



## L'incontinence et le médecin de famille

En règle générale, l'incontinence urinaire se place à titre d'exemple sous la "loi des soins inversés" selon laquelle, plus le sujet est commun, le moins d'attention on lui porte dans les institutions d'enseignement médical. C'est pour cette raison que plusieurs médecins de famille reçoivent si peu de formation en ce qui a trait à l'évaluation et à la gestion de l'incontinence urinaire (IU). Plusieurs facteurs reliés soit aux médecins, soit aux patients peuvent diminuer les chances qu'une personne atteinte d'incontinence urinaire reçoive une évaluation et un traitement. Cet article vise à expliquer ces facteurs afin de porter conseil et permettre aux médecins de famille d'optimiser les soins de l'incontinence.

Les résultats d'une récente étude auprès des médecins de famille canadiens ont démontré que plus de la moitié des participants ne posaient aucune question à leurs patients relativement aux problèmes d'incontinence. 1 De même, il a été démontré que moins de la moitié des patients atteints d'incontinence rapportait ce problème à leur médecin. Ceci veut dire que seul un très faible pourcentage de personnes est identifié et évalué par un physicien. Une partie du problème est due au profil relativement effacé que l'IU a connu jusqu'à récemment. Par contre, une des raisons significatives pour laquelle les médecins de famille n'abordent pas le sujet de la fonction vésicale auprès de leurs patients réside dans le fait qu'une fois le problème identifié, ils n'ont ni l'expertise ni la formation adéquate pour y faire face. Seul le tiers des médecins de famille ont rapporté être à l'aise avec l'évaluation de l'incontinence et la moitié des médecins réfèrent directement leurs patients à l'opinion d'un spécialiste. 1

Un autre problème auquel font face les médecins est de savoir à qui référer leurs patients si toutefois une évaluation plus approfondie était requise. Ceci peut s'avérer nécessaire si le médecin de famille n'est pas confortable avec l'évaluation de base du problème ou parce que l'évaluation et l'intervention n'ont donné aucun résultat. Plusieurs centres ont des ressources très limitées pour l'IU et ceux qui existent ont une longue liste d'attente. D'autre part, plusieurs médecins ne sont pas au

courant qu'il existe des professionnels de la santé de grande valeur dans ce domaine tels que le personnel infirmier-conseil en incontinence (NCA - Nurse Continence Advisor) ou les physiothérapeutes. Dans plusieurs établissements, ces professionnels de la santé ne sont pas disponibles ou ont été retranchés au cours des dernières années, malgré une demande toujours croissante. Les médecins de famille qui ont fait partie du sondage n'ont pu citer que des urologues et des gynécologues comme alliés potentiels dans la gestion de l'IU. Ils n'ont aucunement nommé d'autres ressources, soit parce qu'ils ne connaissaient pas leur rôle potentiel ou soit que le service n'était pas disponible. 1

Dès que le problème d'incontinence est identifié, faire faire une complète évaluation à un patient devient un réel défi en vue des contraintes de temps auxquelles sont soumis les cabinets modernes de médecine familiale. Je ne travaille plus dans un cabinet de médecin traditionnel, mais on me demande fréquemment comment faire face aux limites de temps. Il est important pour le patient de réaliser qu'une évaluation adéquate peut prendre de deux à trois visites. La première visite consiste à établir un historique médical complet, la seconde à un examen physique (incluant un examen pelvien pour les femmes et la mesure du volume d'urine résiduelle après la miction, à l'aide d'un cathéter) et possiblement une troisième visite pour voir en revue les stratégies de gestion. Ces évaluations sont nécessaires mais prennent beaucoup de temps pour le patient et le médecin et deviennent un obstacle de temps très significatif à la bonne gestion de l'incontinence pour un cabinet de médecine familiale.

