

Répercutions de l'incontinence au Canada

Un document de synthèse de la Fondation d'aide aux personnes incontinentes

Mai 2009



Membres du conseil d'administration

Directrice générale

Jacqueline Cahill

Président

Tom Alloway, PhD

Vice-président

Derek Griffiths, PhD

Représentant de l'industrie

Anne Sigouin, BA

*Membres du conseil
d'administration*

David Wm. Ames, BSc, MSc, CCM • Frankie Bates, RN, NCA •
Claudia Brown, PT • Marcus Burnstein, MD, MSc, FRSSC • Kevin
V. Carlson, MD, FRCSC • Harold Drutz, MD, FRCSC • Scott A.
Farrell, BA, BEd, MD, FRCSC • Jerzy Gajewski, MD, FRCSC •
Michael Gareau • Sheila Lamb, MD, CCFP, FCFP • Dianna
MacDonald, PT • Fran Rosenberg, RN, NCA • Jane Schulz, BSc,
MD, FRCSC • Luc Valiquette, MD, FRCSC

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire de gestion.....	3
Introduction	4
Prévalance	5
Les Conséquences Émotives et Psychologiques de L'Incontinence	8
Types d'incontinence et traitement associés	10
Traitements.....	11
Produits et dispositifs pour gérer l'incontinence.....	12
Impacts financiers et Économiques de L'Incontinence	13
Recommandations	19
Remerciements	26
Annexe I : Dépenses du système de soins de santé, maladies chroniques	27
Annexe II : Sites Web sur l'incontinence et clavardoir /Forums.....	28
Bibliographie et références.....	29

SOMMAIRE DE GESTION

Ce document de synthèse a été commandé par la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) (FAPI) afin d'aider le gouvernement à se consacrer à subvenir aux besoins non satisfaits des Canadiens vivant avec l'incontinence. L'incontinence est un état chronique qui continue à porter un énorme stigmate. L'incontinence peut avoir des répercussions sur tous les aspects de la vie d'une personne : rapports sociaux, vie sexuelle, capacité à travailler, voyager, faire du sport, et participer à une vie communautaire.

Une estimation extrêmement conservatrice de la prévalence à l'incontinence au Canada indique que 7 % des femmes et 3,5 % des hommes canadiens souffrent d'incontinence modérée à sévère quotidienne. Plusieurs études suggèrent que la prévalence est significativement plus élevée. L'incontinence crée un stress émotionnel sérieux chez les personnes vivant avec cet état. Les femmes vivant avec l'incontinence sont plus susceptibles de souffrir d'une dépression que celles qui sont continentes. Dans une étude, les trois états chroniques qui affectent le plus nuisiblement la qualité de vie en matière de santé d'un individu étaient l'incontinence urinaire, la maladie d'Alzheimer et l'accident cérébrovasculaire.

L'incontinence n'est pas seulement dispendieuse aux individus, mais aussi aux employeurs et au système de soins de santé. Un individu souffrant d'incontinence dépensera 1 500 \$ par année en produits. De plus, l'incontinence coûte aux employeurs canadiens plus de 11 millions de jours de travail perdus, et plus de 1,5 milliard de dollars de perte de productivité. L'incontinence ajoutera aussi 1,9 milliard de dollars aux coûts de soins de santé au système canadien annuellement. Au total, l'incontinence coûtera près de 5,6 milliards de dollars aux canadiens par année.

Coûts de l'incontinence au Canada	
Coûts aux individus	2 070 990 000 \$
Coûts aux employeurs	1 580 733 217 \$
Coûts au système de soins et santé	1 947 420 930 \$
Total	5 599 144 147 \$

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) propose les stratégies suivantes :

