans la prise en charge globale de la personne âgée, au même titre que le risque de chute par exemple.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Umsten U, Van Kerrebroek P, Victor A, Wein A, The standardisation of terminology in lower urinary tract function : report from the standardisation sub-committee of the international Continence Society. *Urology* 2003; 61: 37-49
- [2] Thubert T, Jousse M, Deffieux X, Amarenco G. Cognition et miction. *Prog Urol*, 2013 : 23-17
- [3] Brown JS, McGhan WF, Chokroverty S. Comorbidities associated with overactive bladder. *Am J Manag Care* 2000 Jul; 6(11 Suppl):S574-9. Review
- [4] Liberman JN, Hunt TL, Stewart WF, Wein A, Zhou Z, Herzog AR, Lipton RB, Diokno AC. Health-related quality of life among adults with symptoms of overactive bladder: results from a U.S. community-based. *Urology* 2001 Jun; 57(6): 1044-50
- [5] Haab F. Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire. Avril 2007 ; Ministère de la Santé et des Solidarités
- [6] Minaire P, Sengler J, Jacquetin B. « Epidémiologie de l'incontinence urinaire ». *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 1995, 38(1), 1-8
- [7] Saxer S, Halfens RJ, De Bie RA, Dassen T. Prevalence and incidence of urinary incontinence of Swiss nursing home residents at admission and after six, 12 and 24 months. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(18): 2490-6
- [8] Denis P, Bercoff E, Bizien MF, Brocker P, Chassagne P, Lamouliatte H, Leroi AM, Perrigot M, Weber J. Etude de la prévalence de l'incontinence anale chez l'adulte. *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ; 16 : 344-350
- [9] Drennan VM, Cole L, Ilife S. A taboo within a stigma? A qualitative study of managing incontinence with people with dementia living at home. *BMC Geriatrics* 2011; 11: 75-81
- [10] Donaldson MM, Thompson JR, Matthews RJ, Dallosso HM, McGrother CW ; Leicestershire MRC Incontinence Study Group. The natural history of overactive

- bladder and stress urinary incontinence in older women in the community: A 3-year prospective cohort study. *Neurourol & Urodyn* 2006; 25: 709-16
- [11] Coyne KS, Wein A, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Milson I. Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: A systematic review. *J Manag Care Pharmacy* 2014; 20(2): 130-140
 - [12] Rortveid G, Hunskaar S. Urinary incontinence and age at the first and the last delivery: the Norwegian HUNT/EPICONT study. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 95: 433-8
 - [13] Brown JS, Vittinghoff E, Wyman JF, Stone KL, Nevitt MC, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence : Does it increase risk for falls and fracture? *Journal of American Geriatrics Society* 2000 jul; 48(7): 721-725
 - [14] Landi F, Cesari M, Russo A, *et al.* Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. *Age & Ageing* 2003; 32: 194-9
 - [15] Michel-Laaengh N. Urinary incontinence in aged women. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2009; 38: S232-S238
 - [16] National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Urinary incontinence: The management of urinary incontinence in women. <http://nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG40fullguideline.pdf>. Viewed 11.9.12
 - [17] Teunissen TA, Lagro-Janssen AL. Sex differences in the use of absorbent (incontinence) pads in independently living elderly people : do men receive less care ? *Int J Clin Pract.* 2009 Jun; 63(6): 869-73
 - [18] Regat-Bikoï C, Vuagnat H, Morin D. Urinary incontinence in aged hospitalized patients: is it really a priority for nurses? *Recherche en Soins Infirmiers* 2013; 115: 57-65
 - [19] Cheater FM, Retrospective document survey : identification, assessment and management of urinary incontinence in medical and care of the elderly wards. *J Adv Nurs* 1993; 18(11): 1734-46
 - [20] Coffey A, McCarthy G, McCormack B, Wright J, Slater P. Incontinence: assessment, diagnosis, and management in two rehabilitation units for older people. *Worldviews Evid Based Nurs* 2007; 4(4): 179-86
 - [21] Jumadilova Z, Zyczynski T, Paul B, Narayanan S. Urinary incontinence in the nursing home: resident characteristics and prevalence of drug treatment. *AmJ Manag Care* 2005; 11 (4 Suppl): S112-20