Selon mon expérience et celle d'autres professionnels de la santé, nous constatons - malgré que ceci n'ait fait l'objet d'aucune étude - que

Suite à la page 4

### Sommaire :

L'incontinence et le médecin de famille	1
Les femmes atteintes d'incontinence	2
What's new XXXXXX	3

### Derniers événements

4

Numéro de la convention—Poste publication 40047182

Copyright 2002, Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada). On ne peut reproduire aucun extrait de ce bulletin sous quelque forme ou par quelque procédé que ce soit - sur machine électronique, mécanique, à photocopier ou à enregistrer, ou autrement - sans avoir obtenu, au préalable, la permission écrite de la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada). Le contenu de ce bulletin ne reflète pas nécessairement les opinions de la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) et ne doit pas être interprété comme tel. Les suggestions ci-incluses ne remplacent, d'aucune façon, les conseils dispensés par un professionnels de la santé autorisé à exercer sa profession. Veuillez le consulter avant de commencer tout traitement. Tous les renseignements inclus dans ce bulletin sont proposés aux fins de référence et d'éducation seulement. Ils ne visent en aucun cas à remplacer les conseils d'un médecin.

L'informateur

## Les femmes atteintes d'incontinence peuvent être soulagées à l'aide d'un pessaire

Plusieurs professionnels de la santé considèrent les pessaires (appareils de soutien pour le vagin), comme étant démodés. Aujourd'hui, les pessaires de tailles et de formes diverses, sont faits de silicone ou d'acrylique transparent qui produisent peu d'irritations ou de réactions allergiques. Malgré une amélioration constante dans les techniques chirurgicales, plusieurs femmes, jeunes ou âgées, veulent avoir d'autres options à prendre en considération.

On peut se servir de pessaires pour réduire ou aider à arrêter les pertes d'urine de la même façon qu'un soutien-gorge à armature soutient des seins pendants (Bhatia, Bergman & Gunning, 1983). Selon les rapports, l'utilisation des pessaires peut soulager plus de 60% des patients atteints d'incontinence urinaire par mictions impérieuses, d'incontinence d'effort ou d'incontinence mixte et plus de 80% des patients qui utilisent des pessaires dans les cas de prolapsus des organes pelviens (Hanson, Schulz, Flood, Cooley & Tam, 2003).

Autant que possible, il est préférable pour les femmes péri-ménopausées et post-ménopausées d'utiliser des applications d'œstrogène directement au vagin avant de se faire ajuster pour un pessaire et même durant le port d'un pessaire (Miller, 1992). Cet œstrogène vaginal est souvent nécessaire même si la patiente en prend déjà, soit par voie orale ou sous forme de timbres.

Le choix et l'ajustement d'un pessaire est souvent un procédé par tâtonnements et plus d'une visite sera certainement nécessaire pour trouver l'appareil qui convient le mieux. Il faut éduquer la patiente à rapporter immédiatement tout inconfort et à faire faire un suivi dans les 2 à 4 jours, si possible. Elle devrait être réexaminée dans les 4 semaines qui suivent. Dans la mesure du possible, la patiente doit apprendre à retirer, remettre et laver le pessaire (Farrell, 1997). Si toutefois la patiente était dans l'impossibilité d'en prendre soin elle-même, il faudrait alors qu'elle soit examinée tous les trois mois par un médecin ou par une infirmière spécialisée (Miller, 1992 & Farrell et al, 1997). Si la patiente est capable de retirer et de laver l'appareil une fois par semaine, il ne sera pas nécessaire de l'examiner aussi souvent. Idéalement, un pessaire ne devrait pas rester en place pour plus d'une durée de trois mois (Miller, 1992). Dans plusieurs cas, le port d'un pessaire ne gêne aucunement les relations sexuelles, par contre, d'autres patientes préfèrent le retirer d'avance.

Les pessaires ne sont pas des substituts pour les chirurgies réparatrices du plancher pelvien mais peuvent être utilisés au lieu de la chirurgie ou pour aider le médecin à choisir la meilleure intervention chirurgicale. Une évaluation gynécologique est primordiale avant l'ajustement d'un pessaire (Miller, 1992). L'utilisation d'un pessaire est beaucoup moins coûteuse que la chirurgie pour les programmes de soins de la santé, beaucoup plus facile pour la patiente et comporte moins de risques.