- Accroître l'éducation au publique et aux professionnels de la santé à propos de l'incontinence.
- Intégrer l'accès aux traitements de l'incontinence urinaire aux stratégies des temps d'attente.
- Augmenter le financement pour permettre un plus grand nombre de traitements à offrir aux personnes souffrant d'incontinence à l'effort, tels que l'intervention chirurgicale pour l'incontinence à l'effort par des soutiens. Comme premier pas, la Fondation d'aide aux personnes incontinentes presse le gouvernement ontarien à fournir 16 millions de dollars en financement dédiés aux interventions pour bandelette mi-urétrale pour assurer que les individus incontinents sont traités en temps voulu.
- Financer la création de cliniques de traitements de continence à base communautaire.
- Augmenter le financement pour permettre l'accès aux traitements et thérapies traditionnels.
- Ajouter tous les médicaments pour traiter l'incontinence urinaire aux formulaires provinciaux.
- Augmenter la répartition quotidienne du financement des produits absorbants dans les établissements de soins à long terme pour permettre l'utilisation d'une couche neuve au besoin.

- Augmenter le financement pour l'achat de produits absorbants pour les individus vivant avec un revenu fixe.
- Augmenter le financement pour l'achat de cathéters pour les individus vivant dans la communauté et dans des institutions.

INTRODUCTION

Ce document est un document de synthèse de la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) (FAPI) dans le but d'aider le gouvernement à formuler de meilleurs politiques pour subvenir aux besoins non satisfaits des Canadiens vivant avec l'incontinence. L'incontinence est un état chronique qui continue à porter un énorme stigmate. Selon Dr. Kevin Baker, « Cet état est trop souvent non déclaré, en partie parce que les patients sont trop gênés pour en discuter avec leurs médecins. Il a été rapporté qu'il y a en Ontario plus de 300 000 femmes qui souffrent d'incontinence. »¹

L'incontinence peut avoir des répercussions sur tous les aspects de la vie d'une personne : rapports sociaux, vie sexuelle, capacité à travailler, voyager, faire du sport, et participer à une vie communautaire. Selon les termes d'un gynécologue travaillant en Ontario :

« Je suis un gynécologue spécialisé en incontinence urinaire chez la femme. Ceci est un problème commun et désagréable pour les femmes après l'accouchement. Plusieurs de mes patientes me disent qu'elles ne peuvent plus faire de l'exercice ou jouer avec leurs enfants à cause de fuites d'urine. Certaines de mes patientes disent qu'elles n'ont plus de rapports avec leurs partenaires parce qu'elles ont des fuites d'urine lors des rapports. D'autres me disent qu'elles prennent des anti-dépresseurs pour ce problème. »²

Ce problème est encore plus aggravé par le manque de connaissance des médecins de famille à propos de l'état et des traitements et produits présentement disponibles. Cette combinaison de stigmate et de manque de connaissance a fait que l'ensemble de l'état est peu déclaré. Il y a peu de statistiques canadiennes précises de la prévalence de cet état – avec des études rapportant une grande variété de prévalence allant de 2 % à 20 % de l'ensemble de la population.

Ce document rassemble l'information la plus à jour portant sur l'incontinence afin de procurer aux responsables politiques du Canada une vue plus précise de cet état chronique. Ce document plonge dans les conséquences émotionnelles et les stigmates de l'incontinence, présente les différents types d'incontinence, décrit les implications financières de cet état pour les individus et la société, et conclue avec une discussion sur la multitude de solutions à considérer pour les décideurs canadiens.

Ce dossier met en évidence aux décideurs politiques les besoins d'une large population grandissante, et fait la lumière sur les nombreux problèmes complexes quotidiens de ceux qui vivent avec l'incontinence. Les recommandations de la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) pour des actions positives et des changements de politiques sont comprises à la fin de ce document.

