



RAPPORT D'ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE

Incontinence urinaire

Évaluation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes vues en consultation de médecine générale en France métropolitaine

Code de l'enquête (IU2007-04)

Version n°2

Méthodologie de l'enquête	Enquête descriptive observationnelle, transversale, française.
Promoteur	Institut National de Veille Sanitaire 12, rue du Val d'Osne 94415 Saint Maurice Cedex
Responsable du projet pour le promoteur	Juliette BLOCH Institut de Veille Sanitaire, DMCT
Responsable du projet pour le réseau Sentinelles	Fabián ALVAREZ réseau Sentinelles Inserm – UPMC UMR-S 707 27, rue Chaligny 75571 Paris cedex 12
Comité Scientifique	<ul style="list-style-type: none">• Dr C. CIOFU, Service d'Urologie, Hôpital Tenon, Paris.• Dr E. D. MONTEFIORE, Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Tenon, Paris.• Pr. E. CHARTIER-KASTLER, Secrétaire général de l'Association Française d'Urologie (AFU).
Date du début de l'enquête:	Juin 2007
Date de fin de l'enquête :	Juillet 2007

Ce document est confidentiel et constitue la propriété de l'INSERM. Le détenteur de ce document s'engage à ne communiquer les informations reçues qu'aux collaborateurs et/ou autres tiers concernés, et à imposer à ces personnes les mêmes obligations de confidentialité. Il s'engage à ne pas utiliser directement ou indirectement ce document et les informations qu'il contient, soit pour lui-même, soit pour le compte de tiers, pour d'autres objets que ceux établis dans un contrat spécifique avec l'INSERM.

1 RESUME DE L'ENQUETE

Titre	Évaluation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes vues en consultation de médecine générale
Type d'enquête	Enquête descriptive observationnelle, transversale, française.
Objectifs:	<p><u>Objectif principal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluer la prévalence de l'incontinence urinaire (IU) chez les femmes vues en consultation de médecine générale <p><u>Objectifs secondaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluer les principaux facteurs de risque connus ▪ Evaluer le retentissement social de la maladie
Méthodologie	<p>Un « registre » des femmes de plus de 18 ans consultant le jour de l'enquête était constitué par chaque MG du réseau Sentinelles participant à l'enquête. Pour chaque femme, le médecin généraliste (MG) devait dépister les fuites urinaires et renseigner l'année de naissance, le nombre d'accouchements et l'année du dernier accouchement.</p> <p>Nichée dans ce registre, une enquête transversale a inclus les patientes avec fuites urinaires ayant accepté de participer et de répondre aux deux questionnaires proposés (un questionnaire rempli avec le MG et un auto-questionnaire de qualité de vie). Les principaux facteurs de risque décrits dans la littérature ont été recherchés (âge, obésité et parité). Pour les patientes refusant de participer à l'enquête transversale, les motifs de refus étaient consignés.</p> <p>Le médecin devait préciser à chaque patiente les objectifs et les modalités pratiques de l'enquête. L'enquête ne devait pas modifier la prise en charge médicale habituelle des patients, ni atteindre à leur intégrité physique ou psychique. Aucun examen, traitement ni visite de suivi n'étaient imposés par le protocole.</p> <p>Les deux questionnaires issus de l'enquête transversale, ainsi que le formulaire avec le « registre » des patientes, étaient renvoyés au moniteur de l'enquête dans une enveloppe prévue à tel effet.</p>
Critères d'inclusion	<p><u>Registre :</u></p> <p>Toutes les femmes vues par le médecin du réseau Sentinelles le jour de l'enquête (au cabinet ou à domicile), âgées de 18 ans et plus.</p> <p><u>Enquête transversale</u></p> <p>Toutes les femmes du registre ayant rapporté des fuites urinaires dans les 4 dernières semaines et ayant donné leur accord de participation.</p>

Critères d'exclusion	<p><u>Etude transversale</u></p> <p>Ne pouvaient pas participer à l'enquête transversale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les femmes enceintes ▪ Les femmes ayant accouché depuis moins de 3 mois
Méthodes statistiques	<p>Des statistiques descriptives ont été réalisées selon la nature des variables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour les variables quantitatives : effectifs, moyennes, écart-types, valeurs minimales et maximales, médianes, quartiles et nombre de valeurs manquantes. - pour les variables qualitatives : effectifs, pourcentages et nombre de valeurs manquantes. <p>Les tests statistiques ont été interprétés avec un risque de première espèce α fixé à 5 % en situation bilatérale. Les variables qualitatives ont été comparées par le test de Wilcoxon, les variables catégorielles par le test de Fisher. Les odds ratio calculés ont été présentés avec leur intervalle de confiance à 95 %. La prévalence de l'incontinence urinaire a été calculée comme le nombre de femmes avec fuites urinaires rapporté au nombre total de femmes du registre. La recherche des facteurs de risque d'IU a été réalisée dans un premier temps par une analyse univariée. Une régression logistique multivariée a ensuite été réalisée : les variables associées à la variable d'intérêt ont été sélectionnées selon une procédure pas à pas descendant. Les principaux facteurs de risque décrits dans la littérature sont l'âge, l'obésité et la parité. Le retentissement de l'IU a été analysé sur la population des patientes qui ont été incluses dans l'enquête transversale.</p>
Résultats	<p><u>Population de l'enquête</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecins participants : 1239 médecins généralistes du réseau Sentinelles ont été sollicités par courrier postal. 246 ont répondu et 241 ont renvoyé un questionnaire exploitable. Un suivi téléphonique des médecins a permis de recueillir les raisons de non participation pour 449 médecins : départ en vacances (43,7%), manque de temps (16,7 %) ou manque d'intérêt pour l'enquête (14,7 %), principalement. Les médecins ayant participé étaient répartis dans les 22 régions de France métropolitaine, avec une sur représentation des régions Rhône-Alpes et Ile-de-France. La plupart de médecins généralistes étaient du sexe masculin (N= 205 ; 85,1 %), avec un âge moyen de 53 ± 7 ans, et installés depuis 23 ± 8 ans en moyenne. • Patientes du registre : Au total, 2183 patientes ont été vues en consultation le jour de l'enquête par les 241 médecins entre juin et juillet 2007, constituant la population « registre ». L'âge moyen était de $54 (\pm 20)$ ans, l'indice de masse corporelle de $25,3 (\pm 5,4)$ kg/m² et le nombre moyen de parité de $1,9 (\pm 1,6)$.

Résultats (suite)

- **Patientes de l'enquête transversale** : parmi les 584 femmes du registre ayant déclaré des fuites urinaires pendant les quatre dernières semaines, 103 femmes n'ont pas été incluses dans l'enquête transversale, 31 femmes ne pouvaient pas répondre aux questions, 57 femmes ont refusé de participer. Au total, 496 femmes ont été incluses dans l'enquête transversale.

Résultats du registre

- **Prévalence de l'incontinence urinaire (IU)** : la prévalence de l'IU pour cette population des femmes était de 26,6 % (IC 95% : 24,7 - 28,4).
 - Prévalence des différents types d'IU :
 - ❖ IU d'effort (IUE) : 17,4 % [IC 95% : 15,8 ; 19,0]
 - ❖ IU d'impériosité (IUI) : 6,8 % [IC 95% : 5,7 ; 7,8]
 - ❖ IU mixte : 1,5 % [IC 95% : 0,63 ; 1,5]
- **Facteurs de risque de l'IU** :
 - la prévalence de l'IU augmentait significativement avec l'âge. Le risque d'IU était 3,6 fois plus élevé à partir de 30 ans (OR : 3,6, IC95 % [2,2 ; 6,4]), et 7,7 fois supérieur à partir de 50 ans (OR : 7,7, IC95% [3,6 ; 9,8]) (p<0,0001).
 - la prévalence de l'IU augmentait significativement avec l'IMC : OR = 1,7 (IC95 % 1,4 ; 2,2) pour un IMC supérieur ou égal à 26 kg/m², et OR = 3,8 (IC95 % 2,5 ; 5,8) pour un IMC supérieur ou égal à 36 kg/m² (p<0,0001).
 - la prévalence de l'IU augmentait significativement avec la parité (p<0,0001), indépendamment de l'âge.
 - une analyse multivariée prenant en compte l'âge, l'IMC et la parité a confirmée qu'un âge de plus de 50 ans, un IMC supérieur à 25 kg/m² et plus d'un accouchement sont les facteurs de risque d'IU.

Résultats de l'enquête transversale (N=496) :

- **Circonstances de la survenue de l'IU** : les fuites urinaires survenaient dans les circonstances suivantes (par ordre d'importance) : toux/éternuement (n = 360 ; 72,6%), activité physique (n = 232 ; 46,8 %), avant d'arriver aux toilettes (n = 219 femmes ; 44,2 %), au décours immédiat de la miction (n = 85 ;17,1 %), durant le sommeil (n = 62 ;12,5 %), sans cause (n = 61 ;12,3 %) ou tout le temps (n = 27 ;5,4 %).

Résultats (suite)**• Caractéristiques cliniques de l'IU (questionnaire ICIQ)**

- **Fréquence** : 174 femmes sur 488 (36 %) ont déclaré avoir des fuites urinaires environ 1 fois par semaine au maximum. Une fréquence plus importante : 2 à 3 fois par semaine, 1 fois par jour ou plusieurs fois par jour a été rapportée par 109 (22 %), 86 (18 %) et 87 (18 %) femmes, respectivement. Seuls 6 % des femmes ont déclaré avoir des fuites urinaires en permanence (réponse cochée : « tout le temps »).
- **Volume** : il était demandé aux femmes d'évaluer le volume des fuites (nul, petit, moyen, grand). 389 femmes sur 494 répondantes (79,3 %) ont décrit le volume comme étant « de petite quantité ».
- **Gêne** : les femmes devaient noter la gêne occasionnée par les fuites de « 0 » (pas du tout) à « 10 » (vraiment beaucoup). La gêne moyenne était de 4 ± 2 .
- **Score ICIQ** : une valeur médiane de 8 [min 4 ; max 21] a été retrouvée pour les femmes répondantes (488). Les femmes avec une IUE avaient un score ICIQ médian de 8, les femmes avec une IUI un score ICIQ médian de 9 et celle avec une IUM un score ICIQ médian de 8.
- **Ancienneté de l'IU** : l'ancienneté de l'IU était de moins de 10 ans ($n = 395$; 80,6 %). L'âge moyen des femmes avec une ancienneté des fuites ≤ 10 ans était significativement inférieur à celui des femmes dont l'ancienneté des fuites est ≥ 10 ans (60 ± 15 vs 64 ± 15 , $p < 0,001$).

• Evaluation de la qualité de vie

- **Score CONTILIFE, dimension « Activités quotidiennes »** : pour les 411 femmes ayant répondu à l'ensemble des questions, la médiane était de 9 sur 35 [min 2 ; max 35] et la moyenne de 10,5 sur 35 (ce score augmente avec le niveau de gêne ressentie par la patiente).

Résultats (suite)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Score CONTILIFE, dimension « Sexualité » : pour les 433 femmes ayant répondu à l'ensemble des questions, la médiane était de 1 sur 15 [min 0 ; max 15] et la moyenne de 2,1 sur 15 (ce score augmente avec le niveau de gêne ressentie par la patiente). • Prise en charge des patients avec IU <ul style="list-style-type: none"> ○ Port des protections urinaires (auto-questionnaire) : sur 437 femmes, 211 (48,3 %) ont déclaré porter tous les jours des protections à visée urinaire, tandis que 119 (27,3 %) n'en ont jamais portées. Le coût estimé par les femmes pour leurs protections urinaires était de moins de 5 € par semaine dans 59 % des cas. ○ Consultation d'un médecin pour IU : parmi les 496 femmes ayant répondu à cette question, 197 (39,7 %) ont déclaré avoir consulté un médecin pour leur IU. Le médecin généraliste était le plus sollicité (n = 108), suivi du gynécologue (n = 72) et de l'urologue (n = 48), sachant qu'une femme pouvait consulter plus d'un médecin. • Antécédentes suspectés de favoriser des fuites urinaires : parmi les 491 femmes ayant répondu à cette question, 204 déclaraient ne pas avoir identifié de cause à l'IU. Des motifs comme une chirurgie pelvienne (n= 63), l'accouchement (n=70), un diabète de type 2 (n=38) ou des infections urinaires (n=5) ont été évoqués par les autres femmes.
Conclusions	<p>Plus d'une femme sur quatre a déclaré une IU, le type d'IU le plus fréquent étant l'IU d'effort. La prévalence de l'IU augmente avec l'âge, l'IMC et la parité. Les femmes incontinentes apparaissaient peu gênées dans l'ensemble par les fuites urinaires à en juger par le score ICIQ et les dimensions de l'échelle CONTILIFE (activités quotidiennes et sexualité) analysés.</p>
Date du rapport :	V2 du 14 avril 2008

2	TABLE DES MATIERES	
1	RESUME DE L'ENQUETE.....	2
2	TABLE DES MATIERES.....	7
3	GLOSSAIRE ET ABBREVIATIONS	11
4	ASPECTS ETHIQUES.....	12
4.1	CADRE REGLEMENTAIRE DE L'ENQUETE.....	12
4.2	OBLIGATIONS LEGALES	12
4.3	INFORMATION DES SUJETS ET PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES.....	12
4.4	BONNES PRATIQUES EPIDEMIOLOGIQUES.....	12
5	COORDINATION DE L'ETUDE.....	13
5.1	PROMOTEUR ET MONITEUR DE L'ENQUETE OBSERVATIONNELLE	13
5.2	COMITE D'EXPERTS	13
5.3	QUALITE DES DONNEES	14
5.4	UTILISATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE	14
6	INTRODUCTION ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	14
7	OBJECTIFS DE L'ESSAI	17
7.1	OBJECTIF PRINCIPAL.....	17
7.2	OBJECTIFS SECONDAIRES.....	17
8	PLAN EXPERIMENTAL	17
8.1	METHODOLOGIE DE L'ENQUETE	17
8.2	RECRUTEMENT DES CENTRES	17
8.2.1	Sélection des centres.....	17
8.2.2	Nombre de centres.....	17
8.3	RECRUTEMENT DES SUJETS.....	17
8.3.1	Critères d'inclusion.....	17
8.3.2	Critères d'exclusion.....	18
8.4	DEROULEMENT DE L'ENQUETE	18
8.5	RECUEIL DES DONNEES	19
8.6	ANALYSE DES RESULTATS	19
8.7	CALENDRIER DE L'ENQUETE.....	21
8.8	ASSURANCE QUALITE DES DONNEES.....	21
8.8.1	Contrôle de qualité lors de l'enregistrement des données.....	21
9	RESULTATS.....	22
9.1	PARTICIPATION.....	22
9.2	CARACTERISTIQUES DES MEDECINS ENQUETEURS	22
	Représentativité de l'échantillon.....	24
9.3	INCLUSIONS DANS LE REGISTRE ET DANS L'ENQUETE TRANSVERSALE.....	25
9.4	ANALYSE DU REGISTRE	26
9.4.1	Caractéristiques des patientes du registre	26
9.4.2	Comparaison des caractéristiques des femmes de l'échantillon à celles de la population générale	28
9.4.3	Prévalence de l'IU	31
9.4.4	Caractéristiques des patientes incontinentes et patients non incontinentes.....	32

9.4.5	Influence de l'âge sur la prévalence de l'IU	34
9.4.6	Influence de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) sur la prévalence de l'IU	35
9.4.7	Influence du nombre d'accouchements sur la prévalence de l'IU	36
9.4.8	Facteur de risque d'IU : analyse multivariée	37
9.5	RESULTATS DE L'ENQUETE TRANSVERSALE	37
9.5.1	Caractéristiques des patientes de l'enquête transversale.....	37
9.5.2	Circonstance de survenue de l'IU (cf. annexe II)	38
9.5.3	Caractéristiques cliniques de l'IU (évaluation par le MG en consultation, cf. annexe II)	39
9.5.4	Evaluation de la qualité de vie (cf. annexe III)	43
9.5.5	Prise en charge de l'incontinence urinaire	47
9.5.6	Antécédents suspectés à l'origine d'IU	48
10	DISCUSSION	49
11	REFERENCES	53
12	ANNEXES	56
12.1	REGISTRE	56
12.2	ANNEXE II – QUESTIONNAIRE MÉDECIN	57
12.3	ANNEXE III – AUTO-QUESTIONNAIRE PATIENTE	60
12.4	AUTORISATION POUR UTILISATION DU QUESTIONNAIRE ICIQ	62