- [22] Tseng IJ, Chen YT, Chen MT, Kou HY, Tseng SF. Prevalence of urinary incontinence and intention to seek treatment in the elderly. *J Formos Med Assoc* 2000; 99(10): 753-8
- [23] AHRQ. Managing acute and chronic urinary incontinence. U.S Department of Health and human services. *J Am Acad Nurse Pract* 1996; 8(8): 390-403
- [24] Wilson L, Brown JS, Shin GP, Luc KO, Subak LL. Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2001; 98(3): 398-406
- [25] Tediosi F, Parazzini F, Borlotti A, Garattini L. The cost of urinary incontinence in Italian women. A cross-sectional study. Gruppo di Studio Incontinenza. *Pharmacoeconomics* 2000; 17(1): 71-6
- [26] Doran CM, Chiarelli P, Cockburn J. Economic costs of urinary incontinence in community-dwelling Australian women. *Med J Aust* 2001; 174(9): 456-8
- [27] Samuelsson E, Mansson L, Milsom I. Incontinence aids in Swenden: users and costs. *BJU Int* 2001; 88(9): 893-8
- [28] ANDEM, Agence Nationale pour le développement de l'Evaluation Médicale : évaluation et état des connaissances concernant l'incontinence urinaire de l'adulte. 1995
- [29] Delvaux M. Digestive health in the elderly: faecal incontinence in adults. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18 suppl 3: 84-9
- [30] Denis P. Epidémiologie et conséquences médico-économiques de l'incontinence annale de l'adulte. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie [serial on the internet]. 2005 ; 4 : Available from : [http://www.biusante.parisdescartes.fr/acad-chirurgie/ememoires/005 2005 4215x20.pdf](http://www.biusante.parisdescartes.fr/acad-chirurgie/ememoires/005%2005%204215x20.pdf)
- [31] Green JP, Smoker I, Ho MT, Moore KH. Urinary incontinence in subacute care-a retrospective analysis of clinical outcomes and costs. *Med J Aust* 2003; 178(11): 550-3
- [32] Conquy S, Leriche B. Guidelines for the palliative treatment of non-neurological urinary incontinence in women. *Progrès en Urologie* 2010; 20 Suppl. 2, S109-S111
- [33] Fader M, Macaulay M, Pattersson L, Brooks R, Cottenden A. A multi-centre evaluation of absorbent products for men with light urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2006; 25: 689-95
- [34] Baker J, Norton P. Evaluation of absorbent products for women with mild to moderate urinary incontinence. *Appl Nurs Res* 1996; 9: 29-33

- [35] Clarke-O'Neill S, Petterson L, Fader M, Cottenden A, Brooks R. A multicenter comparative evaluation: disposable pads for women with light incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2004; 31: 32-42
- [36] Clarke-O'Neill S, Petterson L, Fader M, Dean G, Brooks R, Cottenden A. A multicentre comparative evaluation: washable pants with an integral pad for light incontinence. *J Clin Nurs* 2002; 11: 79-89
- [37] Cottenden A, Fader M, Petterson L, Clinton L, Dean G, Malone-Lee J, *et al.* *Disposable, shaped bodyworn pads with pants for heavy incontinence*. Report No. IN4. London: Medical Devices Agency; 1999
- [38] Cottenden A, Ledger D. Predicting the leakage performance of bodyworn disposable incontinence pads using laboratory tests. *J Biomed Eng* 1993; 15: 212-20
- [39] Fader M, Cottenden A, Getliffe K, Gage H, Clarke-O'Neill S, Jamieson K, Green N, Williams P, Brooks R, Malone-Lee J. Absorbent products for urinary/faecal incontinence: a comparative evaluation of key product designs. *Health Technol Assess* 2008; 12(29): iii-iv, ix-185
- [40] Macaulay M, Clarke-O'Neill S, Fader M, Petterson L, Cottenden A. A pilot study to evaluate reusable absorbent body-worn products for adults with moderate/heavy urinary incontinence. *J Wound, Ostomy Continence Nursing* 2004; 31: 357-66
- [41] Hu TW, Kaltreider DL, Igou J. The cost-effectiveness of disposable versus reusable diapers. A controlled experiment in a nursing home. *J Gerontol Nurs* 1990; 16(2): 19-24
- [42] Harper DW, O'Hara PA, Lareau J, Cass J, Black EK, Stewart S, *et al.* Reusable versus disposable incontinent briefs: a multiperspective crossover clinical trial. *J Appl Gerontol* 1995 ; 14 : 391-407
- [43] Brown DS. Diapers and underpads, Part 1: skin integrity outcomes. *Ostomy Wound Manage* 1994; 40(9): 20-6, 28
- [44] Brown DS. Diapers and underpads, Part 2: cost outcomes. *Ostomy Wound Manage* 1994; 40(9): 34-6, 38, 40
- [45] Merret S, Adams A, Jordan J. Incontinence research provides some answers. *Aust Nurs J* 1988; 18(2): 17-18