¹ Baker, K. Letter, Marie Fortier, Champlain LHIN, le 16 octobre 2008

² Kalbfleisch, R Letter, Ministère de la santé et des soins de longue durée, Ontario, le 10 novembre 2008

PRÉVALANCE

Il est difficile de déterminer la vraie prévalence de l'incontinence au Canada. Les estimations des études (voir *Tableau 1*) varient de 2 % à 50 % de la population, ce qui dépend de l'étude, la méthode de recherche et les questions posées. Par exemple, poser la question « êtes-vous incontinent ? » engendrera un nombre dramatiquement différent de réponses positives que la question « Souffrez-vous de fuites d'urine occasionnelle ? »

Ce problème est aggravé de plus par le stigmate et la gêne associés à cet état. Très peu (25 %) ³ de femmes et d'hommes vivant avec l'incontinence cherche de l'aide professionnelle car ils croient que cet aspect normal du vieillissement, ou car ils sont simplement trop gênés pour en discuter avec un professionnel de la santé. Tel que déclaré par Contreras Ortiz, « Il est clair qu'il reste encore un long chemin à parcourir pour faire comprendre aux patients et à la société du fait que l'incontinence urinaire est un trouble, qui peut et devrait être traité. Par conséquent, les patients doivent être encouragés à rapporter leur problème, alors que les fournisseurs de soins de santé devraient soulever la question lors des examens de routine pour les groupes à risque. » ⁴

Une estimation extrêmement conservatrice de la prévalence de l'incontinence au Canada indique que **7 % des femmes canadiennes souffrent d'incontinence modérée à sévère quotidienne**. Plusieurs études suggèrent que la prévalence est significativement plus élevée.

Le stigmate et l'embarras qui sont souvent associés à l'état rendent difficile l'estimation précise de la vraie prévalence.

Finalement, il y a plusieurs niveaux d'incontinence, de légère à modérée à sévère et très sévère. Les individus qui ont un incident de fuite d'urine par semaine peuvent être considéré comme incontinent, mais les individus qui ont plusieurs incidents par jour auront besoin de différentes stratégies d'adaptation, devront dépenser plus d'argent en produits, et subiront plus de conséquences émotives profondes. Cependant, les personnes souffrant de n'importe quel niveau d'incontinence partagent toutes certaines des mêmes conséquences émotives.

Viktrup et autres ont fait un examen complet d'incontinence à l'effort chez une femme âgée active. Les auteurs ont découvert que : « L'incontinence urinaire peut être transitoire jusqu'à un tiers des personnes âgées vivant en communauté, et jusqu'à 50 % des patients hospitalisés, en fonction de divers facteurs de risque. » ⁵ Les sondages et études qui sont passés en revue donnent des résultats aussi bas que 16 % des femmes qui rapportent des incidents d'incontinence mensuels, et aussi haut que 65 % des femmes qui rapportent des incidents d'incontinence hebdomadaires.

Thom a passé en revue la littérature pour étudier la prévalence rapportée sur l'incontinence chez les femmes vivant en communauté. Thom a découvert que parmi les adultes d'âge moyen et plus jeunes, la prévalence de l'incontinence s'étendait de 12 % à 14 % chez les femmes. Parmi les adultes plus âgés, la prévalence était de 17 % à 55 %. L'incontinence à l'effort prédominait chez les

³ Reymert J, Hunskaar S *Why do only a minority of perimenopausal women with urinary incontinence consult a doctor?* Scandinavian Journal of Public Health, 1994, le 12 septembre; (3):180-183.

⁴ Contreras Ortiz O *Stress Urinary Incontinence in the gynaecological practice* Int. J. Gynaecol Obstet 2004 juillet; 86 Suppl 1:S6-16.

⁵ Viktrup L, Koke S, Burgio KL, Ouslander JG *Stress urinary incontinence in active elderly women* South Med J 2005 janvier; 98(1):79-89

femmes plus jeunes, tandis que l'incontinence d'urgence et mixte prédominaient chez les femmes plus âgées.⁶ Il a conclu que l'estimation précise de prévalence de l'incontinence urinaire dépend de la spécification de la définition de l'incontinence et de l'âge et genre du groupe d'intérêt.