Liste des tableaux inclus dans le corps du rapport

Tableau 1. Raisons de non-participation	22
Tableau 2 . Distribution par région.....	23
Tableau 3. Caractéristiques des enquêteurs répondants ; comparaison aux médecins sentinelles non répondants	24
Tableau 4. Caractéristiques des médecins répondants ; comparaison avec l'ensemble des MG libéraux exerçant en France métropolitaine	24
Tableau 5. Caractéristiques des patientes du registre	26
Tableau 6. Distribution des femmes selon la corpulence (IMC référence OMS) et selon l'âge	27
Tableau 7. Prévalence du surpoids et d'obésité en fonction de l'âge	27
Tableau 8. Distribution de la parité chez les femmes du registre	27
Tableau 9. Distribution de la parité chez les femmes du registre selon l'âge.....	28
Tableau 10. Prévalence de surpoids et de l'obésité chez les femmes du registre comparées à celle des femmes de l'enquête ENNS 2006.....	31
Tableau 11. Dépistage d'une IU parmi les femmes éligibles du registre	31
Tableau 12 . Prévalence des différentes formes d'IU	32
Tableau 13. Caractéristiques des patientes incontinentes et des non incontinentes	32
Tableau 14. Prévalence de l'IU en fonction de l'âge.....	34
Tableau 15. IMC et IU.....	35
Tableau 16. Parité et IU	36
Tableau 17. Facteurs de risque d'IU.....	37
Tableau 18. Caractéristiques des patientes de l'enquête transversale	37
Tableau 19. Circonstances de survenue d'IU	38
Tableau 20. Score ICIQ obtenu chez les femmes de l'enquête transversale	41
Tableau 21. Score ICIQ selon l'âge.....	42
Tableau 22. Critères associés au fait d'avoir consulté un médecin	47
Tableau 23. Critères associés au fait d'avoir consulté un médecin : analyse multivariée	47
Tableau 24. Antécédents suspectés par les femmes comme étant à l'origine de leur de leur IU	48

Liste des figures incluses dans le corps du rapport

Figure 1. Distribution sur le territoire français des MG du réseau Sentinelles ayant participé	23
Figure 2. Diagramme d'inclusion des patients au registre et à l'enquête	25
Figure 3. Distribution des patientes du registre par classes d'âge	26
Figure 4. Distribution de l'âge des femmes en France métropolitaine, selon les dernières données de l'INSEE de 2008, comparée à celle des participantes à l'enquête (registre).	29
Figure 5. Distribution d'âge des femmes vues en médecine générale en France métropolitaine selon les données de la DRESS 2004, comparées à celles participantes à l'enquête (registre).	29
Figure 6. Distribution de l'IMC selon l'âge des femmes en France métropolitaine d'après les données de l'Enquête Nationale de Nutrition et Santé (ENNS, 2006) comparée à celle des participantes à l'enquête (registre).	30
Figure 7. Distribution des classes d'âge selon la présence ou absence d'incontinence urinaire	33
Figure 8. Distribution des classes d'IMC selon la présence ou absence d'incontinence urinaire	33
Figure 9. Distribution des classes de parité selon la présence ou absence d'incontinence urinaire	33
Figure 10. Prévalence de l'IU en fonction de l'âge.	34
Figure 11. Prévalence de l'IU en fonction de l'IMC (kg/m2).	35
Figure 12. Prévalence de l'IU en fonction du nombre d'accouchements.	36
Figure 13. Fréquence des fuites urinaires	39

Figure 14. Volume des fuites urinaires.....	40
Figure 15. Volume et gêne	40
Figure 16. Distribution des Scores ICIQ	41
Figure 17. Fréquence de la gêne des troubles urinaires à l'extérieur.....	43
Figure 18. Fréquence de la gêne des troubles urinaires en conduisant ou en se faisant conduire.	43
Figure 19. Fréquence de la gêne des troubles urinaires pour monter ou descendre les escaliers.	44
Figure 20. Fréquence de la gêne des troubles urinaires au moment de faire les courses ou des achats.	44
Figure 21. Fréquence de la gêne des troubles urinaires au moment de faire la queue.....	44
Figure 22. Fréquence de l'interruption du travail ou des activités quotidiennes.	45
Figure 23. Fréquence de réveil mouillé.	45
Figure 24. Anxiété à l'idée d'avoir des rapports sexuels à cause des troubles urinaires.	46
Figure 25. Modification du comportement sexuel à cause des troubles urinaires.	46
Figure 26. Crainte d'avoir des fuites urinaires au cours des rapports sexuels.....	46

3 GLOSSAIRE ET ABBREVIATIONS

- %** Pourcentage
- AFU** Association Française d'Urologie
- BPE** Bonnes Pratiques Epidémiologiques
- CNAM** Caisse National d'Assurance Maladie
- CNOM** Conseil National de l'Ordre des Médecins
- DM** Données manquantes
- E.T.** Ecart Type
- HAS** Haute Autorité de Santé
- IC** Intervalle de Confiance
- ICIQ** *International Consultation on Incontinence Modular Questionary*
- ICS** *International Continence Society*
- IMC** Indice de Masse Corporelle
- INED** Institut National Etudes Démographiques
- INSEE** Institut National de la Statistique et des Enquêtes Économiques
- IU** Incontinence Urinaire
- IUE** Incontinence Urinaire d'Effort
- IUI** Incontinence Urinaire par Impériosité
- IUM** Incontinence Urinaire Mixte
- MG** Médecin Généraliste
- NS** Non significatif
- OR** Odds Ratio
- Q** quartile
- RIAP** Relevé Individuel d'Activité et de Prescription
- S** Significatif
- SFMG** Société Française de Médecine Générale

4 ASPECTS ETHIQUES

4.1 Cadre réglementaire de l'enquête

Cette enquête ne s'inscrivait pas dans le champ d'application de la loi Huriet et ne prévoyait que le recueil de données non nominatives et non sensibles au sens de la loi « Informatique et Libertés » relative au traitement de données nominatives et/ou sensibles dans le domaine de la santé (loi n°94548 du 1er juillet 1994 modifiant la loi du 06 janvier 1978 et son décret d'application du 09 mai 1995).

Une copie du protocole de l'enquête est présentée dans l'Annexe I.

4.2 Obligations légales

Cette enquête rentre dans le cadre des enquêtes réalisées par le réseau Sentinelles qui a obtenu l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (avis n° 471393, septembre 1996).

Le nom des patientes participantes n'a pas été transmis à l'Inserm. Seul le numéro d'inclusion de la patiente apparaît dans le registre et les questionnaires.

4.3 Information des sujets et protection des données personnelles

L'information du sujet participant à l'enquête et l'obtention de son consentement n'était donc pas une obligation selon la loi française. Cependant, le médecin enquêteur devait informer les sujets sous forme compréhensible, de la nature et de l'objectif de l'enquête, ainsi que de l'existence d'un traitement automatisé des données, de ses finalités et de son droit d'accès et de rectification.

Le modèle de formulaire de recueil d'information figure en Annexe I, II et III.

4.4 Bonnes pratiques épidémiologiques

L'enquête a été conduite selon les Bonnes Pratiques Epidémiologiques éditées par l'ADEF.

Le dossier contenant les documents essentiels de cette enquête a été constitué et archivé.

5 COORDINATION DE L'ETUDE

5.1 Promoteur et Moniteur de l'enquête observationnelle

Institut de Veille Sanitaire
DMCT
12 rue du Val d'Osne
94415 Saint Maurice Cedex

➤ *Responsable*

Juliette Bloch

☎ 01 41 79 68 29

j.bloch@invs.sante.fr

UMRS 707 Inserm UPMC
Réseau Sentinelles
27 rue Chaligny
75571 Paris cedex 12

➤ *Responsable du Réseau*

Thierry Blanchon

☎ 01 44 73 86 69

blanchon@u707.jussieu.fr

➤ *Responsable du projet*

Fabián Alvarez

☎ 01 44 73 86 69

alvarez@u707.jussieu.fr

➤ *Chargé du projet*

Violaine Guérout

guerout@u707.jussieu.fr

➤ *Statisticienne*

Camille Pelat

☎ 01 44 73 86 61

pelat@u707.jussieu.fr

➤ *Rédacteur du rapport*

Andrea Lasserre




☎ 01 44 73 86 61

lasserre@u707.jussieu.fr

5.2 Comité d'experts

Un comité d'experts a été constitué pour cette enquête observationnelle afin de valider la pertinence des objectifs, la méthodologie retenue, la qualité scientifique du projet, et de participer à l'élaboration et à la validation du protocole et des questionnaires.

Le comité d'experts a eu également pour rôle de conseiller le Promoteur de l'enquête sur les moyens à mettre en œuvre pour assurer la qualité des données recueillies, l'exploitation de celles-ci et la publication des résultats. Le comité d'experts a été constitué par :

- | | |
|--|---|
| <p>➤ Dr. Calin Ciofu
<i>Praticien Hospitalier (P.H.)</i></p> | <p>Service d'Urologie
Hôpital Tenon
4 rue de la Chine
75020 PARIS
 01 40 19 36 89</p> |
| <p>➤ Dr. Emmanuel D. Montefiore
<i>P.H.</i></p> | <p>Service de Gynécologie Obstétrique
Hôpital Tenon
4 rue de la Chine
75020 Paris
 01 56 01 73 18</p> |
| <p>➤ Pr Emmanuel Chartier-Kastler
<i>Secrétaire général de l'AFU,
PU-PH, Paris VI</i></p> | <p>Association Française d'Urologie (AFU)
12 rue de la Croix Faubin
75577 PARIS cedex 11
 01 44 64 15 83</p> |

5.3 Qualité des données

La saisie des données a été effectuée par l'unité 707 de l'Inserm selon la procédure élaborée par l'unité 707 de l'Inserm.

5.4 Utilisation des résultats de l'enquête

Toutes les données scientifiques fournies par l'Inserm et non encore publiées, sont confidentielles et demeurent la propriété de l'Inserm. L'investigateur s'engage à n'utiliser ces informations que sous accord préalable écrit du responsable du réseau Sentinelles. Les résultats de l'enquête pourront faire l'objet de publications dans des journaux scientifiques ou de présentations lors de réunions scientifiques. Pour toute publication rédigée sur cette enquête, le réseau Sentinelles et l'Institut de Veille Sanitaire se réservent le droit de sélectionner les personnes qui seront désignées comme auteurs et en tant que tels rédigeront le document. Le rapport final sera mis en ligne sur le site du réseau à l'adresse <http://www.sentiweb.fr>. Son accès sera libre de tous droits, la source devant être indiquée en cas d'utilisation des résultats.

6 INTRODUCTION ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

La réalisation d'une enquête sur l'incontinence urinaire (IU) s'inscrit dans le cadre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui définit les orientations stratégiques dans les domaines jugés prioritaires. Parmi ceux-ci figure la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, dont on s'intéresse par ce travail à l'incontinence urinaire.

Cette enquête, faite à la demande de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), a pour objectif de préciser la prévalence, les principaux facteurs de risque, et le retentissement de cette pathologie, ainsi que les caractéristiques des personnes concernées. Elle se fera au travers d'une étude chez les patientes consultant les médecins généralistes qui intègrent le réseau Sentinelles de l'Inserm (UMRS 707).

L'« International Continence Society » (ICS), chargée sur le plan international d'harmoniser les nomenclatures utilisées dans les explorations urodynamiques, a défini l'incontinence urinaire comme une « fuite involontaire d'urine » (Abrams et al. 2003 ; Haab et al. 2004). Cette définition modifie la précédente faite par l'ICS, qui ajoutait la notion d'impact sur la qualité de vie, notion controversée (Foldspang et Mommsen 1997) et finalement abandonnée. En outre, l'ICS préconise de définir l'IU selon « le mécanisme et les circonstances de survenue des fuites, leur sévérité, leur fréquence, l'existence d'éventuels facteurs favorisants, leur impact social, hygiénique ou sur la qualité de vie, l'existence d'éventuelles mesures prises pour éviter les fuites et enfin la notion de demande médicale de la part du patient » (Haab et al. 2004).

Sur le plan de la physiopathologie, il existe trois grands types d'IU, permettant de définir chez la femme :

- l'incontinence urinaire d'effort (IUE), survenant à l'occasion d'une élévation de la pression abdominale non précédée d'une sensation de besoin d'uriner,
- l'incontinence urinaire par impériosité (IUI), appelée aussi d'urgence ou par hyperactivité vésicale, caractérisée par une miction incontrôlée précédée d'un besoin urgent d'uriner,
- l'incontinence urinaire mixte (IUM), associant chez une même personne les deux formes précédentes.

La prévalence mondiale de l'IU (hommes et femmes confondus) est estimée à plus de 200 millions de personnes (Norton et Brubaker 2006). En Europe, l'enquête EPICONT a estimé les prévalences de l'IU chez des femmes de plus de 18 ans en Espagne (23 %), Allemagne (41 %), Grande-Bretagne (42 %) et France (44 %) (Hunskar et al. 2004, Monz et al. 2005). Plusieurs enquêtes ont été menées en Europe, pour lesquelles les chiffres des taux de prévalence sont très variables (17 à 38 %) suivant les conditions des enquêtes (Hampel et al. 2004).

En France, deux enquêtes de prévalence de l'IU ont été menées récemment, l'une en médecine générale et l'autre en population générale :

- en 2002, sur un total de 2 216 patientes de plus de 35 ans, ou ayant accouché depuis plus de deux ans, incluses par 80 médecins généralistes, 53,26 % avaient des fuites urinaires, 39,83 % se plaignaient d'incontinence, et 20,4 % utilisaient des garnitures (Vallée et al. 2005),
- en 2002-03, sur un total de 5 183 femmes de plus de 18 ans, issues de la population générale et enquêtées par téléphone, la prévalence de l'IUE a été estimée à 20 % (Gasquet et al. 2006, Haab 2007).

Ces variations de taux de prévalence sont dues à des différences concernant la définition de l'IU, la population étudiée ou le mode d'échantillonnage. Il est ainsi difficile, à partir des résultats peu comparables de ces enquêtes, de montrer une évolution temporelle de la prévalence de cette pathologie. Par ailleurs, ces chiffres sont vraisemblablement sous-estimés, l'IU étant un sujet relativement tabou. Les patientes n'abordent pas spontanément le sujet, mais attendent plutôt que leur médecin le fasse (Vallée et al. 2005, Avallenet 2003).

Les facteurs de risque de l'IU ont été largement étudiés dans la littérature. Les plus importants sont les suivants :

- la maternité et la vie génitale de la femme : près de 30% des primipares deviendraient incontinentes après leur accouchement (Hvidman et al. 2003).
- les antécédents obstétricaux et chirurgicaux (Minaire et al. 1992, Hvidman et al. 2003, Kocak et al. 2006)
- l'âge : la prévalence augmente de façon linéaire avec l'âge, mais ce facteur opère de manière différente selon la forme de l'incontinence (Irwin et al. 2006). Ainsi, la prévalence de l'IUE serait stable au cours de la vie, alors que la prévalence de l'IUI serait croissante avec l'âge (Minaire et al. 1992, Hunnskaar et al. 2003, Shaw et al. 2006).
- la ménopause n'a pas été mise en évidence comme constituant un facteur de risque (Grady et al. 2001, Viktrup et al. 2005), et l'épisiotomie ne serait pas protectrice (Norton et al. 2006).

L'analyse de l'impact psychosocial est aussi importante car l'attitude des patientes influence la mesure de la prévalence et les décisions médicales (Viktrup et al. 2005). Il a été montré que seulement 7 à 12 % des femmes atteintes perçoivent ce trouble comme un problème (Kuhn et al. 2006), tandis que les autres adaptent leur activité et ne se considèrent pas incontinentes. Elles n'abordent le problème que si elles sont gênées dans leur vie quotidienne ou si elles portent des protections, et ignorent souvent les alternatives de traitement : rééducation, traitement médicamenteux et intervention chirurgicale (Kuhn et al. 2006). Ces thérapeutiques sont peu proposées, l'IU étant mal dépistée (Minaire et al. 2002).

Cette enquête épidémiologique, faite à la demande de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), avait pour objectif de préciser la prévalence, les principaux facteurs de risque, et le retentissement de cette pathologie, ainsi que les caractéristiques des personnes concernées. Selon les recommandations proposées par l'HAS (ANAES 2003), le médecin généraliste est au centre du dépistage et de la prise en charge de l'IU. L'enquête a donc été menée auprès de patientes consultant les médecins généralistes du réseau Sentinelles de l'Inserm (UMR-S 707).