- [46] Collas DM, Malone-Lee JG. Age-associated changes in detrusor sensory function in women with lower urinary tract symptoms. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996; 7: 24-9
- [47] Wein AJ, Rovner ES. Definition and epidemiology of overactive bladder. *Urology* 2002; 60 suppl 5A: 7-12
- [48] Grosshans C, Passadori Y, Peter B. Urinary retention in the elderly : A study of 100 hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 633-8
- [49] Tan TL, Lieu PK, Ding YY. Urinary retention in hospitalized older women. *Ann Acad Med Singapore* 2001; 30: 588-92
- [50] Pfisterer MD, Griffiths DJ, Schaefer W, Resnick NM. The effect of age on lower urinary tract function: a study in women. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 405-12
- [51] Resnick NM, Yalla SV. Detrusor hyperactivity with impaired contractile function. An unrecognized but common cause of incontinence in elderly patients. *JAMA* 1987; 257: 3076-81
- [52] Griffiths DJ, McCracken PN, Harrison GM, Gormley EA, Moore KN. Urge incontinence and impaired detrusor contractility in the elderly. *Neuro Urodyn* 2002; 21: 126-131
- [53] Weiss JP, Blaivas JG, Jones M *et al.* Age related pathogenesis of nocturia in patients with overactive bladder. *J Urol* 2007; 178: 548-51
- [54] Herzog AR, Diokno AC, Brown MB *et al.* Two years incidence, remission and changes patterns of urinary incontinence in noninstitutionalized older adults. *J Gerontol* 1990; 45: 67-74
- [55] Nygaard IE, Lemke JH. Urinary incontinence in rural older women: prevalence, incidence and remission. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 1049-54
- [56] Brandeis GH, Baumann M, Hossain M, Morris JN, Resnick NM. The prevalence of potentially remediable urinary incontinence in frail older people: a study using the Minimum Data Set. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45(2): 179-84
- [57] Baztan J, Arias E, Gonzales E, Isabel M, De Prada R. Newonset urinary incontinence and rehabilitation outcomes in frail older patients. *Age & Ageing* 2005; 34: 172-5
- [58] Thom DH, Haan MN, Van Den Eede SK. Medically recognized urinary incontinence and risks of hospitalization, nursing home admission and mortality. *Age & Ageing* 1997; 26: 367-74

- [59] Offermans M, Du Moulin M, Hamers J, Dassen T, Halfens R. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents : a systematic review. *Neurourol & Urodyn* 2009; 28: 288-94
- [60] Katz S, Down TD, Cash HR. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10: 20-30
- [61] Holroyd-Leduc JM, Metha KM, Covinsky KE. Urinary incontinence and its association with death , nursing home admission, and functional decline. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 712-8
- [62] Ko Y, Lin SJ, Salmon JW, Bron MS. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *Am J Man Care* 2005; 11 (Sup 4): 103-111
- [63] ANAES Mai 2003. Recommandations professionnelles: Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale.
- [64] Hermieu JF, Conquy S, Leriche B, Debodinance P, Delorme E, Boccon Gibod L, Cortesse A, Vidart A, Cour F, Richard F, Cardot V, Berlizot P, Lenormand L, Ragni E, Peyrat L, Yiou R, Ballanger P et le Comité d'Urologie et de Pelvipérinéologie de la Femme (Association Française d'Urologie). Synthesis of the guidelines for the treatment of non-neurological urinary incontinence in women. *Progrès en Urologie* 2010; 20 Suppl. 2, S94-S99
- [65] Ostaszkievicz J, Johnston L, Roe B. Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults (Review) Copyright © 2005 The Cochrane collaboration. Published by Wiley & sons, Ltd.
- [66] Fink HA, Taylor BC, Tacklind JW, Rutks IR, Wilt TJ, Treatment interventions in nursing home residents with urinary incontinence: a systematic review of randomized trials. *Mayo Clin Pro* 2008; 83(12): 1332-43
- [67] Resnick NM, Brandeis GH, Baumann MM *et al.* Misdiagnosis of urinary incontinence in nursing home women: prevalence and proposed solution. *Neurourol Urodyn* 1996; 15(6): 599-613
- [68] Wagg A, Wyndaele JJ, Sieber P. Efficacy and tolerability of solifenacin in elderly subjects with overactive bladder syndrome: a pooled analysis. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006; 4(1): 14-24