Tableau 1 : Rapports sur la prévalence de l'incontinence

Citation	Conclusion/déclaration
Herschorn S, Corcos J, Gajewski J, Schulz J, Ciu E <i>Canadian Urinary Bladder Survey: Population-Based Study of Symptoms and Incontinence</i> Neurology and Urodynamics, 2003, Vol 22, Partie 5.	Le sondage « Canadian Bladder Survey » fournit les données par groupe d'âges suivants (% d'hommes et de femmes avec tout niveau d'incontinence) : <ul style="list-style-type: none"> • 18 à 40 ans : 10 % hommes, 16 % femmes • 41 à 64 ans : 16 % hommes, 33 % femmes • 65+ ans : 30 % hommes, 55 % femmes
McDowell, I <i>Analysis of urinary and faecal incontinence in the Canadian population using data from the Canadian Study of Health and Aging</i> , Santé Canada, 1998 [Disponible sur http://www.phac-aspc.gc.ca/seniorsaines/pubs/info_exchange/incontinence/exch6_e.htm . Consulté le 4 déc. 2008]	<ul style="list-style-type: none"> • Un peu plus de 5 % des hommes dans cette étude et 7 % des femmes ont eu des incidents d'incontinence urinaire quotidiens. • Après l'âge de 84 ans, l'incontinence urinaire quotidienne a augmenté significativement (14,8 % chez les hommes et 23,5 % chez les femmes). • Pour les personnes âgées en institutions, l'incontinence urinaire était de 9 à 10 fois plus élevée (36,8 % chez les hommes et 36,9 % chez les femmes) que parmi les personnes âgées vivant dans la communauté.
Fedorkow DM. <i>Prevalence of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and anal incontinence in women</i> . Dans : Drutz HP, Herschorn S, Diamant NE, eds. <i>Female pelvic medicine and reconstructive pelvic surgery</i> . London: Springer, 2003; 11–24	Près de 9 % de tous les répondants ont rapporté une incontinence urinaire, 56 % d'eux étaient sous l'âge de 55 ans. Plus de la moitié des répondants n'ont jamais consulté leur médecin à propos de leur incontinence.
Miller, D <i>Office management of stress incontinence: current and future role</i> Clin Obstet Gynecol 2007 juin; 50(2):376-82.	Environ 11 millions de femmes aux États-Unis sont peut-être régulièrement incontinentes (3,6 % de la population des États-Unis basés sur les résultats d'un recensement de 305 millions de résidents aux États-Unis, consulté le 2 déc. 2008 à http://www.census.gov/)
Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B <i>Prevalence, Management and Impact of Urinary Incontinence in the Workplace</i> Occupational Medicine 2205; 55:552-557.	37 % des répondants (femmes âgées de 18 à 60 ans) ont rapporté des fuites d'urine dans les 30 derniers jours. De celles-ci : <ul style="list-style-type: none"> • 44 % ont des fuites d'urine au moins une fois par mois, au travail; • 21 % au moins une fois par semaine; • 8 % à tous les jours; • le reste a rapporté moins d'une fois par mois, mais ont eu des fuites d'urine le mois précédent.
Milne JL, Moore KN <i>An exploratory study of continence care services worldwide</i> Int J Nurs Stud 2003 mars; 40(3):235-47.	L'incontinence urinaire est un symptôme complexe de troubles sous-jacents qui affectent plus d'un million et demi de Canadiens. (4,7 % basé sur les résultats du recensement Canada 2006 d'une population de 31,6

⁶ Thom, D. *Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type* J Am Geriatr Soc 1998 avril; 46(4):473-80

	millions de Canadiens)
Milsom I <i>The prevalence of urinary incontinence</i> Acta Obstet Gynecol Scand 2000 déc; 79(12):1056-9.	L'incontinence urinaire est l'un des problèmes de santé des plus importants qui fait face à la société moderne. Plus de 50 millions d'hommes et de femmes à travers le monde en sont affectés. Les études de populations ont démontré qu'approximativement 10 % de toutes les femmes souffrent d'incontinence urinaire.
Thom, D. <i>Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type</i> J Am Geriatr Soc 1998 avril; 46(4):473-80.	« Les estimations de l'incontinence à l'effort varient de 4 % à 50 % dans la littérature. »
Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI, <i>Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review</i> Arch Gynecol Obstet. 2008 avril; 277(4):285-90	La plupart des adultes passés l'âge de 65 ans souffrent d'incontinence à un certain niveau. (100 % des adultes de 65 ans et plus)

Tandis qu'il est évident que la prévalence est difficile à déterminer, il ne doit pas y avoir de doute qu'il y a un grand nombre de Canadiens vivant avec l'incontinence. L'incontinence varie de cas légers, où les hommes et femmes ont des pertes urinaires à chaque mois, aux cas très sévères où l'individu a des fuites à plusieurs reprises chaque jour. De plus, la prévalence à l'incontinence augmente significativement avec l'âge.