### Cas :

C.C. a 26 ans, jeune mère de deux enfants et souffre d'incontinence urinaire sévère qui a débutée depuis la naissance de son premier enfant. Elle porte des coussinets épais qu'elle doit changer 4-6 fois par jour. Elle ne peut ni courir ni jouer avec ses enfants et est incertaine d'en avoir fini avec les grossesses. On lui a enseigné les exercices du plancher pelvien qu'elle fait correctement et avec régularité, ce qui a amélioré la situation sans toutefois l'éliminer. Elle a restreint toute caféine de son alimentation et se voit maintenant restreindre les liquides. Il y a de cela près de six semaines que C.C. s'est fait poser un pessaire plat et elle ne porte maintenant aucun coussinet. Elle prend soin du pessaire elle-même sans aucune difficulté et n'a éprouvé que deux légères pertes d'urine depuis le port de cet appareil. Elle le porte durant les relations sexuelles car ses pertes d'urine étaient toujours très fortes à ces moments-là. Cette jeune femme est très heureuse d'avoir eu le choix de cette option.

### Références

- Bhatia, N. N., Bergman, A., & Gunning, J. E. (1983). *Urodynamic effects of a vaginal pessary in women with stress urinary incontinence. American Journal of Obstetrics and Gynecology* 147, 876-884.
- Farrell, S. A. (1997). *Practical advice for ring pessary fitting and management. Journal of Society of Obstetrics and Gynecology Canada* 19, 625-632.
- Hanson, L., Schulz, J.A., Flood, C.G., Cooley, B., Tam, F. (2003). *Success of pessary use in the conservative management of urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Update on incontinence and pelvic health; CANUP/TCCF Second Joint Conference, Montreal, Canada.*
- Miller, D. S. (1992). *Contemporary use of the pessary. In Droegmueller, W. & Sciarra, J. J. (Eds.). Gynecology and Obstetrics* 1 (39). Lippincott: P A.
- Wu, V., Farrell, S. A., Baskett, T. F., & Flowerdew, G. (1997). *A simplified protocol for pessary management. Obstetrics & Gynecology* 90 (6), 990-994.

Lesley Ann Hanson, RN, BScN, NCA  
Royal Alexandra Hospital  
Edmonton, AB



## « Quoi de neuf en ressources des soins de l'incontinence? »

Centre Hospitalier Ambulatoire Régional de Laval  
( C.H.A.R.L. )

Programme Santé des femmes  
Clinique du plancher pelvien,  
volet incontinence urinaire  
1515 boulevard Chomedey  
Laval (Québec) H7V-3Y7

Téléphone: (450) 978-8388 ■ Fax: (450) 978-8392

Notre clinique est ouverte depuis la mi-février 2002. Nous voyons les femmes de tout âge ayant un problème d'incontinence urinaire. Une prescription médicale est demandée pour venir à notre clinique. Notre équipe est formée de médecins, d'infirmières et de physiothérapeutes. Nous offrons l'évaluation comprenant le questionnaire, l'examen physique et les tests de base. Nous offrons des traitements pharmacologiques. De plus, nous proposons les traitements comportementaux suivants: rééducation musculaire du plancher pelvien, électrostimulation, biofeedback, entraînement vésical de différents types, installation de pessaires. Nous offrons aux femmes toute l'information nécessaire concernant, l'hydratation, l'hygiène, les habitudes mictionnelles, les protections et autres produits reliés à l'incontinence. Les soins sont couverts par la Régie de Assurance Maladie du Québec, le C.H.A.R.L. étant un établissement public.

## AIDEZ-NOUS À AIDER AUX AUTRES

Chaque don fait à la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) (FAPI) nous permet de poursuivre notre tâche auprès des consommateurs qui sont atteints d'incontinence urinaire.