- [69] Hill S, Elhilali M, Millard RJ, Dwyer PL, Lheritier K, Kawakami FT, Steel M. Long-term darifenacin treatment for overactive bladder in patients aged 65 years old and older: analysis of results from a 2-year, open-label extension study. *Curr Med Res Opin* 2007; 23(11): 2697-704
- [70] Malone-Lee JG, Walsh JB, Maugourd MF. Tolterodine: a safe and effective treatment for older patients with overactive bladder. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(6): 700-5
- [71] Zinner NR, Mattiasson A, Stanton SL. Efficacy, safety, and tolerability of extended-release once-daily tolterodine treatment for overactive bladder in older versus younger patients. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(5): 799-807
- [72] Zoritto ML, Holliday PJ, Jewett MA, Herschorn S, Fernie GR. Oxybutinine chloride for geriatric urinary dysfunction: a double-blind placebo-controlled study. *Age & Ageing* 1989; 18(3): 195-200
- [73] Ouslander JG, Schnelle JF, Uman G, Fingold S, Nigam JG, Tuico E, Jensen BB. Does oxybutinine add to the effectiveness of prompted voiding for urinary incontinence among nursing home residents? A placebo-controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43(6): 610-7
- [74] Lackner TE, Wyman JF, McCarthy TC, Monigold M, Davey C. Randomized, placebo-controlled trial of the cognitive effect, safety, and tolerability of oral extended-release oxybutinine in cognitively impaired nursing home residents with urge urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(5): 862-70
- [75] Ancelin ML, Artero S, Portet F, Dupuy AM, Touchon J, Ritchie K. Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs: longitudinal cohort study. *BMJ* 2006; 332(7534): 455-9
- [76] Cancelli I, Gigli GL, Piani A, Zanchettin B, Janes F, Rinaldi A, Valente M. Drugs with anticholinergic properties as a risk for cognitive impairment in elderly people: a population based study. *J Clin Psychopharmacol* 2008; 28(6): 654-9
- [77] Kay G, Crook T, Reveda L, Lima R, Ebinger U, Arguinzoniz M, Steel M. Differential effects of antimuscarinic agents darifenacin and oxybutinine ER on memory in older subjects. *Eur Urol* 2006; 50(2): 317-26

- [78] Johnson TM 2nd, Miller M, Tang T, Pillion DJ, Ouslander JG. Oral dAVP for nighttime urinary incontinence in characterized nursing home residents: a pilot study. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7: 6-11
- [79] Johnson TM 2nd, Burgio KL, Redden DT, Wright KT, Goode PS. Effects of behavioral and drug therapy on nocturia in older incontinent women. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 846-850
- [80] Burgio KL, Goode PS, Locher JL, Umlauf MG, Roth DL, Richter HE, Varner RE, Lloyd LK. Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(5): 2293-9
- [81] McDowell BJ, Engberg S, Sereika S, Donovan N, Jubeck ME, Weber E, Engberg R. Effectiveness of behavioral therapy to treat incontinence in homebound older adults. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47(3): 309-18
- [82] Greuillet F, Couturier P, Vernin A, Franco A. Résultats à 2 ans de la rééducation de l'incontinence urinaire chez 73 femmes âgées de plus de 60 ans. *Ann Readaptation Med Phys* 1998 ; 41 : 139-45
- [83] Dougherty MC, Dwyer JW, Pendergast JF, Boyington AR, Tomlinson BU, Cowart RT, Duncan RP, Vogel B, Rooks LG. A randomized trial of behavioral management for incontinence with older rural women. *Res Nurs Health* 2002; 25(1): 3-13
- [84] Jung M, Faltin DL, Rutschmann O. Incontinence urinaire en pratique ambulatoire : impact sur la qualité de vie des femmes. *Rev Med Suisse* 2006; 2 : 2332-5
- [85] Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Urinary incontinence in community dwelling elderly: Are there sex differences in help-seeking behavior? *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 209-16
- [86] Li Y, et al. Gender differences in healthcare-seeking behavior for urinary incontinence and the impact of socioeconomic status. A study of the medicare managed care population. *Med Care* 2007; 45: 1116-22
- [87] Jaunin-Stadler N, Lagro-Janssen ALM. Urinary incontinence: neither men nor women should be forgotten. *Rev Med Suisse* 2013; 9: 1535-7
- [88] Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Sex differences in the use of absorbent (incontinence) pads in independently living elderly people: Do men receive less care? *Int J Clin Pract* 2009; 63: 869-73