Aux fins d'économie et des calculs des coûts qui sont faits dans les sections suivantes de ce document, nous utiliseront comme nombre général - et justement modeste - l'estimation de 7 % des femmes au Canada qui souffrent de pertes d'urine quotidiennes modérées à sévères. De plus, « alors que l'épidémiologie de l'incontinence urinaire n'a pas été étudiée chez les hommes aussi soigneusement que chez les femmes, la plupart des études démontrent que le ratio homme : femme est d'environ 1:2.⁷ Donc, nous utiliseront comme estimation générale de prévalence de l'incontinence de 3,5 % des hommes au Canada qui souffrent de pertes d'urine quotidiennes modérées à sévères.

⁷ Strothers L, Thom D, Calhoun E *Urinary incontinence in men* Dans : Litwin MS, Saigal CS editors. *Urologic Diseases in America*. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, NIH, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Washington DC, US Government Publishing Office, 2004; NIH Publication No 04-5512.

LES CONSÉQUENCES ÉMOTIVES ET PSYCHOLOGIQUES DE L'INCONTINENCE

L'incontinence crée un stress émotionnel sérieux chez les personnes vivant avec cet état. Les femmes vivant avec l'incontinence sont plus susceptibles de souffrir d'une dépression que celles qui sont continentes. Dans une étude, les trois états chroniques qui affectent le plus nuisiblement la qualité de vie en matière de santé d'un individu étaient l'incontinence urinaire, la maladie d'Alzheimer et l'accident cérébrovasculaire.

Plusieurs études ont souligné les conséquences émotionnelles et psychologiques de l'incontinence. Un résumé non-approfondi est fourni dans le Tableau 2 ci-dessous :

Tableau 2 : Impacts émotionnels, psychologiques et sociaux de l'incontinence	
Citation	Découvertes/conclusion
Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI, <i>Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review</i> Arch Gynecol Obstet. 2008 avril; 277(4):285-90	« ... un impact important et souvent dévastateur sur la santé physique et émotionnelle du patient. L'incontinence chez l'adulte plus âgé est un trouble humiliant et invalidant, qui cause un stress substantiel, dépression et limitation. Elle peut gêner les relations interpersonnelles, diminuer la fonction sexuelle, et augmenter le risque de chutes débilantes, institutionnalisation et même augmenter la mortalité. »
Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B <i>Prevalence, Management and Impact of Urinary Incontinence in the Workplace</i> Occupational Medicine 2205; 55:552-557	Chez les femmes ayant des symptômes sévères à très sévères : <ul style="list-style-type: none"> • 45 % rapportent un impact négatif sur la concentration; • 64 % sur l'activité physique; • 77 % sur l'estime de soi; • 74 % sur l'achèvement des tâches; • 88 % rapportent un impact négatif dans au moins un des points énumérés ci-dessus; • 4 % indiquent que l'incontinence urinaire a affecté des décisions personnelles à propos du travail; • 2 % ont changé le genre de travail qu'elles font; • 0,9 % ont diminué le nombre d'heure de travail; et • 0,8 % ont indiqué qu'elles ne travaillent plus en dehors de leur maison.
Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, Bradley CS, Grady D, and Diagnostic Aspects of Incontinence Study (DAISy) Group <i>The "costs" of urinary incontinence for women</i> Obstet Gynecol. 2006 avril; 107(4): 908–916	L'impact de l'incontinence sur la qualité de vie liée à la santé est semblable à d'autres problèmes de santé chroniques comme l'arthrose, le syndrome restrictif pulmonaire, et l'accident cérébrovasculaire. Notre étude confirme les découvertes des autres dans lesquelles les femmes incontinentes perçoivent de considérables bénéfices lors d'une réduction importante des incidents d'incontinence... Les femmes sont prêtes à payer jusqu'à 900 \$ par an pour des améliorations d'incontinence de 100 %, ce qui est similaire à leur volonté de payer pour améliorer les migraines ou reflux gastro-œsophagien.