7 OBJECTIFS DE L'ESSAI

7.1 Objectif principal

- Evaluer la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes consultant en médecine générale en France métropolitaine (suivant la définition de la l'International Continence Society)

7.2 Objectifs secondaires

- Evaluer les principaux facteurs de risque
- Evaluer le retentissement social de la maladie

8 PLAN EXPERIMENTAL

8.1 Méthodologie de l'enquête

Schéma épidémiologique de type registre, avec recueil exhaustif pendant une journée d'informations permettant le dépistage de l'IU chez toutes les patientes de plus de 18 ans consultant l'un des médecins généralistes participant.

Nichée dans ce registre, une enquête transversale, recueillait des données spécifiques concernant les femmes pour lesquelles une incontinence urinaire avait été dépistée.

8.2 Recrutement des centres

8.2.1 Sélection des centres

L'enquête a été proposée à l'ensemble des médecins généralistes participant aux activités du réseau Sentinelles de l'Inserm sur une base volontaire et bénévole (1 239 médecins généralistes répartis sur tout le territoire français métropolitain) (Flahault et al. 2001).

8.2.2 Nombre de centres

L'expérience du réseau Sentinelles montre qu'environ 40% des médecins répondent aux questionnaires de ce type d'enquête en l'absence de relance téléphonique (Czernichow et Flahault 2001). Il était souhaité la participation de 400 centres constitués chacun d'un médecin généraliste du réseau Sentinelles.

8.3 Recrutement des sujets

Il a été demandé aux médecins Sentinelles de ne pas modifier leurs habitudes de prise en charge de leurs patients.

8.3.1 Critères d'inclusion

Pouvait être incluse dans le Registre :

- toute patiente de plus de 18 ans vue en consultation par le médecin Sentinelles dans le cadre de son exercice de médecine générale libérale (au cabinet ou au domicile)
- ayant accepté d'être répertoriée dans le « Registre ».

Pouvait être incluse dans l'Enquête Transversale :

- toute patiente issue du « Registre »
- Ayant répondu « oui » à la question : « Pendant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des fuites urinaires ? »
- ayant accepté de participer à l'enquête (réponses aux questionnaires).

8.3.2 Critères d'exclusion

Devait être exclue de l'Enquête Transversale :

- Toute femme enceinte
- Toute femme ayant accouché depuis moins de 3 mois

8.4 Déroulement de l'enquête

Un registre et les questionnaires ont été envoyés par voie postale à l'ensemble des médecins du réseau Sentinelles, accompagnés d'une enveloppe retour.

L'enquête s'est déroulée sur une journée complète de consultations. Le choix de la journée a été laissé au libre arbitre du médecin participant.

Pour chacune des femmes consultant lors de cette journée et acceptant de participer à l'enquête, le médecin devait remplir une ligne du registre (cf. annexe I). Les données recueillies permettaient de dépister les femmes atteintes d'incontinence urinaire. Pour ces patientes, le médecin devait remplir avec la patiente un questionnaire complémentaire sur la maladie (questionnaire ICIQ, cf. annexe II). Il devait reporter sur le questionnaire le numéro d'inclusion de la patiente figurant sur le Registre. Un auto-questionnaire sur la qualité de vie était remis à la patiente (cf. annexe III). Le numéro d'inclusion devait être reporté par le médecin également sur l'auto-questionnaire. L'année de naissance de la patiente, inscrite sur le registre et les deux questionnaires, a permis de vérifier la correspondance de ces données. Les données ont été recueillies de façon strictement anonyme.

A la fin de l'enquête le médecin a renvoyé le registre et les questionnaires au responsable de l'enquête.

Une relance par téléphone a été effectuée auprès des médecins n'ayant pas renvoyé le questionnaire. Le protocole de l'enquête est en accès libre sur le site internet « <http://www.sentiweb.fr> »

8.5 Recueil des données

L'unité UMR-S 707 Inserm UPMC (réseau Sentinelles) a fourni au médecin Sentinelles enquêteur l'ensemble du matériel nécessaire au bon déroulement de l'enquête.

Toutes les inscriptions et corrections de données devaient être faites, sous la responsabilité du médecin Sentinelles, en barrant la donnée incorrecte et en inscrivant la donnée correcte à côté. La donnée incorrecte devait demeurer visible et la correction devait être paraphée et datée. Le médecin Sentinelles devait accepter de fournir une explication raisonnable pour toutes les données manquantes. Le Registre des patientes incluses ainsi que les questionnaires remplis ont été transmis à l'aide de l'enveloppe réponse fournie à l'unité UMR-S 707 Inserm UPMC (réseau Sentinelles).

Les registres et les questionnaires ont été identifiés par le nom du médecin participant.

Questionnaire ICIQ

Le questionnaire « *International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire* », couramment nommé « ICIQ » est reconnu au niveau international et a été traduit et validé en français (Avery et al, 2004). Les auteurs du questionnaire ont donné au réseau Sentinelles le droit d'utilisation et lui ont fourni la version française du questionnaire (cf. annexe II).

Le questionnaire ICIQ-SF permet de décrire la fréquence (de 0= jamais à 5 = tout le temps), le volume (de 0=nulle à 6=une grande quantité), et la gêne de l'IU dans la vie de tous les jours (échelle visuelle analogique entre « 0 » = pas du tout et « 10 » = vraiment beaucoup). Les autres questions permettent de décrire les circonstances et l'ancienneté des pertes d'urines, ainsi que de savoir si la patiente a consulté un médecin pour ce problème, si elle a reçu un traitement et les antécédents pouvant être à l'origine des fuites d'urines involontaires.

Auto questionnaire de qualité de vie (cf. annexe III)

L'auto questionnaire rempli par les patientes comportait :

- Une partie issue du questionnaire CONTILIFE, dans ses dimensions « activités quotidiennes » et « sexualité » (Amarenco et al, 2003).
- Une partie sur l'utilisation des protections à visée urinaire, le type des protections urinaires et le coût moyen hebdomadaire dépensé en protections si c'était le cas.

8.6 Analyse des résultats

Le critère de jugement principal était la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes de 18 ans et plus, avec son intervalle de confiance à 95%. La prévalence de l'IU a été calculée à partir des réponses du registre.

La prévalence des différentes formes d'IU a été calculée à partir des réponses de l'enquête transversale en tenant compte des réponses à la question sur les circonstances des fuites:

- Incontinence urinaire d'effort (IUE) : IU « quand vous tousssez ou éternuez » ou « quand vous faites une activité physique ».
- Incontinence urinaire d'impériosité (IUI) : IU « avant d'arriver aux toilettes ».
- Incontinence urinaire mixte (IUM) : IU (« quand vous tousssez ou éternuez » ou « quand vous faites une activité physique ») et « avant d'arriver aux toilettes ».

Le critère de jugement secondaire était le score CONTILIFE de retentissement sur la vie sociale des patientes. Les données des questionnaires ont été saisies grâce au logiciel EpiData et l'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel R. L'ensemble des variables du questionnaire de l'enquête a été analysé et les données manquantes ont été signalées.

Les variables qualitatives ont été comparées selon le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher si ce premier ne s'appliquait pas. Les variables quantitatives ont été comparées par le test de Wilcoxon. Un risque de première espèce de 5% a été choisi pour la réalisation de ces tests statistiques.

La recherche des facteurs de risques d'IU a été réalisée dans un premier temps par une analyse univariée. Une régression logistique a ensuite été réalisée : les variables associées à la variable d'intérêt ont été sélectionnées selon une procédure pas à pas descendant. Les principaux facteurs de risque décrits dans la littérature sont l'âge, l'obésité et la parité. L'analyse multivariée a été faite en deux étapes. Tout d'abord avec les variables âge, IMC et nombre d'accouchements sans les séparer en classes et puis en un deuxième temps en séparant chaque variable en sous-groupes : âge : < 50 ans et \geq 50 ans ; IMC : < 25 kg/m² et \geq 25 kg/m² ; nombre d'accouchements : <2 et \geq 2.

Le retentissement de l'IU a été analysé sur la population des patientes qui ont été incluses dans l'enquête transversale. Un score ICIQ global sur 21 a été calculé en sommant les scores des trois questions sur la fréquence, le volume et la gêne de l'IU (Avery et al, 2004). Une valeur de score minimum de « 0 » équivaut à une personne qui n'a pas d'IU et un score de « 21 » équivaut à une femme qui a une IU très abondante, tout le temps, et qui ressent une gêne très important dans ses activités quotidiennes. Dans l'auto-questionnaire, pour les questions issues du formulaire CONTILIFE, un score global sur 35 a été calculé pour la dimension « Activités quotidiennes » en sommant les scores des sept questions. De même un score global sur 15 a été calculé pour la dimension « Sexualité » en sommant les scores des trois questions.

8.7 Calendrier de l'enquête

Etape 1 : mi-juin 2007	Envoi du questionnaire à tous les médecins du réseau Sentinelles
Etape 2 : juin – juil 2007	Recueil des données des questionnaires et relance des médecins pour le renvoi des questionnaires
Etape 3 : juil – nov 2007	Analyse des résultats et rédaction du rapport
Etape 4 : février 2008	Envoi de la 1 ^{ère} version du rapport à l'Institut de Veille Sanitaire

8.8 Assurance qualité des données

8.8.1 Contrôle de qualité lors de l'enregistrement des données

Plusieurs audits ont été réalisés sur la base de données avant l'enregistrement des données réelles.

Un audit de la cohérence de la base de données et des écrans de saisie a été réalisé par différentes personnes du réseau Sentinelles.

Un contrôle de qualité a été réalisé, concernant toutes les données de 750 enveloppes. Cet audit a consisté à comparer les données des registres et des questionnaires à la saisie de ces valeurs dans la base de données.

9 RESULTATS

9.1 Participation

246 médecins généralistes du réseau Sentinelles (MG) ont répondu à l'enquête (20%), dont 241 ont pu être exploités sur les 1239 sollicités par mailing. Les formulaires de 5 MG n'ont pas été analysés du fait de l'absence de données d'identification du MG répondant (nom, prénom, département).

Un suivi téléphonique des MG a permis de recueillir les raisons de non participation pour 449 MG (50% non répondant). Les résultats sont résumés dans le Tableau 1.

Tableau 1. Raisons de non-participation

	N
En vacances	196 (43,7)
Non disponible	77 (17,0)
Manque de temps	75 (16,7)
Ne participe pas aux enquêtes	66 (14,7)
Mauvaises coordonnées	16 (3,6)
Retraité	13 (2,9)
Arrêt maladie	4 (0,9)
Décédé	2 (0,5)
N (%)	449 (100)

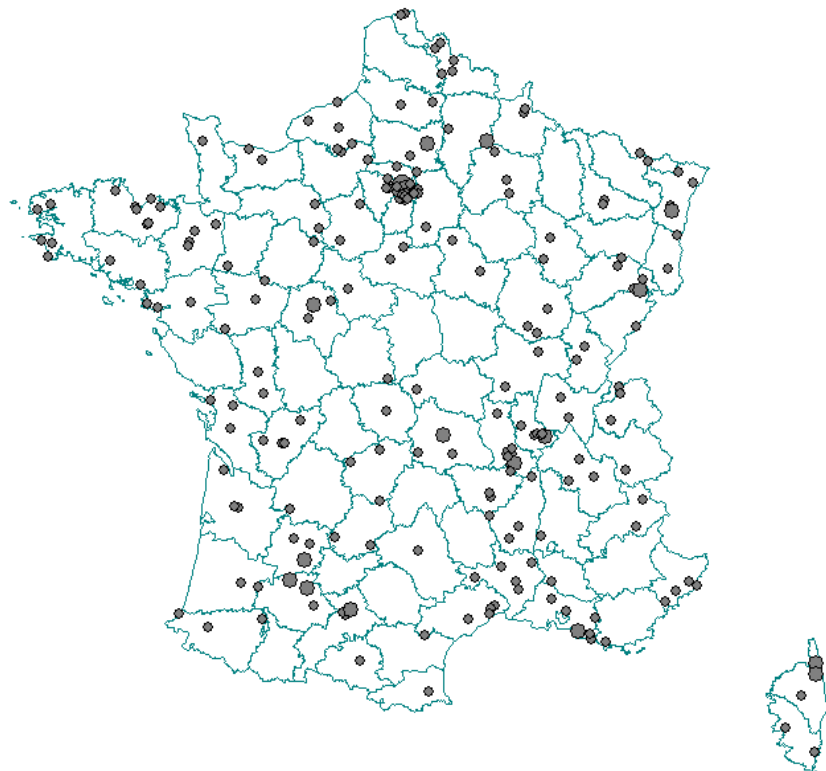
Le motif principal de non participation, dans cet échantillon des médecins, a été le départ en vacances pour 43,7% d'entre eux. Certains médecins manquaient de temps ou n'étaient pas intéressés à participer (16,7 % et 14,7 % respectivement).

9.2 Caractéristiques des médecins enquêteurs

241 médecins enquêteurs ont participé. Ils étaient repartis dans les 22 régions françaises, dont les détails sont montrés dans le Tableau 2 et Figure 1.

Tableau 2 . Distribution par région

Région	Médecins	
	Généralistes	n (%)
Alsace	7	(2,9)
Aquitaine	12	(4,9)
Auvergne	9	(3,7)
Basse-Normandie	5	(2,1)
Bourgogne	7	(2,9)
Bretagne	18	(7,5)
Centre	11	(4,6)
Champagne-Ardenne	7	(2,9)
Corse	7	(2,9)
Franche-Comté	8	(3,3)
Haute-Normandie	7	(2,9)
Ile-de-France	30	(12,5)
Languedoc-Roussillon	11	(4,6)
Limousin	3	(1,2)
Lorraine	5	(2,1)
Midi-Pyrénées	15	(6,2)
Nord-Pas-de-Calais	7	(2,9)
Pays-de-la-Loire	8	(3,3)
Picardie	8	(3,3)
Poitou-Charentes	9	(3,7)
PACA	16	(6,6)
Rhône-Alpes	31	(12,9)
TOTAL	241	(100)


Figure 1. Distribution sur le territoire français des MG du réseau Sentinelles ayant participé

Représentativité de l'échantillon

Les caractéristiques des médecins répondants ont été comparées dans un premier temps aux caractéristiques des médecins non répondants du réseau *Sentinelles* puis à l'ensemble des médecins exerçant en libéral en France métropolitaine. Les résultats sont décrits dans le Tableau 3.

Les médecins généralistes répondants étaient des hommes dans 85,1 % des cas, âgés en moyenne de 53 (\pm 7) ans [min = 31 ; max = 81], et installés en moyenne depuis 23 \pm 8 ans [min = 2 ans ; max = 50 ans]. Aucune différence n'a été retrouvée entre les MG répondants et les MG non répondants.

Tableau 3. Caractéristiques des enquêteurs répondants ; comparaison aux médecins sentinelles non répondants

Variables	Médecins Sentinelles répondants N = 241	Médecins Sentinelles non répondants N = 998	p
Sexe, M	205 (85,1)	862 (86,3)	Ns
Age, années [†]	53,2 \pm 6,8	53,3 \pm 6,6	Ns
Années d'exercice [†]	23,1 \pm 7,9	23,1 \pm 7,5	Ns

M : sexe masculin ; N (%)

[†] moyen \pm E.T

Tableau 4. Caractéristiques des médecins répondants ; comparaison avec l'ensemble des MG libéraux exerçant en France métropolitaine

Variables	Médecins Sentinelles répondants N = 241	Médecins généralistes libéraux France métropolitaine N = 62 921	p
Sexe, M	205 (85,1)	44 725 (71,0)	< 0,001
Age, années [†]	53	49 ans	< 0,01

M : sexe masculin ; N (%)

Les MG libéraux du réseau Sentinelles répondants sont plus âgés et plus souvent des hommes que les MG libéraux français de façon significative.

9.3 Inclusions dans le registre et dans l'enquête transversale

Au total, 2198 femmes ont été vues un jour donné en consultation par les 241 médecins. 2183 ont été incluses dans le « registre », 15 n'étaient pas éligibles en raison d'une grossesse (N = 11) ou d'un accouchement datant de moins de 3 mois (N = 4).