- [89] Widing Isaksen L. Toward a sociology of (gendered) disgust: Images of bodily decay and the social organization of care work. *Journal of Family Issue* 2002; 23(7), Special issue: Care and kinship, Part 2, 791-811
- [90] Voytas MD, FACP, CMD. The role of geriatricians and family practitioners in the treatment of overactive bladder and incontinence. *Rev Urol* 2002; 4(suppl 4):S44-S49
- [91] RNAO Favoriser la continence par le déclenchement de la miction (avec supplément sur les révisions 2011). Ontario : RNAO ; 2005 [cited 2012 8/02] ; Available from <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=1386>
- [92] Waag A, Potter J, Peel P, Irwin P, Lowe D, Pearson M. National audit of incontinence care for older people: management of urinary incontinence. *Age and Ageing* [Historical Article, Multicenter Study] 2008; 37(1): 39-44
- [93] Haslam J. Nursing management of stress urinary incontinence in women. *Br J Nurs* 2004; Jan 8-21; 13(1): 32-40
- [94] Du Moulin MFMT, Hamers JPH, Ambergen AW, Halfens RJG. Urinary incontinence in older adults receiving home care diagnosis and strategies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009; 23(2): 222-30
- [95] Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. *Archives of gynecology and obstetrics* [Review] 2008; 277(4): 285-90
- [96] Deruelle P, Houfflin-Debarge V, Nayama M, Vinatier D, Crepin G, Cosson M. Comparative analysis of rate scales of urinary incontinence in women. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31(6): 516-20
- [97] Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *Am J Nurs* 2006; 106(1): 58-67, quiz -8
- [98] Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMU* 2010; 340: c1718-c
- [99] Albers-Heitners P, Joore B, Winkens R, Lagro-Janssen T, Severens J, Berghmans B. Cost-effectiveness of involving nurse specialists for adults patients with urinary incontinence in primary care compared care-as-usual: An economic evaluation alongside a pragmatic randomized controlled trial. *Neurol Urodyn* 2012; 24

- [100] Ganz DA, Koretz BK, Bail JK, McCreath HE, Wenger NS, Roth CP, *et al.* Nurse practitioner comanagement for patients in an academic geriatric practice. *The American journal of managed care*. [Research Support, N.I.H., Extramural, Research Support, Non-U.S. govt, Research Support U.S. govt, Non-P.H.S.] 2010; 16(2): e343-55.31
- [101] Herr-Wilbert IS, Imhof L, Hund-Georgiadis M, Wilbert DM. Assessment-guided therapy of urinary incontinence after stroke. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses* 2010; 35(6): 248-53
- [102] Thomas LH, Barrett J, Cross S, French B, Leathley M, Sutton C, *et al.* Prevention and treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane database systematic reviews*. [Meta-analysis, Review] 2005; CD004462
- [103] Tannenbaum C, Budeau CE. Urinary incontinence in the nursing home : practical approach to evaluation and management. *Clin Geriatr Med* 2004; 20(3): 437-52, vi
- [104] Dowling-Castronovo A, Specht JK. How to try this: Assessment of transient urinary incontinence in older adults. *Am J Nurs* 2009; 109(2): 67-71; quiz 2
- [105] Roe B, Flanagan L, Jack B, Barrett J, Chung A, Shaw C, *et al.* Systematic review of the management of incontinence and promotion of incontinence in older people in care homes: descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. *J Adv Nurs* 2011; 67(2): 228-50
- [106] Blaupain N, Chardon O, division Enquête et études démographiques INSEE. Projections de population à l'horizon 2060. *INSEE PREMIERE* octobre 2010 ; n° 1320. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf>
- [107] Fayole E, Vallée J, Factors influencing GPs' gynecological practice. *Exercer* 2013; 107: 114-20
- [108] Chasles V, Denoyel A, Vincent C. La démographie médicale en France, le risque des deserts médicaux. L'exemple de la Montagne ardéchoise. ENS Lyon : publié le 26/03/2013. Disponible sur : <http://www.geoconfluence.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteDoc4.html>
- [109] CNAMTS Janvier 2008 Modèle « AGGIR » Guide d'utilisation Disponible sur : http://www.framework.agevillage.com/documents/pdfs/Guide_AGGIR_2007.pdf