Herbruck LF, <i>Stress Urinary incontinence: prevention, management, and provider education</i> Urol Nurs. 2008 juin; 28(3):200-6.	Les coûts associés à l'incontinence urinaire sont financièrement et socialement considérables pour ceux vivant avec ces effets... la prévention ou la gestion de ces troubles au plus bas niveau possible sont indiqués.
Hägglund D, Ahlström G <i>The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness</i> J Clin Nurs. 2007 oct; 16(10):1946-54.	L'expérience des femmes vivant avec l'incontinence urinaire a pour sens - l'impuissance.
Contreras Ortiz O <i>Stress Urinary Incontinence in the gynaecological practice</i> Int. J Gynaecol Obstet 2004 juillet; 86 Suppl 1:S6-16	L'incontinence urinaire est un problème commun, affectant les femmes de tous les groupes d'âge, et a des effets dévastateurs sur leur vie de famille, social et professionnelle.
Viktrup L, Koke S, Burgio KL, Ouslander JG <i>Stress urinary incontinence in active elderly women</i> South Med J 2005 janv.: 98(1):79-89	L'incontinence chez les personnes âgées est un problème de santé important qui vient avec l'isolement, la dépression, et un risque accru d'institutionnalisation et de complications médicales.
Monz B, Pons ME, Hampel C, Hunskaar S, Quail D, Samsioe G, Sykes D, Wagg A, Papanicolaou S <i>Patient-reported impact of urinary incontinence – results from treatment seeking women in 14 European countries</i> Maturitas 2005 le 30 nov.; 52 Suppl 2:S24-34	Le plus grand impact des symptômes de l'incontinence urinaire rapporté par les patients sont sur les exercices, avec plus de 45 % des patients (souffrant d'incontinence modérée à sévère) qui sont modérément ou totalement limités dans cette activité. Dans la plupart des pays, plus de 60 % des femmes ont rapporté qu'elles sont modérément ou extrêmement importunées par leurs symptômes d'incontinence urinaire.
Subak LL, Brubaker L, Chai TC, Creasman JM, Diokno AC, Goode PS, Kraus SR, Kusek JW, Leng WW, Lukacz ES, Norton P, Tennstedt S, <i>Urinary Incontinence Treatment Network High costs of urinary incontinence among women electing surgery to treat stress incontinence</i> Obstet Gynecol 2008 avril;111(4):899-907.	L'incontinence urinaire est associée à d'importants coûts. Les femmes ont dépensé près de 750 \$ (US) par année de leurs propres poches pour gérer leur incontinence, elles ont eu une importante baisse de qualité de vie, et étaient prêtes à payer près de 1 400 \$ (US) par année pour une guérison.
Vigod, S, Steward DE <i>Major Depression in Female Urinary Incontinence</i> Psychosomatics, 47:147-151, avril 2006.	La prévalence de la dépression étaient de 15,5 % chez les femmes vivant avec l'incontinence urinaire (30 % chez les femmes de 18 à 44 ans) et seulement 9,2 % chez les femmes sans incontinence urinaire.

Une des principales raisons pour laquelle les femmes et les hommes souffrent d'incontinence en silence – ayant même peur d'en discuter avec leur médecin – est à cause de la gêne et de la honte engendrées par cet état. L'Internet, avec ses innombrables salons de cyber bavardage et les forums anonymes dévoués aux discussions de l'expérience des gens vivant avec l'incontinence procure un soulagement à la souffrance causée par l'incontinence. Les thèmes communs de ces groupes comprennent :

- Questions à propos de la gêne, et le stigmate associé à être incontinente;
- L'utilisation de produits absorbants;
- La peur que les membres de la famille, les collègues de travail et les amis découvrent qu'une personne souffre d'incontinence;
- Les façons de faire durer les pantalons de plastique plus longtemps;
- Questions à propos de comment faire face à une fuite d'urine soudaine.