Parmi elles, 584 ont déclaré avoir eu des fuites urinaires pendant les quatre dernières semaines, et 496 ont accepté de participer à l'enquête transversale. Parmi les 88 autres femmes non incluses dans l'enquête transversale, 31 ne pouvaient pas répondre aux questions (troubles des fonctions supérieures ou barrière linguistique), 57 n'ont pas accepté de participer. Ainsi, 496 patientes présentant une IU sur les 584 éligibles (85 %) ont participé à l'enquête transversale. Le schéma suivant résume la distribution des patientes.

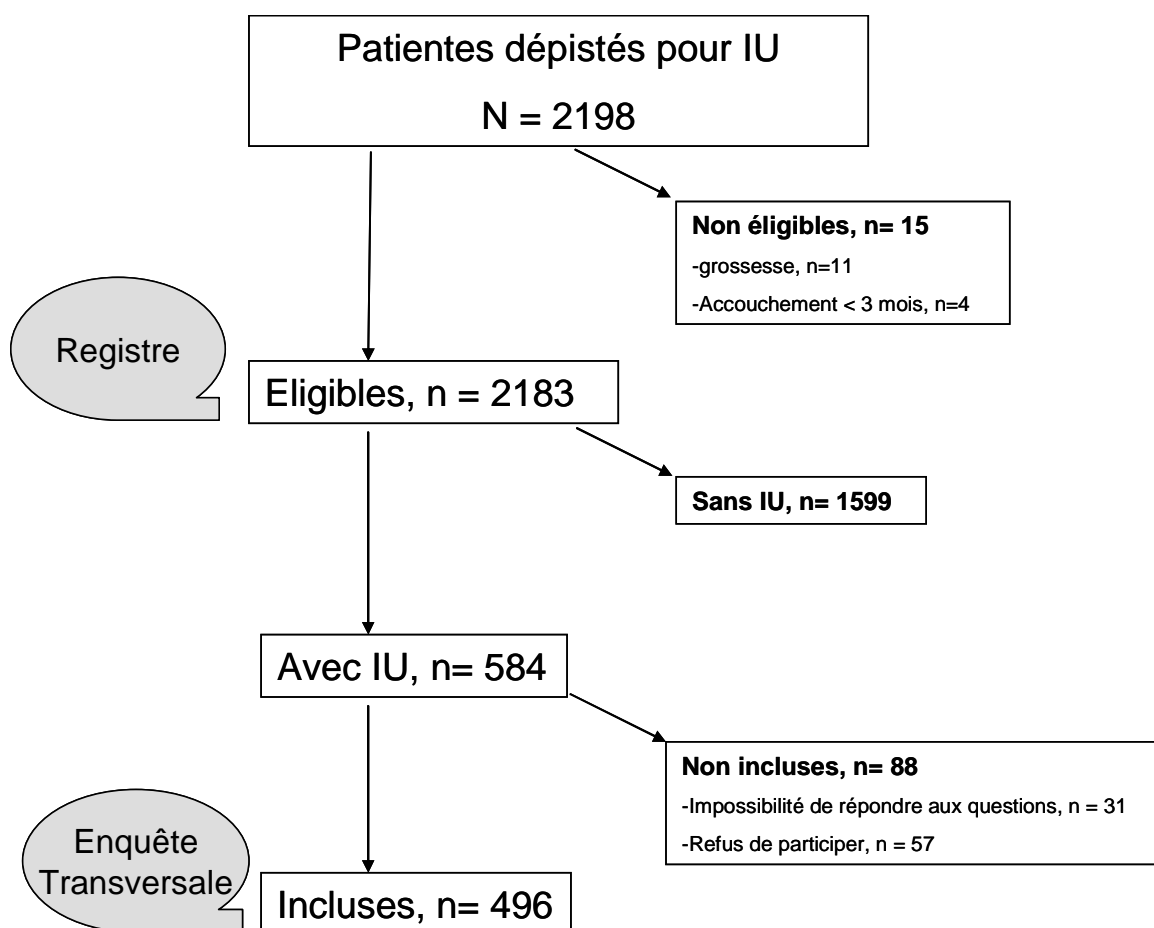


Figure 2. Diagramme d'inclusion des patients au registre et à l'enquête

9.4 Analyse du registre

9.4.1 Caractéristiques des patientes du registre

Les caractéristiques de la population des patientes incluses dans le registre et dans l'enquête transversale sont détaillées dans le Tableau 5.

Tableau 5. Caractéristiques des patientes du registre

Variables	Registre N = 2183 (moyenne ± écart type)
Age, années [†]	54,50 ± 18,95
DM	18
Poids, kg	66,11 ± 14,15
DM	58
Taille, cm	161,6 ± 6,45
DM	73
IMC, kg/m ²	25,33 ± 5,39
DM	75
Nombre d'accouchements	1,86 ± 1,55
DM	46

Les tableaux et figures suivantes montrent la distribution des tranches d'âge et l'IMC et la parité selon dites tranches d'âge.

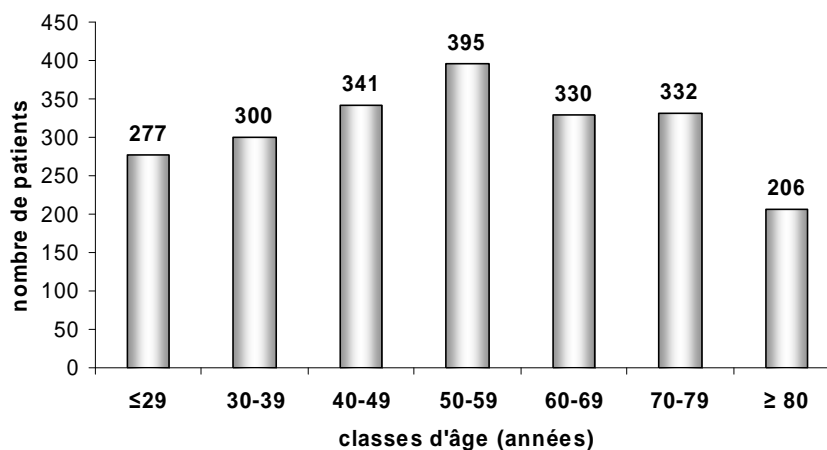


Figure 3. Distribution des patientes du registre par classes d'âge

Tableau 6. Distribution des femmes selon la corpulence (IMC référence OMS) et selon l'âge

Age (années)	Classes d'IMC (Kg/m ²)					DM	total
	< 18,4	18,4 – 25	26 – 30	31-35	> 35		
	maigreur	normal	surpoids	obésité modérée	obésité sévère		
≤29	26 (9,7)	180 (66,9)	45 (16,7)	7 (2,6)	11 (4,1)	8	277
30 - 39	15 (5,1)	188 (64,6)	47 (16,2)	23 (7,9)	18 (6,2)	9	300
40 - 49	20 (6,1)	189 (57,5)	73 (22,2)	33 (10,0)	14 (4,2)	12	341
50 - 59	7 (1,7)	192 (48,9)	114 (29,1)	55 (14,2)	24 (6,0)	3	395
60 - 69	14 (4,3)	122 (37,7)	103 (31,9)	51 (15,8)	33 (10,2)	7	330
70 - 79	6 (1,9)	130 (40,1)	123 (37,9)	44 (13,6)	21 (6,5)	8	332
≥ 80	9 (4,6)	86 (44,3)	61 (31,4)	30 (15,5)	8 (4,1)	12	206
total	97 (4,6)	1087 (51,2)	566 (26,6)	243 (11,5)	129 (6,1)	59	2181

DM : données manquantes

Tableau 7. Prévalence du surpoids et d'obésité en fonction de l'âge

Age (années)	Prévalence de surpoids [IC 95 %]	Prévalence de l'obésité [IC 95 %]
≤ 29	2,1 [1,5; 2,7]	0,8 [0,4; 1,2]
30 - 39	2,2 [1,6; 2,8]	1,9 [1,4; 2,5]
40 - 49	3,4 [2,6; 4,2]	2,2 [1,4; 2,5]
50 – 59	5,3 [4,4; 6,3]	3,7 [2,9; 4,5]
60 – 69	4,8 [3,9; 5,7]	3,9 [3,1; 4,8]
70 – 79	5,8 [4,8; 6,8]	3,1 [2,3; 3,7]
≥ 80	2,9 [2,2; 3,6]	1,8 [1,2; 2,3]
total	26,7 [24,8; 28,5]	17,5 [15,9; 19,1]

Tableau 8. Distribution de la parité chez les femmes du registre

Parité	N = 2183
0	452
1	432
2	685
> 3	583
DM	31

DM : données manquantes

Tableau 9. Distribution de la parité chez les femmes du registre selon l'âge.

Classes d'âge (années)	N = 2183	parité			
		0	1	2	3
≤29	277	196	42	28	7
30 - 39	300	70	68	112	44
40 - 49	341	54	61	121	102
50 - 59	395	32	82	152	124
60 - 69	330	30	64	123	110
70 - 79	332	42	73	92	122
≥ 80	206	28	42	56	74

Nous retrouvons dans cette population les mêmes facteurs de risque décrits dans la littérature.

9.4.2 Comparaison des caractéristiques des femmes de l'échantillon à celles de la population générale

AGE

La distribution de l'âge des patientes incluses dans le registre a été comparée dans un premier temps à la répartition d'âge des femmes en France métropolitaine, selon les dernières données de l'INSEE (2008). La répartition est donnée à l'INSEE en trois grandes tranches d'âge : moins 20 ans ; 20 à 64 ans, et 65 ans et plus. La comparaison avec la tranche d'âge inférieure à 20 ans n'est pas possible, notre étude n'ayant incluse que des femmes de plus de 18 ans. Selon cette analyse, la distribution de l'âge des femmes du registre ne diffère pas de celle des femmes de France métropolitaine (Figure 4).

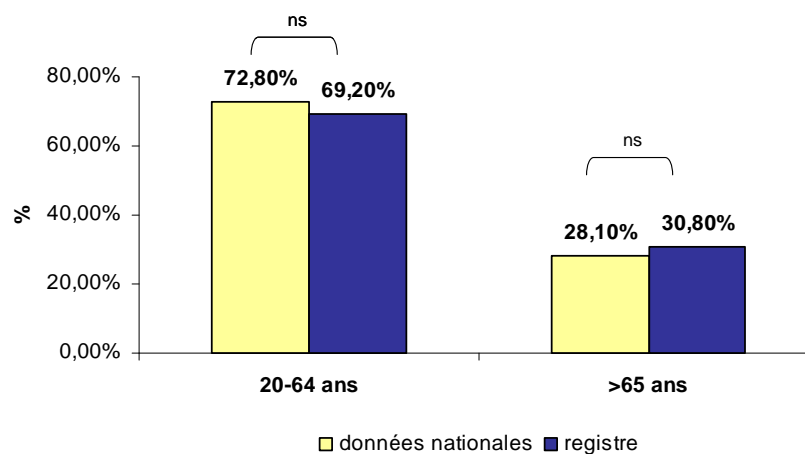


Figure 4. Distribution de l'âge des femmes en France métropolitaine, selon les dernières données de l'INSEE de 2008, comparée à celle des participantes à l'enquête (registre).

La distribution d'âge des patientes du registre a aussi été comparée à celle de la patientèle des médecins généralistes, selon de la DRESS (2004). La comparaison pour les moins de 25 ans n'est pas possible car seules des femmes de plus de 18 ans ont été incluses dans notre étude. La recherche d'une différence statistique n'est pas possible, car les données de la DRESS ne sont disponibles qu'en proportions. Les résultats décrits dans la Figure 5 montrent que les distributions d'âge des deux populations étaient analogues.

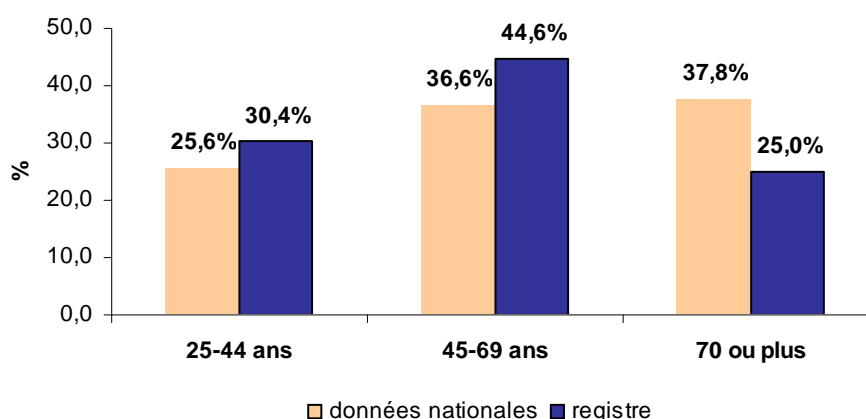
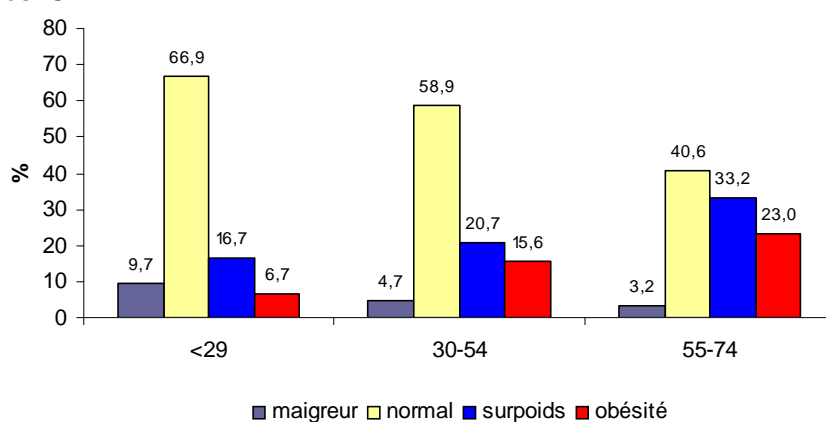


Figure 5. Distribution d'âge des femmes vues en médecine générale en France métropolitaine selon les données de la DRESS 2004, comparées à celles participantes à l'enquête (registre).

IMC

Les données d'IMC des femmes du registre ont été comparées à celles de l'étude nationale de nutrition santé (ENNS, 2006). Le regroupement d'âges a été modifié pour pouvoir faire cette comparaison. Selon cette analyse, la distribution des IMC selon l'âge des femmes du registre ne diffère pas de celle de France métropolitaine. Les résultats sont décrits dans la Figure 6 et le Tableau 10.

Données IU



Données ENNS 2006

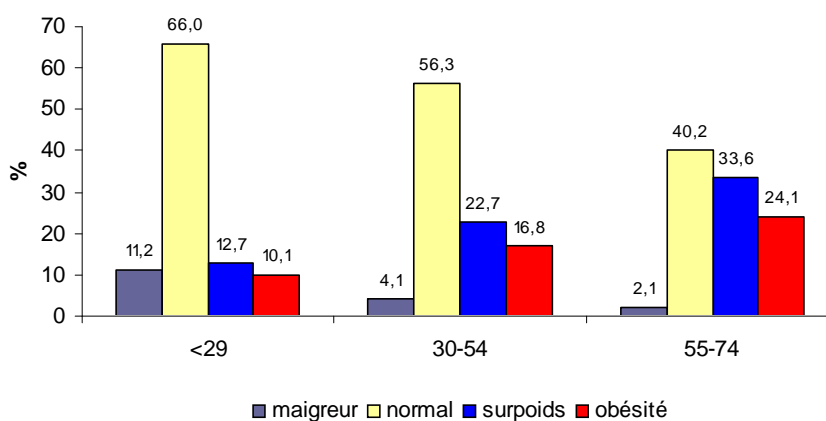


Figure 6. Distribution de l'IMC selon l'âge des femmes en France métropolitaine d'après les données de l'Enquête Nationale de Nutrition et Santé (ENNS, 2006) comparée à celle des participantes à l'enquête (registre).

Tableau 10. Prévalence de surpoids et de l'obésité chez les femmes du registre comparées à celle des femmes de l'enquête ENNS 2006

	Données du registre	Données ENNS 2006	P
Surpoids	25,3 [23,5 ; 27,1]	23,8 [21,2 ; 26,6]	NS
Obésité modéré	10,9 [9,6 ; 12,2]	12,1 [10,0 ; 14,3]	NS
Obésité sévère	4,8 [4,0 ; 5,9]	4,2 [2,7 ; 5,8]	NS

NS : non significatif

PARITE

La parité de notre échantillon n'a pas pu être comparée à celle de la population en France métropolitaine, car les données publiées par l'INSEE correspondent à la fécondité par tranches d'âges et par année. Or, nos données ne mentionnent que le nombre total d'enfants par femmes dans chaque tranche d'âge.