- [110] CNSA 6 février 2012, « PATHOS » Guide d'utilisation 2012 Disponible sur : http://www.cnsa.fr/documentation/guide_d_utilisation_pathos_2012.pdf
- [111] Nomenclature générale des actes professionnels. Disponible sur : <http://www.ffmkr.org/pratique-professionnelle/textes-officiels/nomenclature-generale-des-actes-professionnels-ref215>
- [112] Castaldi E. Le respect du droit à l'intimité des personnes âgées à l'épreuve de la vie en collectivité ? Un défi pour les établissements. Mémoire de l'Ecole de Santé Publique ; 2003 85p.
- [113] Texte extrait de La Lettre de l'Espace Ethique, Sicard D. / AP-HP n° 15-16-17-18, 2002
- [114] Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford : Oxford University Press, op cit., 4e ed., 1994, X-546p.
- [115] François Blanchard. Alzheimer l'éthique en questions. Recommandations du groupe de travail, 2007
- [116] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de Santé.
- [117] Corpus de Gériatrie : janvier 2000, disponible sur : <http://www.corpusgeriatrie.org>
- [118] Rowe J.W, Kahn R.L. Human aging : usual and successful, *Science*, 237, 4811, 1987, pp. 143-149
- [119] Karine Tinat. Beauvoir face à sa vieillesse, *Les Temps Modernes* 2010/5, n°661, p.221-244
- [120] Henderson V. La nature des soins infirmiers, Interéditions, Paris, France, 1994
- [121] Abraham Maslow. Devenir le meilleur de soi : besoins fondamentaux, motivation et personnalité, Eyrolles, 2013
- [122] Rapports Aquino, Broussy, Pinville, en vue de la future Loi d'adaptation de la Société au vieillissement, remis le 11 mars 2013. Disponible sur : <http://www.gouvernement.fr>
- [123] Roulet Schwab D, Rivoir A. La maltraitance des personnes âgées : Représentations et gestion de la problématique dans les institutions. Juillet 2011. HEdS-La Source/Alter Ego

VU

NANCY, le 20/10/2015

Le Président de Thèse

NANCY, le 02/11/2015

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur F. ALLA

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 8095

NANCY, le 05 novembre 2015

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,
Par délégation le Vice-Président

Martial DELIGNON

RESUME DE LA THESE

Introduction : Plus de trois millions de français souffrent d'incontinence urinaire et sa prévalence augmente avec l'âge. Cette pathologie ne semble pas considérée comme une déficience pour laquelle un spectre large d'interventions est mis en place car les interventions « palliatives » sont retrouvées le plus souvent.

Objectif : Identifier les potentiels déterminants de la prise en charge palliative de l'incontinence urinaire chez le sujet âgé afin d'aborder une réflexion éthique.

Méthode : Revue narrative de la littérature en langue française et anglaise sur les bases de données Medline, CAIRN, et sur les sites internet de la Haute Autorité de Santé et du Ministère Français de la Santé. Les articles ont été retenus s'ils apportaient des éléments de réponse originaux dans la recherche des déterminants de la prise en charge palliative de l'incontinence urinaire du sujet âgé.

Résultats : 241 articles retrouvés et 98 retenus. Après analyse des articles sélectionnés nous avons identifié des déterminants potentiels de la prise en charge palliative de l'incontinence urinaire : marché rentable et porteur, risque de choix orienté par les coûts, formations soignantes par les fabricants, fidélisation des patients, banalisation et autogestion des symptômes, pathologie tabou, complexe, multifactorielle et chronophage, formation soignante déficiente, peu de recommandations spécifiques validées, traitements médicamenteux risqués, déserts médicaux, fidélisation des officines, exigence de propreté des corps et des lieux, surcharge de travail.

Conclusion : Nécessité de sensibiliser les soignants à cette pathologie fréquente afin de mieux l'intégrer dans la prise en charge globale de la personne âgée.

TITRE EN ANGLAIS

Factors influencing the palliative treatment of urinary incontinence in aged people :
Narrative literature review and ethical reflection

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2015

MOTS CLEFS : Déterminants décisionnels ; traitement palliatif ; incontinence urinaire ; revue narrative de la littérature ; réflexion éthique.

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