Plusieurs sites Web encouragent les membres à partager leurs histoires pour qu'ils puissent s'entraider les uns les autres avec leur incontinence. Quelques unes de ces histoires sont reproduites ci-dessous pour aider les personnes continentes à comprendre un peu ce que ces individus doivent vivre avec :

« J'ai été diagnostiqué avec le cancer du rectum à l'âge de 47 ans. Ça fait près de neuf ans maintenant depuis qu'ils ont trouvé la tumeur qui a complètement changé ma vie. J'ai eu des traitements par radiation, chimiothérapie et une intervention chirurgicale pendant laquelle j'ai eu colostomie temporaire. Une fois que ça a été inversé, je n'avais aucun contrôle des mes selles. Je sais que je devrais être heureux d'avoir vaincu le cancer mais il y a des fois où je souhaiterais ne pas l'avoir fait. Pendant la première année et demi, j'étais presque devenu virtuellement confiné à ma maison, je ne sortais seulement que lorsque j'en avais absolument besoin. Ensuite, il y avait la peur constante d'avoir un incident. Je devais aller aux toilettes comme trente fois par jours et je devais en trouver une rapidement. »

« J'ai 45 ans, mère de 3 enfants, et j'ai eu de l'incontinence depuis plus de 20 ans maintenant. Ça me contrôle. J'aimerais tellement que non... mais oui. J'ai souffert d'une dépression à cause de ça. J'enseignais l'école du Dimanche et je chantais à l'église, mais je n'y vais même plus maintenant, depuis que j'ai eu un incident lorsque je chantais debout derrière la chaire. Très honteuse, j'ai marché jusque chez moi et pendant que je prenais une douche, j'ai prié Dieu et demander pourquoi. Je ne m'attends pas à avoir une réponse, mais je crois que toutes choses arrivent pour une raison et nous devons essayer de vivre nos vies pleinement avec les capacités qu'on a. »

« Mes docteurs ont été formidables mais ils ne savent plus quoi faire. Je ne sais plus vers quoi me tourner mais j'essaie de continuer à vivre. Je sais que je ne suis pas seul mais parfois je me sens comme si personne ne peut comprendre. Merci pour ce site, j'ai pleuré quand j'ai lu ces histoires. Je ne me sens plus seul maintenant. »

TYPES D'INCONTINENCE ET TRAITEMENT ASSOCIÉS

L'incontinence a été définie par la Société internationale de la continence comme étant « une plainte de n'importe quelle fuite d'urine involontaire. »⁸

Les principaux types d'incontinence sont les suivants :

- *L'incontinence à l'effort*, est lorsque qu'une fuite d'urine est associée avec l'action de tousser, éternuer, forcer, faire des exercices ou tout autre type d'effort. Cinquante pourcent des individus vivant avec l'incontinence ont cette dernière.
- *L'incontinence par impériosité*, est lorsque qu'une fuite d'urine est associée avec une envie urgente et incontrôlable de vider la vessie et il y a fuite. L'incontinence par impériosité est un symptôme clé du syndrome d'une vessie hyperactive.
- *L'incontinence par trop-plein*, est lorsqu'il y a toujours fuite ou écoulement d'une vessie pleine.

⁸ Abrams P, Cardozo L, Fall M, et autres *The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society*. NeuroUrol Urodyn 2002; 21:167-78

- *L'incontinence mixte*, est une combinaison de l'incontinence à l'effort et par impériosité.

Les autres types d'incontinence comprennent :

- *L'incontinence fonctionnelle*, celle-ci dénote l'incontinence reliée à des causes autres que le système urinaire. Une personne peut avoir des problèmes à contrôler leur urine, mais ce problème est exacerbé par des facteurs fonctionnels, tels que des barrières physiques pour aller aux toilettes, un manque de mobilité, un degré de réticence à se soumettre, problèmes de médicaments, etc. Ce type d'incontinence peut être géré en prenant soin des facteurs fonctionnels, comme en améliorant la mobilité du patient, motivant le patient, améliorer l'accès aux toilettes, changer les médicaments, etc.
- *L'énurésie nocturne* est utilisée pour décrire l'incontinence pendant la nuit, aussi connu comme « faire pipi au lit ».