Il est à noter que FAPI ne reçoit aucun budget d'opération d'aucun niveau de gouvernement que ce soit. Nous comptons sur les contributions individuelles, celles de l'industrie, l'adhésion des membres professionnels de la santé et les ventes de nos publications.

Les coûts continuent d'augmenter sans cesse pour les items tels que l'impression, le papier, les envois postaux, les représentations graphiques et les frais de traduction.

En donnant généreusement à cette cause si négligée, vous nous aiderez à accomplir notre mission.

Nous émettons un reçu officiel pour fins d'impôt pour toute contribution de 20,00 \$ et plus.

Veillez faire votre chèque au nom de la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) et le faire parvenir à : B.P. 30, Succursale Victoria, Westmount, QC H3Z 2V4.

### Félicitations et Remerciements

C'est avec grand plaisir que nous avons appris l'heureuse nouvelle du mariage de notre membre du conseil, Fran Monkman, le 17 août dernier à Winnipeg. Je sais que vous voudrez vous joindre à moi pour offrir nos sincères félicitations et nos meilleurs vœux de bonheur à M. et Mme Rosenberg.

Nous tenons également à exprimer nos plus sincères remerciements à notre bénévole, M. Malcolm Campbell qui, au cours des dernières années a si généreusement donné de son temps pour nous aider à répondre aux appels de la ligne de secours de Montréal. Veuillez accepter, M. Campbell, nos meilleurs vœux de bon rétablissement et soyez assuré que « Oui », ce poste vous sera toujours disponible.

## Formulaire d'adhésion

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada)

*Veillez compléter ce formulaire et l'envoyer à l'adresse ci-dessous.*

- Membre professionnel individuel – 60 \$ (frais annuels)
- Association membre – 100 \$ (frais annuels)
- Donateur  100 \$  75 \$  50 \$  Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

ORGANISME : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ PROV.: \_\_\_\_\_ CODE POSTALE : \_\_\_\_\_

TÉL : \_\_\_\_\_ TÉLÉC. : \_\_\_\_\_ COURRIEL : \_\_\_\_\_

Paiement :

- Carte de crédit Visa # \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

- Chèque à l'ordre de la «Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada)»

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada)  
B.P. 30, Succursale Victoria, Westmount (Québec), H3Z 2V4



## L'incontinence et le médecin de famille

les interventions de base peuvent avoir un impact marquant sur la continence. 2,3,4. On peut espérer que les médecins de famille pourront jouer un rôle plus important en incontinence au fur et à mesure que l'IU sera mise en évidence dans les programmes de résidents en médecine familiale et avec le développement des programmes de formation pour médecins pratiquants. Le médecin de famille est en bonne position pour dépister le problème car il connaît généralement son patient depuis un certain temps. Si le médecin est compétent en matière de gestion de l'IU, il sera plus réceptif aux patients qui voudraient aborder le sujet de problèmes de la vessie.

Même si le patient se sent gêné d'aborder le sujet, il est important pour lui de mettre son médecin au courant d'incontinence. Les médecins intéressés et à l'aise avec ce sujet seront en mesure de faire une évaluation de base ou de les référer directement à un professionnel de la santé dans ce domaine. Si le médecin n'est pas au courant du rôle que jouent d'autres professionnels de la santé, le patient devrait s'enquérir sur les disponibilités locales et sur les rôles possibles d'autres disciplines. Les patients plus âgés peuvent bénéficier d'être référés dans des centres de services spécialisés en gériatrie (si disponibles), plus particulièrement si l'incontinence est compliquée par l'usage de multiples médicaments ou par des problèmes fonctionnels ou une détérioration cognitive. La fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) a développé, à l'intention des professionnels de la santé, un Guide canadien des pratiques cliniques sur l'incontinence urinaire qui est disponible sur Internet. Je suis convaincu que ces questions ne peuvent que recevoir des réponses favorables auprès de la plupart des médecins de famille qui, devant un

patient pouvant aborder le sujet sans gêne, se sentiront eux-même à l'aise d'en discuter ouvertement.