9.4.3 Prévalence de l'IU

Une IU a été dépistée chez 584 femmes parmi les 2183 femmes éligibles incluses dans le registre. Les résultats sont détaillés dans le Tableau 11.

Tableau 11. Dépistage d'une IU parmi les femmes éligibles du registre

	Total
	N= 2183
Patientes avec IU éligibles	584 (26,8)
Patientes sans IU	1599 (73,3)
N (%)	

La prévalence de l'IU était de 26,8 %, [IC 95 % : 24,9 ; 28,6]

Les prévalences des différentes formes d'IU ont pu être estimées à partir des informations issues du questionnaire ICQ décrit avec les résultats de l'enquête transversale (voir infra).

Tableau 12 . Prévalence des différentes formes d'IU

	Prévalence
	% [IC95]
IU d'effort	17,40 % [15,8 ; 19,0]
IU d'impériosité	6,77 % [5,7 ; 7,8]
IU mixte	1,53 % [0,6 ; 1,5]

Le total est inférieur à 26,8 %, dans la mesure où il n'a pas été possible de classer le type d'IU pour 1 % des femmes.

9.4.4 Caractéristiques des patientes incontinentes et patients non incontinentes

En analyse univariée, les patientes avec IU étaient plus âgées (<0,0001), avaient un IMC supérieur (<0,0001), et avaient un nombre de parité supérieure (<0,0001). Les résultats sont montrés dans le Tableau 13.

Tableau 13. Caractéristiques des patientes incontinentes et des non incontinentes

Variables	Présence d'IU	Absence d'IU	P
	N = 584	N = 1599	
Age, années [†]	60,5 ± 17,3	51,7 ± 19,2	p<0,0001
DM	2	2	
Poids, kg	69,8 ± 15,3	65,2 ± 13,5	P<0,0001
DM	20	22	
Taille, cm	161,5 ± 6,5	161,6 ± 6,7	0,086
DM	21	38	
IMC, kg/m ²	26,7 ± 5,8	24,9 ± 5,1	P<0,0001
DM	21	60	
Nombre d'accouchements	2,3 ± 1,6	1,7 ± 1,6	P<0,0001
DM	5	25	

moyenne ± écart type ; DM : données manquantes

Les différentes distributions par tranches d'âge, classes d'IMC et parité selon l'incontinence urinaire sont montrés dans les figures suivantes

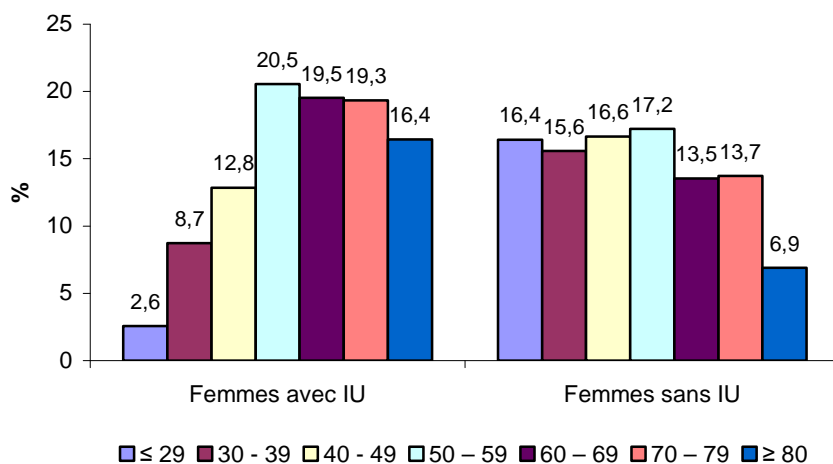


Figure 7. Distribution des classes d'âge selon la présence ou absence d'incontinence urinaire

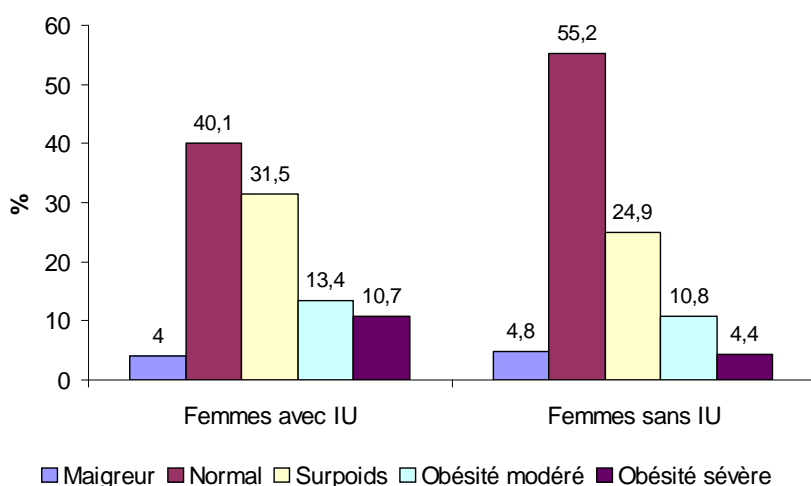


Figure 8. Distribution des classes d'IMC selon la présence ou absence d'incontinence urinaire

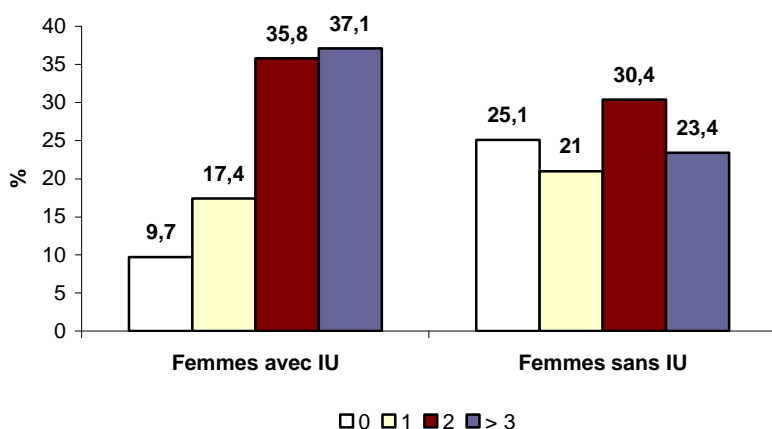


Figure 9. Distribution des classes de parité selon la présence ou absence d'incontinence urinaire

9.4.5 Influence de l'âge sur la prévalence de l'IU

La probabilité pour une femme d'avoir une IU augmente significativement avec l'âge ($p < 0,0001$). Cette augmentation est trois fois plus importante à partir de 30 ans et presque 6 fois plus importante à partir de 50 ans ($p < 0,0001$). Les résultats sont résumés dans la Figure 10 et Tableau 14.

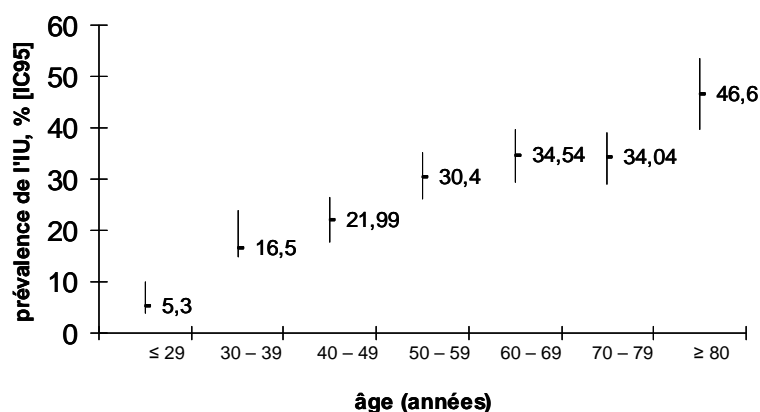


Figure 10. Prévalence de l'IU en fonction de l'âge.

Tableau 14. Prévalence de l'IU en fonction de l'âge

Age (années)	Femmes du registre N = 2183	Présence d'IU N = 584	Prévalence des fuites [IC 95 %]	Odds ratio [IC 95 %]
≤ 29	277	15	5,3 [4,0 ; 9,9]	Intercept
30 - 39	300	51	16,5 [14,9 ; 23,7]	3,6 [1,9 ; 5,5] ***
40 - 49	341	75	22,0 [17,6 ; 26,4]	4,9 [2,2 ; 6,4] ***
50 - 59	394	120	30,4 [26,1 ; 35,2]	7,7 [3,6 ; 9,8] ***
60 - 69	330	114	34,5 [29,4 ; 39,7]	9,2 [4,2 ; 11,8] ***
70 - 79	332	113	34,0 [28,9 ; 39,1]	9,0 [4,2 ; 11,5] ***
≥ 80	206	96	46,6 [39,8 ; 53,4]	15,2 [6,9 ; 19,9] ***
DM	3	-		

odds ratio (Fisher score) ; *** $p < 0,000001$; DM : données manquantes

9.4.6 Influence de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) sur la prévalence de l'IU

La prévalence de l'IU augmente significativement avec un score élevé d'IMC ($p < 0,0001$). Pour une femme avec un IMC considéré « normal » (score entre 18,4 et 25 kg/m^2) la prévalence est d'environ 21 %. Pour une femme avec un score d'IMC classant en obésité (entre 26 et 35) la prévalence augmente significativement à 32% ($p < 0,0001$). A partir d'un score de 36 (obésité morbide), la prévalence augmente à 51% ($p < 0,0001$). Chez les femmes ayant un score d'IMC inférieur ou égal à 18,4, la prévalence de l'IU augmente significativement, comparativement à celle des femmes dont le score est « normal ». Dans ce dernier groupe, 13/23 (56,5 %) avaient un âge avancé. Les résultats sont résumés dans la Figure 11 et le Tableau 15.

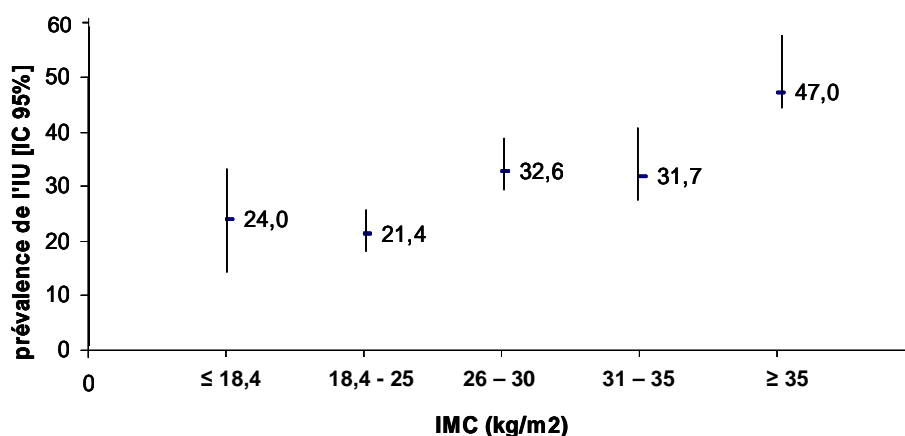


Figure 11. Prévalence de l'IU en fonction de l'IMC (kg/m²).

Tableau 15. IMC et IU

IMC (kg/m ²)	Registre N = 2123	Présence d'IU n = 584	Prévalence d'IU [IC 95 %]	Odds ratio [IC 95%]
≤ 18,4	97	23	24,0 [15,5 ; 32,5]	1,2 [0,7 ; 1,8]
18,4 - 25	1087	229	21,4 [18,9 ; 23,8]	Intercept
26 - 30	566	179	32,6 [28,7 ; 36,4]	1,7 [1,4 ; 2,2]***
31 - 35	243	76	31,7 [25,9 ; 37,5]	1,7 [1,3 ; 2,3]***
≥ 35	130	61	47,0 [45,0 ; 57,1]	3,3 [2,5 ; 4,8]***
DM	60	16		

IMC : indice de masse corporelle ; odds ratio (régression logistique) ; *** $p < 0,0001$

9.4.7 Influence du nombre d'accouchements sur la prévalence de l'IU

La probabilité pour une femme d'avoir une IU augmente significativement ($p < 0,0001$) avec la parité. Ainsi, une femme qui n'a pas accouché a une prévalence d'IU de 13 % tous âges confondus. A partir d'un accouchement, la prévalence augmente significativement ($p < 0,0001$).

Les résultats sont résumés dans la Figure 12 et le Tableau 16.

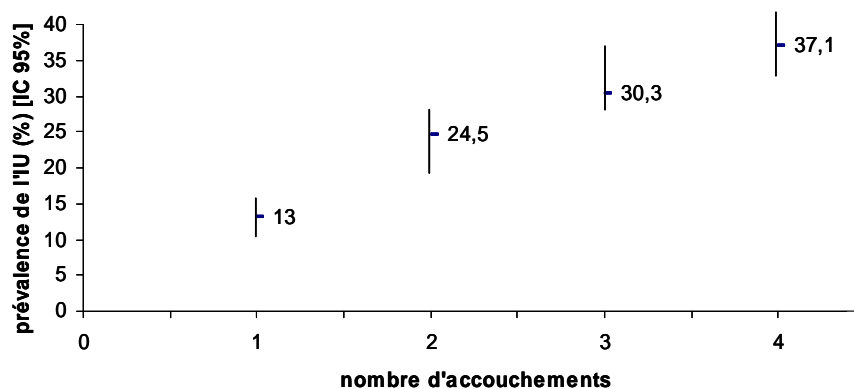


Figure 12. Prévalence de l'IU en fonction du nombre d'accouchements.

Tableau 16. Parité et IU

Parité	Femmes du registre N = 2183	Présence d'IU n = 584	Prévalence d'IU [IC 95 %]	Odds ratio [IC 95%]
0	452	56	13,0 [9,9 ; 16,1]	INTERCPT
1	432	100	24,5 [20,5 ; 28,5]	2,2 [1,9 ; 2,9] ***
2	685	206	30,3 [26,8 ; 33,7]	3,0 [2,2 ; 3,9] ***
≥ 3	583	214	37,1 [29,5 ; 39,4]	4,1 [2,7 ; 4,2] ***
DM	31	8		

Parité en nombre d'accouchements ; *** $p < 0,0001$

9.4.8 Facteur de risque d'IU : analyse multivariée

Les résultats de l'analyse multivariée sont présentés dans le Tableau 17.

Tableau 17. Facteurs de risque d'IU

Variables	Odds ratio [IC 95 %]	
	Multivariée*	p
Classe d'âge ≥ 50 ans	1,7 [1,3 ; 2,1]	***
Classe d'accouchement ≥ 2	1,5 [1,1 ; 1,9]	**
Classe d'IMC ≤ 18.4	1,6 [0,9 ; 2,8]	
Classe d'IMC ≥25	1,7 [1,4 ; 2,2]	***

p< 0,001 et *p<0,0001

9.5 Résultats de l'enquête transversale

9.5.1 Caractéristiques des patientes de l'enquête transversale

Cette enquête a concerné 496 patientes, dont les caractéristiques sont résumées dans le Tableau 18.

Tableau 18. Caractéristiques des patientes de l'enquête transversale

Variables	Enquête transversale
	N = 496 (moyenne ± écart type)
Age, années [†]	61,2 ± 16,0
DM	-
Poids, kg	69,5 ± 15,7
DM	5
Taille, cm	160,9 ± 6,3
DM	7
IMC, kg/m ²	26,8 ± 6,0
DM	8
Nombre d'accouchements	2,4 ± 1,6
DM	3

9.5.2 Circonstance de survenue de l'IU (cf. annexe II)

Toutes les patientes incluses dans l'enquête transversale ont répondu à la question concernant les circonstances de survenue de l'IU. Les réponses sont décrites dans le Tableau 19.

Une femme a répondu « jamais » à cette question, alors qu'une IU avait été dépistée pour elle dans le registre. Cette femme ayant décrit ses fuites urinaires pour d'autres questions de l'enquête transversale, il a été décidé de la garder dans l'analyse.