Assurément, le public en général et les médecins sont beaucoup plus informés aujourd'hui sur l'IU qu'il y a une dizaine d'années. Il est à espérer que ces connaissances accrues mèneront à un meilleur niveau de confort pour identifier et discuter d'incontinence, tout en améliorant les soins donnés par les médecins de famille.

### Références :

1. Swanson, J.G.; Skelly, J.; Hutchison, B.; Kaczorowski, J. *Urinary incontinence in Canada : National survey of family physicians' knowledge, attitudes, and practices. Can Fam Physician 2002 ; 48:86 - 92.*
2. Tannenbaum C.; Perrin, L.; DuBeau, C.E.; Kuchel, G.A. *Diagnosis and management of urinary incontinence in the older patient. Arch Phys Med Rehabil 2001 Jan; 82(1): 134 - 8.*
3. Hotedahl, K.; Verelst, M.; Schiefloe, A. *A population based, randomized, controlled trial of conservative treatment for urinary incontinence in women. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77; 671 - 677.*
4. Seim A.; Hunskar S. *Femal urinary incontinence - the role of the general practitioner. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79(12): 1046-51*

Chris Frank, MD, CCFP  
Queen's University  
Kingston, Ontario

### Membres du conseil d'administration

#### Présidente

Mme Bonny Brunet

#### Présidente sortante

Mme Anita Saltmarche, RN, MHSc

#### Représentant de l'industrie

M. Peter Brownrigg

M. David Wm. Ames, BSc, MSc, CCM

Dr Darius Bagli, MD, FRCSC

Mme Frankie Bates, RN, NCA

Mme Claudia Brown, PT

Dr Harold Drutz, MD, FRCSC

Dr Scott A. Farrell, BA, BEd, MD, FRCSC

Dr Jerzy Gajewski, MD, FRCSC

Dr. Derek Griffiths, PhD

Mme Sonya Lytwynec, Reg. B. ScN

Mme Dianna MacDonald, PT

Mme Fran Monkman, RN, NCA

Dre Jane A. Schulz, BSc, MD, FRCSC

Dr Luc Valiquette, MD, FRCSC

#### Comité consultatif

Dr Michael Borrie, MD, FRCPC

Dre Susan Bowles, Pharm. D

Dr Jacques Corcos, MD

Dre Catherine Flood, MD, FRCSC

Dr Sender Herschorn, MD, FRCSC

(Pres. du comité scientifique)

Dr George Kuchel, MD, FRCP

Dre Katherine Moore, RN, MN, PhD

Mme Louise Perrin, PT

Dr Peter Pommerville, MD, FRCSC

Dr Sydney Radomski, MD, FRCSC

Mme Carole Riback, M.Ed

Dre M. Lynn Stothers, MD, FRCSC

#### Directrice générale

Mme Ruth Pelletier

#### Adjointe Administrative

Mme Michèle De Cicco

No. d'enregistrement

# 89004 4746 RR0001

### Compte rendu des derniers événements

C'est à l'Hôtel Hilton Montréal Bonaventure que plus de 240 professionnels de la santé et consommateurs se sont joints à nous lors de la deuxième conférence conjointe CANUP/FAPF tenue les 20 et 21 juin dernier.

Nous avons eu le plaisir de compter parmi nous deux conférenciers de l'étranger, la Prof. Chris Norton de Londres, Angleterre et le Dr Vincent Delmas de France, à titre d'orateurs chargés des discours-programme.

Nous tenons particulièrement à rendre hommage et remercier les nombreux commanditaires et exposants qui, grâce à leur appui, ont rendu cet événement possible.

*La prochaine  
conférence de la  
Fondation d'aide aux  
personnes incontinentes  
(Canada) – FAPF, se  
tiendra au cours de  
l'automne 2005.*