Tableau 19. Circonstances de survenue d'IU

	Total
Vous avez des pertes d'urine	N = 496
Avant d'arriver aux toilettes	219 (44,2)
Quand vous tousssez ou éternuez	360 (72,6)
Quand vous dormez	62 (12,5)
Quand vous avez une activité physique ou vous faites de l'exercice	232 (46,8)
Quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillée	85 (17,1)
Sans cause apparente	61 (12,3)
Tout le temps	27 (5,4)
<hr/>	
n (%)	
Plusieurs réponses possibles	

Ces données ont été utilisées pour calculer la prévalence des différents types d'IU ont été présentées dans le Tableau 12.

9.5.3 Caractéristiques cliniques de l'IU (évaluation par le MG en consultation, cf. annexe II)

9.5.3.1 Fréquence des fuites urinaires

488 patientes ont répondu à cette question, parmi les 496 patientes incluses. La plupart des patientes ont déclaré avoir une IU environ 1 fois par semaine maximum (n = 174). Une fréquence de 2 à 3 fois par semaine, 1 fois par jour ou plusieurs fois par jour a été retrouvée pour 109 (22 %), 86 (18 %) et 87 (18 %) femmes respectivement (Figure 13).

Quatre femmes ont répondu « jamais » à cette question, alors qu'une IU avait été dépistée pour elles dans le registre. Ces femmes ayant décrit leurs fuites urinaires pour d'autres questions de l'enquête transversale, il a été décidé de les garder dans l'analyse.

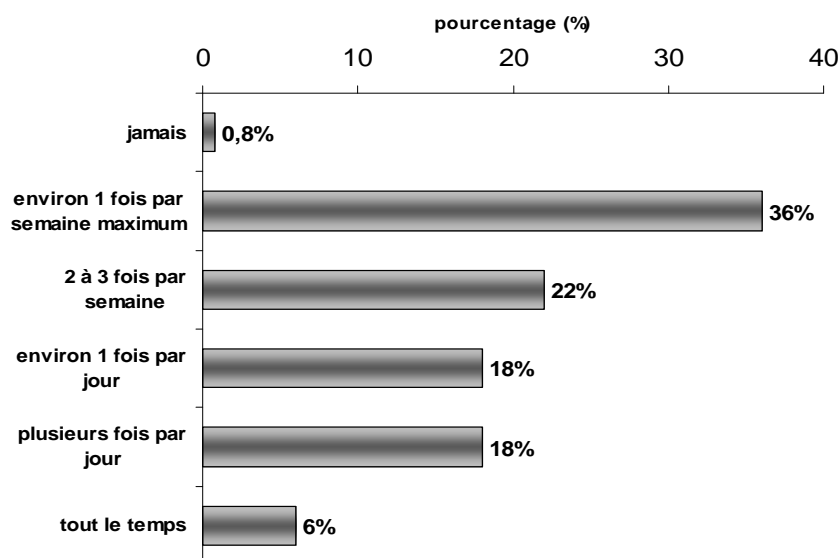


Figure 13. Fréquence des fuites urinaires

Aucune relation n'a été trouvée entre la fréquence de l'IU et l'âge.

9.5.3.2 Volume des fuites urinaires

494 patientes ont répondu à cette question, parmi les 496 patientes incluses. Le volume a été estimé comme petit pour la plupart des femmes (n = 389 ; 79,3%). Les résultats sont illustrés dans la Figure 14.

Sept femmes ont répondu « nulle » à cette question, alors qu'une IU avait été dépistée pour elles dans le registre. Ces femmes ayant décrit leurs fuites urinaires pour d'autres questions de l'enquête transversale, il a été décidé de les garder dans l'analyse.

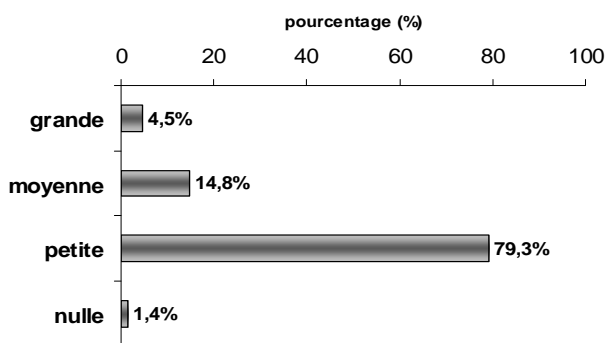


Figure 14. Volume des fuites urinaires

9.5.3.3 Impact de l'incontinence urinaire dans la vie de tous les jours

494 patientes ont répondu à cette question, parmi les 496 patientes incluses. La gêne dans la vie de tous les jours a été notée en moyenne à 4 ± 2 (échelle entre 0 et 10).

Association gêne et âge : aucune relation n'a été trouvée entre le niveau de la gêne occasionnée dans la vie de tous les jours et l'âge.

Association gêne et volume : une relation très importante a été trouvée entre le volume et la gêne. En prenant comme référence le volume de petite quantité, plus le volume est important, plus la gêne augmente. Ainsi, le fait d'avoir un volume de quantité « moyenne » augmente le risque d'être gênée 4,79 fois (OR : 4,79 IC95% [2,83 – 6,11]) et pour un volume de quantité « grande » le risque d'être gênée 8,71 fois (OR : 8,716 IC95% [3,24 ; 13,45]) (Figure 15).

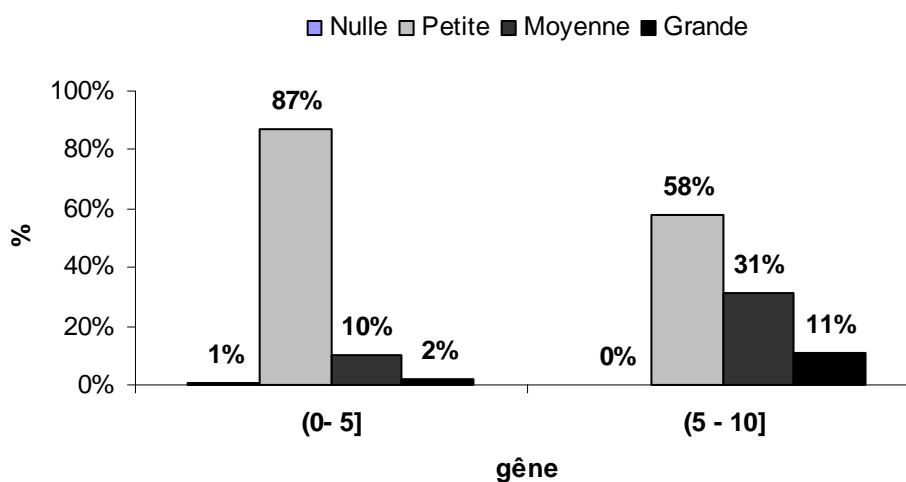


Figure 15. Volume et gêne

9.5.3.4 Score ICIQ

Le score ICIQ médian était de 8 pour un niveau maximal de gêne côté à 21 (moyenne de 8,8). Le Tableau 20 et la Figure 16 représentent la distribution des scores obtenus pour les femmes répondantes.

Tableau 20. Score ICIQ obtenu chez les femmes de l'enquête transversale

Score	n	Pourcentage (%)
0	2	0,40
1- 5	119	24,0
6- 11	256	51,6
12-20	118	23,8
21	1	0,2

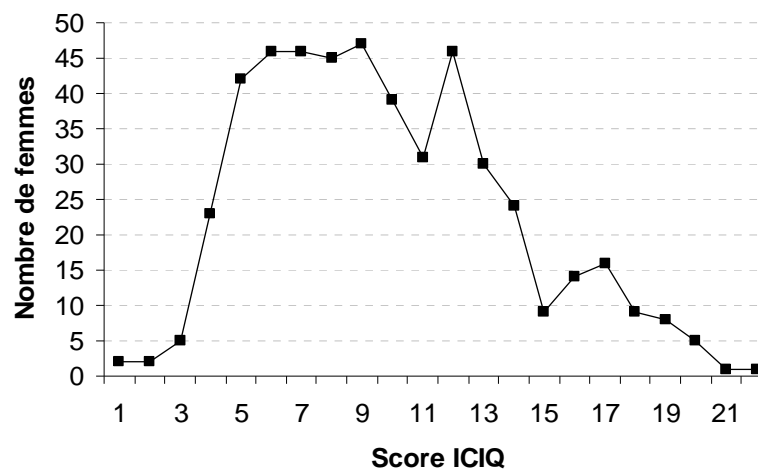


Figure 16. Distribution des Scores ICIQ

En fonction des formes d'IU, les femmes ayant :

- 🚫 une IUE avaient un score ICIQ médian de 8 [min 2 ; max 21].
- 🚫 une IUI avaient un score ICIQ médian de 9 [min 1 ; max 21]
- 🚫 une IUM avaient un score ICIQ médian de 8 [min 1 ; max 21]

Le score a été analysé en fonction de l'âge (tableau 20). Aucune relation n'a été trouvée pour cette population.

Tableau 21. Score ICIQ selon l'âge

Score	0 - 10	11 - 21
≤ 29	12	0
30 - 39	37	8
40 - 49	45	27
50 - 59	86	22
60 - 69	68	23
70 - 79	75	19
≥ 80	45	29
total	368	128

9.5.3.5 Ancienneté de l'IU

Au total, 490 femmes ont répondu à cette question.

Une ancienneté de l'IU inférieure à 10 ans a été déclarée par 395 d'entre elles (80,6 %). Une ancienneté entre 10 et 15 ans, entre 15 et 20 ans ou de 20 ans et plus a été déclarée respectivement par 55 femmes (11,2 %), 17 femmes (3,5 %), et 23 femmes (4,7 %).

9.5.4 Evaluation de la qualité de vie (cf. annexe III)

9.5.4.1 Dimension « Activités quotidiennes » de l'échelle CONTILIFE

Au total 470 femmes ont répondu à cette partie du questionnaire.

Les femmes se sentaient majoritairement « un peu » ou « pas du tout » gênées par leurs troubles urinaires dans leurs activités quotidiennes. Les résultats détaillés sont présentés dans les figures suivantes (Figure 17 à Figure 21).

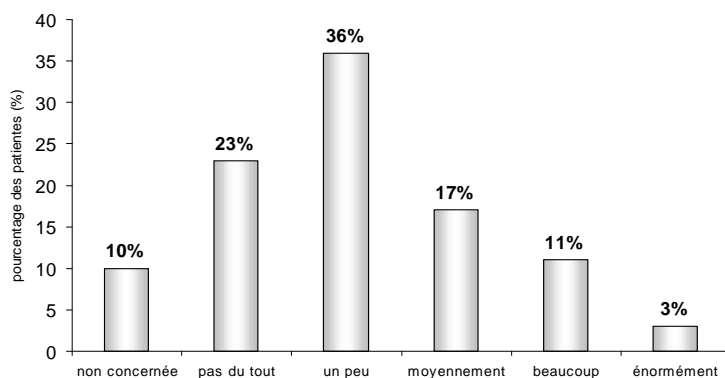


Figure 17. Fréquence de la gêne des troubles urinaires à l'extérieur.

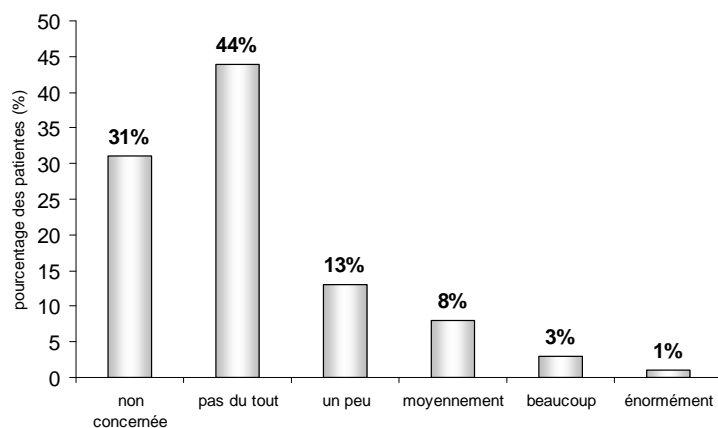


Figure 18. Fréquence de la gêne des troubles urinaires en conduisant ou en se faisant conduire.

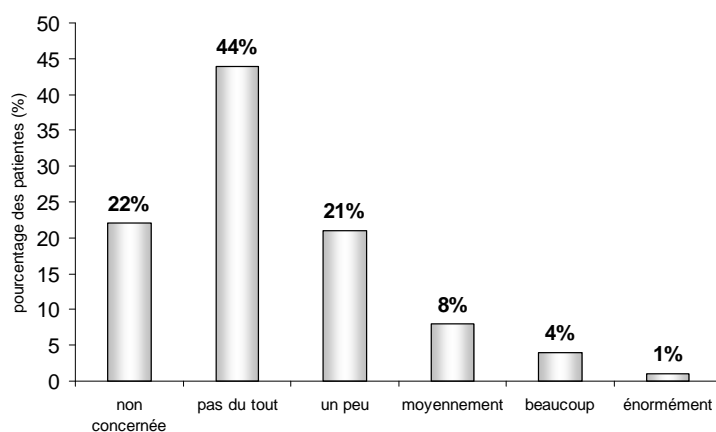


Figure 19. Fréquence de la gêne des troubles urinaires pour monter ou descendre les escaliers.

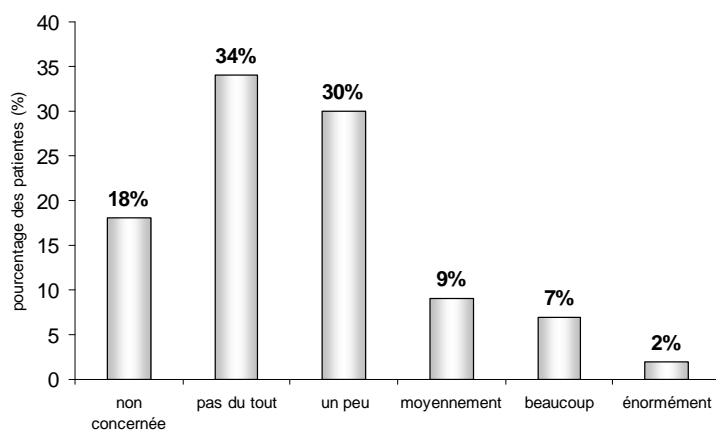


Figure 20. Fréquence de la gêne des troubles urinaires au moment de faire les courses ou des achats.

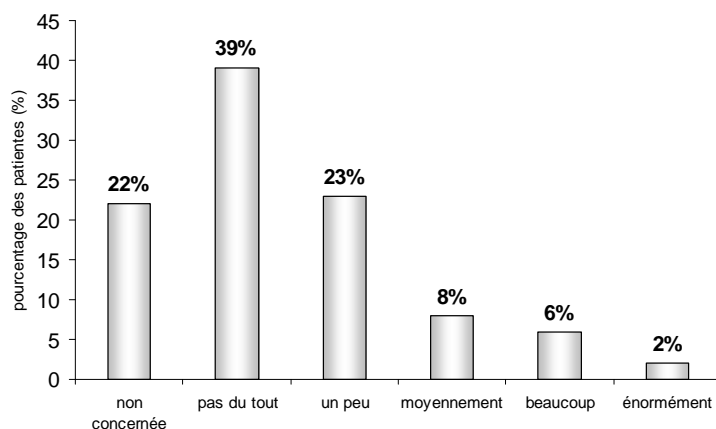


Figure 21. Fréquence de la gêne des troubles urinaires au moment de faire la queue.

Plus de la moitié des femmes (58 %) n'avaient jamais interrompu leur travail ou leurs activités quotidiennes à cause de leur IU, 35 % les avaient interrompues un peu ou moyennement et 7 % les avait interrompues beaucoup ou énormément (Figure 22).

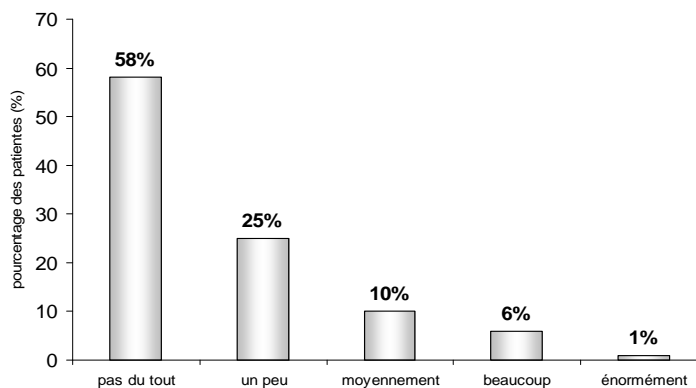


Figure 22. Fréquence de l'interruption du travail ou des activités quotidiennes.

346 femmes (73,6 %) disaient ne jamais avoir de réveils mouillés, 58 femmes (12,3 %) rarement, et 37 femmes (7,8 %) de temps en temps. Seuls 17 femmes (4 %) ont déclaré se réveiller « souvent » mouillée, et 10 femmes (2 %) le sont « en permanence » (Figure 23).

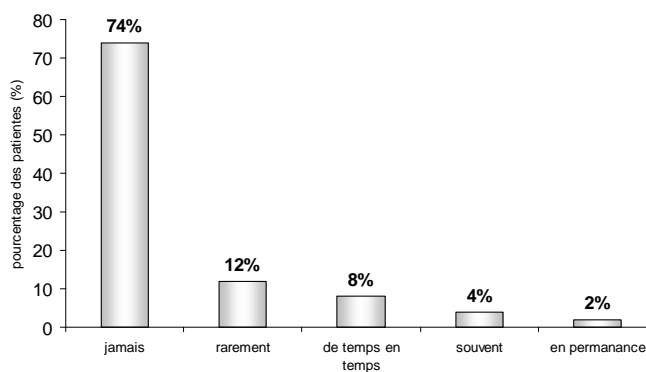


Figure 23. Fréquence de réveil mouillé.

Le score pour la dimension « Activités quotidiennes » de l'échelle CONTILIFE a été établi à partir des réponses apportées par les 411 femmes ayant répondu à l'ensemble des questions : la médiane était de 9 sur 35 [min 2 ; max 35] et la moyenne de 10,5 sur 35 (ce score augmente avec le niveau de gêne ressentie par la patiente).

9.5.4.2 Dimension « Sexualité » de l'échelle CONTILIFE

Parmi les 470 femmes ayant répondu aux trois questions portant sur l'impact de leur IU sur leur sexualité, respectivement 238 (54,64 %), 235 (50 %) et 227 (48,3 %), tout âge confondu, ont dit ne pas se sentir concernées.

Les résultats détaillés sont présentés dans les figures suivantes (Figure 24 à Figure 26).

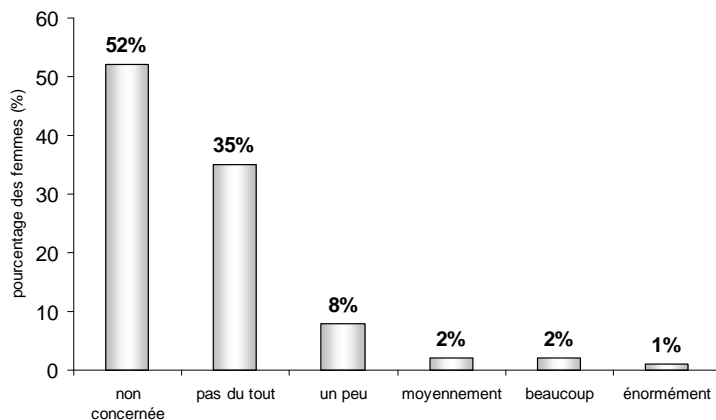


Figure 24. Anxiété à l'idée d'avoir des rapports sexuels à cause des troubles urinaires.

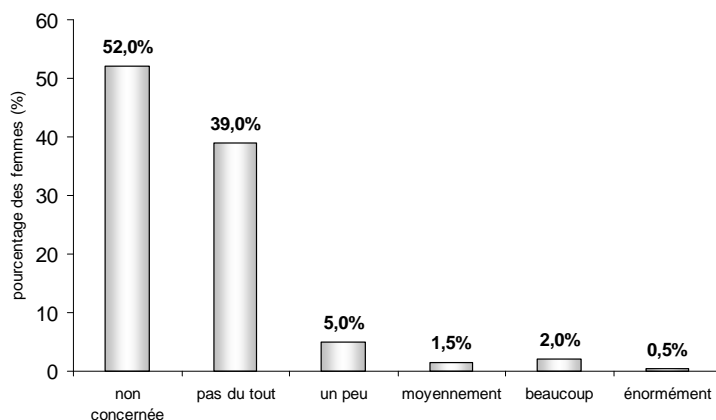


Figure 25. Modification du comportement sexuel à cause des troubles urinaires.

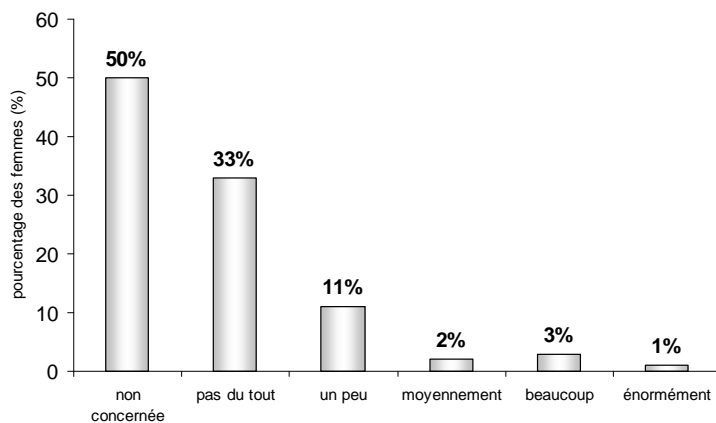


Figure 26. Crainte d'avoir des fuites urinaires au cours des rapports sexuels.

Le score pour la dimension « Sexualité » de l'échelle CONTILIFE a été établi à partir des réponses apportées par les 433 femmes ayant répondu à l'ensemble des questions : la médiane était de 1 sur 15 [min 0 ; max 15] et la moyenne de 2,1 sur 15 (ce score augmente avec le niveau de gêne ressentie par la patiente).

9.5.5 Prise en charge de l'incontinence urinaire

9.5.5.1 Consultation d'un médecin pour incontinence urinaire (cf. annexe II)

Parmi les femmes ayant répondu à cette question (N = 496), 197 (39,7 %) ont déclaré avoir déjà consulté un médecin pour le motif. Il s'agissait d'un médecin généraliste dans 55,4 % des cas, d'un gynécologue dans 36,9 % des cas, d'un urologue dans 24,6 % des cas ou d'un médecin d'une autre spécialité dans 6,7 % des cas. Une femme avait pu consulter plus d'un médecin.

Tableau 22. Critères associés au fait d'avoir consulté un médecin

Variables	p
Age	0,825
Score ICIQ	<0,0001
Interruption d'activités quotidiennes	<0,0001
Réveil mouillée	<0,0001
Port de protections urinaires	0,353

* en grass : résultats statistiquement significatifs.

En analyse multivariée, les paramètres associés au fait d'avoir consulté un médecin sont détaillées dans le tableau suivant :

Tableau 23. Critères associés au fait d'avoir consulté un médecin : analyse multivariée

Variables	OR [IC95%]	p
Score ICIQ (5,10]	2,20 [1,28 ; 3,78]	<0,01
Score ICIQ (10,15]	3,52 [1,94 ; 6,41]	<0,0001
Score ICIQ (15,20]	5,61 [2,31 ; 13,63]	<0,0001
Interruption d'activ	1,38 [1,08 ; 1,75]	<0,01

9.5.5.2 Traitement reçu pour l'IU

Les traitements déclarés parmi les femmes ayant consulté un médecin (N=197) ont été les suivants : rééducation périnéale (n = 103, 20,9 %), médicaments (n = 61, 12,3 %), chirurgie (n = 43, 8,7 %), ou autre (n = 15, 3,0 %). Plusieurs réponses étaient possibles.

9.5.5.3 Port de protections urinaires

Parmi les femmes répondantes (N = 437), 211 femmes (48,3 %) ont déclaré porter tous les jours des protections à visée urinaire, tandis que 119 femmes (27,3%) ont déclaré ne jamais en porter.

Les protections urinaires les plus utilisées étaient les protège slips (45,4 %), suivis des serviettes hygiéniques 16,7 %) et des protections spécifiques pour les fuites urinaires (10,5 %). Seul 4,9 % ont déclaré porter de protections type « couche » et 1% un artifice personnel.

Le coût estimé pour les femmes pour leurs protections urinaires était de moins de 5 € chez 59 % des femmes, d'entre 5 à 10 € chez 25 % des femmes, d'entre 10 à 15 € chez 10 % des femmes, d'entre 15 à 20 € chez 4 % des femmes, et 20 € et plus chez 2 % des femmes.

9.5.6 Antécédents suspectés à l'origine d'IU

Parmi les 491 femmes ayant répondu à cette question, 205 (41,3%) ne connaissait pas d'antécédent pouvant être à l'origine de leur incontinence urinaire. Les causes évoquées par les patientes sont résumées dans le Tableau 24.

Tableau 24. Antécédents suspectés par les femmes comme étant à l'origine de leur de leur IU

Variables	N = 491
Aucun de connu	204 (41,6)
Diabètes de type II	38 (41,6)
Chirurgie pelvienne	63 (12,8)
Sclérose en plaques	1 (0,20)
Autres*	126 (25,7)
▪ Accouchement	70 (14,3)
▪ Infection urinaire	5 (1,0)
▪ Obésité	6 (1,2)
▪ Prolapsus	2 (0,4)

n (%)

* seuls les antécédents signalés pour plus d'1 femme sont renseignés.

10 DISCUSSION

Cette enquête a montré que plus d'une femme sur quatre âgée de 18 ans et plus et consultants un MG libéral en France déclare une IU. Les facteurs de risque d'IU sont un âge de plus de 50 ans, plus de deux accouchements et un IMC supérieur à 25 kg/m².

Limitations et biais de l'étude

Sélection des médecins : les médecins ayant participé à cette enquête sont des médecins faisant partie du réseau Sentinelles. Le taux de participation à cette enquête a été de 20 %, taux relativement faible. Ce taux est situé dans la moyenne basse des taux de participation aux enquêtes ponctuelles du réseau Sentinelles, compris entre 16 et 52 % dans les six dernières années (www.sentiweb.fr), ce qui pourrait s'expliquer par le déroulement estival de cette étude, durant la période des congés annuels des médecins et des patientes. L'enquête menée auprès de 449 médecins non répondants a montré qu'il n'y avait pas de différences avec les médecins répondants en termes d'âge, de sexe, et d'ancienneté d'installation. Toutes les régions de France métropolitaine sont représentées, dans une proportion comprise entre 0,2 et 2,3 % de l'ensemble des médecins généralistes libéraux.

Sélection des patientes : les femmes consultant en médecine générale ne sont pas représentatives de toute la population des femmes. On sait qu'une femme sur quatre consultant son MG le fait pour le suivi d'une pathologie chronique (Drass, 2004). Ceci peut occasionner un biais dans la sélection de la population étudiée, les femmes vues en médecine générale ayant plus souvent des maladies entraînant une incontinence urinaire, un diabète par exemple. Cependant, la distribution d'âge des femmes de notre échantillon est similaire à celle de l'ensemble des femmes de France métropolitaine et n'apparaît pas non plus différente de la distribution de la patientèle vue en médecine générale. De même, la prévalence de surpoids et de l'obésité retrouvée dans notre échantillon n'est pas différente de celle de la population générale (ENNS 2006). Enfin, les différentes enquêtes réalisées en France ont montré que 67% des patientes souffrant d'incontinence urinaire consultent en premier leur médecin généraliste pour ce problème (Haabs, 2007), ce qui conforte l'intérêt d'avoir mené l'enquête en médecine générale.

Diagnostic de l'IU : la méthode de recueil des données basée sur la déclaration de symptômes cliniques, sans mesures urodynamiques, pourrait introduire des biais pour le diagnostic et la classification du type de l'IU. La disponibilité d'outils adéquats pour mesurer les paramètres urodynamiques n'est toutefois ni envisageable ni pertinente en consultation de routine en médecine générale (Hunskaar et al, 2003).

Prévalence de l'incontinence urinaire et principaux facteurs de risque parmi les femmes participantes à cette enquête

Pour l'ensemble de femmes du registre (N = 2183 patientes), la prévalence de l'IU a été évaluée à 26,8 % (IC95% : 24,9 ; 28,6). Le type d'IU le plus fréquent était l'IU d'effort. Cette étude est à notre connaissance, la première étude française menée en médecine générale avec un outil validé par la communauté internationale dans ce domaine. Ces données de prévalence observées en France sont comparables aux différentes études similaires menées dans les différents pays de l'Union Européenne comme l'Espagne (23 %), la Turquie (24,5%), et la Norvège (23,9%), mais elles sont inférieures à celles retrouvées en Angleterre (42 %) et en Allemagne (41%) (Kocak *et al.* 2005 ; Monz *et al.* 2005 ; Hunskar 2003). En France, la prévalence de l'incontinence urinaire avait été décrite dans deux études mais la méthodologie était différente, et de ce fait les taux de prévalence ne sont pas comparables. Ainsi, Vallée et al 2005, avait décrit 53,3 % des femmes avec des fuites urinaires, sur un total de 2 216 patientes de plus de 35 ans, ou ayant accouché depuis plus de deux ans, incluses par 80 médecins généralistes ; Gasquet et al. 2006 avaient estimé la prévalence de l'IUE à 20 % sur un total de 5 183 femmes de plus de 18 ans, dans une enquête menée auprès de population générale par téléphone.

Dans la présente étude, les principaux facteurs de risque retrouvés sont ceux déjà connus et décrits dans la littérature (l'âge, l'obésité et la parité). D'autres facteurs comme le diabète, le tabagisme, et l'hystérectomie ont été décrits dans la littérature comme facteurs de risque (Danforth et al 2006). Ces paramètres n'ont pas été recherchés dans la présente enquête.

Impact de l'incontinence urinaire dans la vie quotidienne et la qualité de vie des patientes

Le type d'IU le plus fréquent était l'IU d'effort. Cette étude est à notre connaissance, la première étude française menée en médecine générale avec un outil validé comme ICQ. La majorité des femmes présentant une IU ont déclaré avoir des fuites urinaires environ une fois par semaine maximum, en petite quantité. Cela peut expliquer que sur l'ensemble de la population étudiée, la gêne ressentie dans la vie quotidienne était globalement peu importante. L'âge n'était pas associé à la gêne ressentie, au contraire du volume des fuites.

Parmi les femmes répondantes 42% avaient interrompu leur travail ou activités quotidiennes à cause des fuites, et le réveil nocturne mouillé concernait 20% des femmes dont 2% avaient une nycturie en permanence. La dimension sexualité de l'échelle CONTILIFE n'a été remplie que par le 50% des femmes répondants cette partie de l'étude. Ceci reflète d'une part le sujet tabou. Cet aspect avait déjà été soulevé en France lors d'une enquête menée en médecine générale ou l'approche en consultation de la gêne sexuelle a paru complexe, étant donné le nombre des données manquantes sur ce point : appréhension, pudeur ?

Une étude européenne nommée « PURE » ayant évalué la qualité de vie chez des femmes incontinentes (Monz et al 2007), a montré que la sévérité de l'IU est une variable prédictive de la qualité de vie des femmes ($p < 0,0001$). Cette étude montrait aussi que les femmes les plus âgées ayant une IU sévère avaient une qualité de vie relativement moins altérée que les femmes les plus jeunes ($p < 0,01$). Ceci a été expliqué par le fait que les femmes âgées se seraient habituées à vivre avec cette pathologie et qu'elles auraient mise en place des stratégies pour apprendre à vivre avec l'IU. Par ailleurs, l'impact culturel sur la perception de la gêne occasionnée par l'IU pourrait être important, une différence significative ayant été retrouvée entre les différents pays ($p < 0,0001$) (Monz et al 2007). Ainsi, les femmes percevraient leur IU de façon différente selon leur culture, rendant les résultats difficilement comparable d'un pays à l'autre (Monz et al 2007).

Prise en charge de l'incontinence urinaire

Seuls 40% des femmes ont déclaré avoir consulté un médecin pour leur IU (médecin généraliste, gynécologue ou urologue). Les femmes ayant consulté étaient celles avec un score ICIQ le plus élevé ($p < 0,0001$) et ayant dû interrompre leurs activités à cause de leurs fuites. Ces résultats, ont aussi été retrouvés dans une étude menée en Andorre où seulement 50% des femmes avec IU avaient consulté un médecin pour ce motif (Avellanet, 2003).

Les femmes ayant consulté un médecin ont reçu principalement comme traitement de la rééducation périnéale (20,9 %) et des médicaments (12,3 %). Les dernières recommandations de l'ANAES (2003) préconisent différents traitements en fonction du type de l'IU. Ainsi, les traitements comportementaux (reprogrammation mictionnelle, tenue d'un calendrier mictionnel) sont recommandés dans le traitement de l'incontinence par impériosité ; la rééducation périnéo-sphinctérienne, seule ou associée au biofeedback ou à l'électrostimulation, est recommandée dans l'incontinence d'effort ; des traitements anti cholinergiques (l'oxybutynine, la toltérodine ou le chlorure de trospium) dans l'incontinence urinaire par impériosité ; et des traitements chirurgicaux après échec d'une rééducation périnéo-sphinctérienne ou plus rarement d'emblée en cas d'IUE invalidante. Dans la présente enquête, aucune relation n'a été trouvée entre le type d'incontinence et la prise en charge proposée.

L'incontinence urinaire de l'adulte a été pendant longtemps un sujet tabou. Différentes études épidémiologiques réalisées en France ont montré que plus de la moitié de adultes souffrant de ce handicap ne souhaitent pas en parler, ni à leur entourage ni à un professionnels de santé. Deux principales raisons à cet isolement ont été avancées : un sentiment de honte lié au handicap lui même et le sentiment qu'aucune prise en charge médicale ne pouvait être proposée. Pour cette raison, l'Association Française d'Urologie a créé depuis 2001 la « Semaine de l'Incontinence » avec comme objectif principal l'information du public sur cette pathologie. Grâce à cette action, une partie du public a pu accéder à une information et demander une prise en charge (Haabs, 2007).

Avec le même objectif, une brochure d'information du grand public a été élaborée en 2004 par le département d'Education de santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris. Cette brochure a connu un vif succès démontrant le besoin d'éducation sur cette thématique. Une action nationale d'information du public coordonnée par l'INPES et associant les sociétés savantes, les associations d'usagers et l'Assurance Maladie, a été proposée par le ministère de santé (http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/haab_incontinence/rapport.pdf), ce qui devrait permettre une meilleure information du public sur les moyens de prévention de l'incontinence urinaire et les solutions thérapeutiques envisageables.

11 REFERENCES

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urol* 2003; 61: 37-49.
2. Amarenco G, Arnould B, Carita P, Haab F, Labat JJ, Richard F. European psychometric validation of the CONTILIFE: a Quality of Life questionnaire for urinary incontinence. *Eur Urol* 2003; 43, 391-404.
3. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), Service Communication, France, 2003 :136 pp. http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272291
4. Avellanet M. Prevalence of urinary incontinence in Andorra: impact on women's health; *BMC Womens Health* 2003; 16: 3-5.
5. Ballanger P. Épidémiologie de l'incontinence urinaire chez la femme. *Progrès en Urologie* 2005; 15 Supp 1 : 1322-1333.
6. Boyle P, Robertson C, Mazzetta C et al. The prevalence of male urinary incontinence in four centres: the UREPIK study. *BJU International* 2003; 92: 943-947.
7. Czernichow S, Flahault A. Phone prompt or mailed reminder for increasing response rate among investigators? A randomized trial in the Sentinelles network. *Rev Epidemiol Sté Publique* 2001; 49:93-4.
8. Danforth KN et al. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Amer J Obst Gynecol* 2006; 194: 339-345.
9. Flahault A, Blanchon T, Dorleans Y, Toubiana L, Vibert JF, Valleron AJ. Virtual surveillance of communicable diseases: a 20-year experience in France. *Stat Methods Med Res* 2006; 15: 413-21.
10. Foldspang A and Mommsen S. The International Continence Society (ICS) incontinence definition: is the social and hygienic aspect appropriate for etiologic research? *J Clin Epidemiol* 1997; 50: 1055-1060.
11. Gasquet I, Tcherny-Lessenot S, Gaudebout P, Goux BBL, Klein P and Haab F. Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking, and treatment: A national cross-sectional survey. *Eur Urol* 2006; 50 : 818-825.

12. Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, Applegate W, Varner E, Snyder T. Postmenopausal hormones and incontinence : the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. *Obstet Gynecol.* 2001; 97 : 116-20.
13. Haab F. Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire. Rapport pour le Ministère de la Santé et des Solidarités 2007: 62 pages. http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/haab_incontinence/rapport.pdf
14. Haab F, Amarenco G, Coloby P, Grise P, Jacquetin B, Labat J, Chartier-Kastler E and Richard F Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. *Prog Urol* 2004; 14: 1103-1111.
15. Hampel C, Artibani W, Espuna Pons M, Haab F, Jackson S, Romero J, Gavart S. and Papanicolaou S. Understanding the Burden of Stress Urinary Incontinence in Europe: A Qualitative Review of the Literature. *European Urol* 2004; 46: 15-27.
16. Hunskaar S, Burgio K, Diokno A, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology* 2003; 62 suppl 1:16-23.
17. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU International* 2004; 93: 324–330.
18. Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Postpartum urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 556-563.
19. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S et al. Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study. *Eur Urol.* 2006; 50(6):1306-14.
20. Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H. and Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Europ Urol* 2005; 48: 634-641.
21. Kuhn A, Vits K, Kuhn P, Monga A. Do women with urinary incontinence really know where all the toilets are? The toilet paper. *Europ J Obstet & Gynecol Reprod Biol* 2005; 129: 65-68.
22. Legrand J Enquête de la représentativité et de la participation des médecins Sentinelles. Mémoire de DEA, Inserm, ENSAI. 2001.
23. Martinez L, Boissault P, Clerc P and Duhot D. Prévalence et caractéristiques cliniques de l'incontinence urinaire chez la femme de plus de 40 ans. Rapport ANAES, 2001, sur : <http://www.sfm.org/expertise/incontinence%20urinaire.PDF>
24. Minaire P, Jacquetin B, Sengler J. La prévalence de l'incontinence urinaire féminine en médecine générale. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2001 ; 21 :731-738.
25. Monz B, Hampel C, Porkess S, Wagg A, Pons ME, Samsioe G, Eliasson T, Chartier-Kastler E, Sykes D, Papanicolaou S. A description of health care provision and access to treatment for

- women with urinary incontinence in Europe a fivecountry comparison. *Maturitas* 2005 ; 52(2) : S3-12.
26. Monz B, **Chartier-Kastler E**, Hampel C, Samsioe G, Hunskar S, Espuna-Pons M, Wagg A, Quail D, Castro R, Chinn C Patient characteristics associated with quality of life in european women seeking treatment for urinary incontinence: results from PURE. *Eur Urol* 2007; 51(4): 1073-1081.
 27. Norton P. and Brubaker L. Urinary incontinence in women. *Lancet* 2006; 367: 57-67.
 28. Peyrat L. Prévalence et facteurs de risque de l'incontinence urinaire chez la femme jeune. *Progrès en Urologie* 2002 ; 12 : 52-59.
 29. Shaw C, Gupta RD, Bushnell DM, Assassa RP, Wagg A, Mayne C, Hardwick C and Martin M . The extent and severity of urinary incontinence amongst women in UK GP waiting rooms. *Fam Pract Adv Acc* 2006; 23: 497-507.
 30. Vallée J-P, Charpentier J-M, Gallois P, Le Noc Y. Prévalence de l'incontinence urinaire féminine. en France : une enquête transversale en médecine générale. Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale (CDRMG). Rapport 2005, dernier accès le 5/3/2007). http://www.unaformec.org/CDRMG/cederom_01/travaux/incontinence_urinaire_vcourt.pdf .
 31. Viktrup L, Summers KH, Dennett SL. Clinical Urology Guidelines for the Initial Assessment and Treatment of Women with Urinary Incontinence: A Review. *Europ Urol Suppl* 2005; 4 : 38-45.
 32. Wyman JF, Elswick RK, Ory MG, Wilson MS, Fantl JA. Influence of functional, urological, and environmental characteristics on urinary incontinence in community-dwelling older women. *Nurs Res* 1993; 42(5) : 270-5.

12 ANNEXES

12.1 REGISTRE

Sentinelles

REGISTRE Enquête Incontinence Urinaire – juin 2007

Médecin investigateur (nom, prénom) : Département:

Inscrivez dans ce Registre toutes les femmes de plus de 18 ans vues sur une journée de consultation

Question de sélection pour l'inclusion dans l'enquête Incontinence Urinaire :

Des millions de femmes éprouvent une perte involontaire d'urine. Il peut s'agir d'une perte d'urine en toussant, en éternuant, en riant ou pendant une activité physique, ou il peut s'agir plus d'un sentiment de pression sur la vessie.

Pendant les quatre dernières semaines, avez-vous eu des fuites urinaires ?

numéro inclusion	année naissance	poids (kg)	taille (cm)	Nombre 'accouchements	année naissance du dernier enfant	fuites urinaires ? (oui/non) ¹	En cas de fuites urinaires	
							inclusion (oui/non) ²	Si non inclusion d'une personne éligible, svp précisez raison
1								
2								
3								
4								
...								
28								

Combien de personnes (femmes et hommes de tout âge) avez-vous vu pendant cette journée de consultation ?

¹ Consigner réponse à la question de sélection pour inclusion

² Critères d'exclusion : femmes enceintes, femmes ayant accouché depuis moins de 3 mois

12.2 ANNEXE II – QUESTIONNAIRE MÉDECIN

ENQUETE INCONTINENCE URINAIRE – juin 2007

Numéro d'inclusion (le même que sur le Registre):

QUESTIONNAIRE « International Consultation on Incontinence Modular Questionary (ICIQ) » (à être rempli par le médecin avec la patiente)

1. Année de naissance: _ _ _ _

2. Sexe : femme homme

3. A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ? *(ne cochez qu'une seule réponse)*

jamais 0

environ une fois par semaine au maximum 1

deux à trois fois par semaine 2

environ une fois par jour 3

plusieurs fois par jour 4

tout le temps 5

4. Nous aimerions savoir quelle est la quantité de vos pertes d'urine, selon votre estimation.

Quelle est la quantité habituelle de vos pertes d'urine (avec ou sans protection) ?

(ne cochez qu'une seule réponse)

nulle 0

une petite quantité 2

une quantité moyenne 4

une grande quantité 6

5. De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

6. Quand avez-vous des pertes d'urine ? *(cochez toutes les réponses qui s'appliquent à votre cas)*

vous ne perdez jamais d'urine

vous avez des pertes d'urine avant de pouvoir arriver aux toilettes

vous avez des pertes d'urine quand vous tousssez ou éternuez

vous avez des pertes d'urine quand vous dormez

vous avez des pertes d'urine quand vous avez une activité physique ou quand vous faites de l'exercice

vous avez des pertes d'urine quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillé(e)

vous avez des pertes d'urine sans cause apparente

vous avez des pertes d'urine tout le temps

Copyright © "ICIQ Group"

svp, tournez la page pour la suite du questionnaire

Questions complémentaires concernant l'histoire de la maladie et la demande de traitement

7. Depuis combien de temps avez-vous des fuites urinaires ?

0-2 ans

2-5 ans

5-10 ans

10-15 ans

15-20 ans

+ de 20 ans

8. Avez-vous consulté un médecin pour vos fuites urinaires ?

 oui non

9. Si oui,

9a ce médecin était

 un généraliste ? un gynécologue ? un urologue ? autre ? (svp, précisez) :

9b à cause de vos fuites a-t-il prescrit

 de la rééducation ? des médicaments ? une intervention chirurgicale ? autre ? (svp, précisez) :

10. Précisez les antécédents pouvant être à l'origine des fuites involontaires d'urine

 aucun de connu diabète (type II) chirurgie pelvienne sclérose en plaques autre (svp, précisez) :

12.3 ANNEXE III – AUTO-QUESTIONNAIRE PATIENTE

ENQUETE INCONTINENCE URINAIRE – juin 2007

Numéro (à remplir par le médecin) : Année de naissance patiente

AUTO-QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE — (à remplir par les patientes)

Les questions qui suivent portent sur votre état de santé sur les quatre dernières semaines.

Si vous n'êtes pas concernée par certaines activités, mettez une croix dans la case « non concernée ».

Nous vous demandons d'essayer de répondre seule à ce questionnaire.

Pour répondre, faites une croix dans la case de votre choix, une par ligne.

ACTIVITÉS QUOTIDIENNES (issu du questionnaire CONTILIFE [2])

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :

	non concernée	pas du tout	un peu	moyennement	beaucoup	énormément
1. lorsque vous étiez à l'extérieur de chez vous ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. lorsque vous conduisiez ou vous faisiez conduire ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. lorsque vous montiez ou descendiez les escaliers ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. pour faire les courses ou des achats ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. pour attendre, faire la queue (bus, cinéma, supermarché...) ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

	pas du tout	un peu	moyennement	beaucoup	énormément
6. avez-vous dû vous interrompre fréquemment pendant votre travail ou vos activités quotidiennes ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

	jamais	rarement	de temps en temps	souvent	en permanence
7. vous êtes-vous réveillée mouillée ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEXUALITÉ (issu du questionnaire CONTILIFE [2])

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

	non concernée	pas du tout	un peu	moyennement	beaucoup	énormément
8. vous êtes-vous sentie anxieuse à l'idée d'avoir des rapports sexuels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. avez-vous modifié votre comportement sexuel ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. avez-vous craint d'avoir des fuites au cours des rapports sexuels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SVP, tournez la page pour la suite du questionnaire

PROTECTIONS À VISÉE URINAIRE

11. Portez vous des protections à visée urinaire ?

tous les jours

une fois par semaine

une fois par mois

épisodiquement

jamais

12. Si vous portez des protections à visée urinaire, s'agit-il

- de protège-slips ?
- de serviettes hygiéniques ?
- de protections spécifiques fuites urinaires ?
- de protections type "couche" ?
- d'un artifice personnel ?

13. Si vous portez des protections à visée urinaire, à combien estimez-vous leur coût moyen par semaine ?

0 à 5 €

5 à 10 €

10 à 15 €

15 à 20 €

plus que 20 €

SVP, remettez ce questionnaire plié à votre médecin qui nous le fera parvenir de façon anonyme sous enveloppe fermée.

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.

12.4 Autorisation pour utilisation du questionnaire ICIQ

Please reply to:

Nikki Gardener, BSc
Research Associate/Nurse
Tel: (0117) 950 5050 x2228
e-mail: nikki_gardener@bui.ac.uk

15 May 2007

Dr. Fabián Alvarez
Coordonnateur scientifique du réseau Sentinelles
INSERM - UPMC UMR-S 707
Faculté de Médecine Saint-Antoine
27 rue Chaligny
75571 PARIS Cedex 12
France

Dear Dr. Alvarez,

Please find enclosed a copy of the **ICIQ-UI SF** questionnaire, as described in the paper Avery K, Donovan J, Peters T, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*. 2004;23(4):322-30. A summary detailing the questionnaire's development and instructions for users is also enclosed. Please note that the questionnaire is under copyright. It may be used if it is quoted clearly, and it must be used in its entirety, as presented in the copy enclosed. It is not possible to use parts of the questionnaire in isolation in any studies without the written permission of the ICIQ study group. The scoring system is clearly stated on the questionnaire.

If you have any questions or comments, please do not hesitate to contact me. If you use the questionnaire I would be grateful if you could let me know details about your study, and any results that you present or publish.

With best wishes.

Yours sincerely

Miss Nikki Gardener (on behalf of the ICIQ study group)

Encl.

Please reply to:

Nikki Gardener, BSc
Research Associate/Nurse
Tel: (0117) 950 5050 x2228
e-mail: nikki_gardener@bui.ac.uk

15 May 2007

Dr. Fabián Alvarez
Coordonnateur scientifique du réseau Sentinelles
INSERM - UPMC UMR-S 707
Faculté de Médecine Saint-Antoine
27 rue Chaligny
75571 PARIS Cedex 12
France

Dear Dr. Alvarez,

Please find enclosed a copy of the **ICIQ-UIqol**, (I-QOL), questionnaire, for evaluating quality of life in urinary incontinent patients. A summary detailing the questionnaire's development and instructions for users is also enclosed. Please note that the questionnaire is under copyright. It may be used if it is quoted clearly, and it must be used in its entirety, as presented in the copy enclosed. It is not possible to use parts of the questionnaire in isolation in any studies without the written permission of the ICIQ study group.

If you have any questions or comments, please do not hesitate to contact me. If you use the questionnaire I would be grateful if you could let me know details about your study, and any results that you present or publish.

With best wishes.

Yours sincerely

Miss Nikki Gardener (on behalf of the ICIQ study group)

Encl.