**TERMINOLOGIE DE
L'INCONTINENCE**

Vessie – le réservoir de stockage d'urine

Urètre – le passage par lequel la vessie se vide

Structures de supports et sphincters – ceux-ci sont responsables pour prévenir les fuites.

TRAITEMENTS

De nombreux choix de traitements sont disponibles pour les individus souffrant d'incontinence, et la description de ces traitements sont disponibles en détail dans d'autres dossiers et documents (Fondation d'aides aux personnes incontinentes (Canada), 2007, Miller, 007). Ils sont décrits brièvement ci-dessous :

Traitements comportementaux

Les traitements comportementaux sont des mesures traditionnelles et sont les premiers choix de traitements pour les patients qui souffrent d'incontinence à l'effort et par impériosité. Ces traitements comportementaux comprennent le réentraînement de la vessie, l'éducation et des changements de régime alimentaire.

Physiothérapie

Elle comprend des exercices des muscles du plancher pelvien, rétroaction biologique, et électrostimulation.

Auto-cathétérisation intermittente

L'auto-cathétérisation implique le passage d'un petit cathéter jetable dans l'urètre jusqu'à la vessie pour la vider.

Traitements injectables

L'injection de diluants, comme le collagène, pour rétrécir les parois urétrales a été prouvé efficace pour l'incontinence à l'effort et est minimalement invasive. Le traitement à l'injection de la toxine de botulinique (Botox) a aussi été utilisé pour traiter l'incontinence par impériosité.

Pharmacothérapie

Les classes générales de médicaments utilisés sont : les médicaments anticholinergiques, antidépresseurs tricycliques, et une combinaison d'anticholinergiques et d'anxiolytiques (tranquillisants musculaires).

Traitements par intervention chirurgicale

Il y a deux traitements par intervention chirurgicale principaux pour l'incontinence à l'effort utilisés au Canada : La suspension rétropubienne, et l'insertion d'une bandelette urétrale (bandelette mi-urétrale). La méthode Burch (technique de suspension rétropubienne) a été prouvée comme étant un succès pour le traitement de l'incontinence à l'effort et a une bonne efficacité à long terme. Les bandelettes procurent un soutien sous le cou de la vessie et/ou de l'urètre, et peuvent être fabriqués de plusieurs matériaux différents. La récolte d'un tissu du patient même (fascia) du dessus des muscles abdominaux est encore communément effectuée; cependant, cette nouvelle technique minimalement invasive est l'insertion d'une bandelette en maille pour aider à supporter le cou de la vessie. Les données à court terme indiquent que cette technique est aussi efficace que celle de Burch, mais il y a un manque de données à long terme.

La bandelette sous-urétrale transobturatrice est une technique qui utilise l'os pelvien ou la zone transobturatrice pour supporter la bandelette plutôt que d'utiliser la paroi abdominale. Ce procédé est une intervention minimalement invasive pour les patients externes qui, on s'attend, sera équivalente à d'autres techniques à bandelettes mi-urétrales.

Une autre intervention chirurgicale réservée surtout aux hommes, est l'insertion d'un sphincter urinaire artificielle (SUA). Un SUA est un appareil fait de caoutchouc de silicone qui a un ballonnet gonflable qui se fixe autour de l'urètre près de l'extrémité qui joint la vessie. Le ballonnet est gonflé pour prévenir les fuites d'urine et quand l'individu désire uriner, il dégonfle le ballonnet, ce qui permet à l'urine de couler.

Stimulation des nerfs sacrés (SNS)

Lors d'une SNS, un appareil de genre stimulateur électrique est implanté pour stimuler électriquement les nerfs sacrés (colonne vertébrale inférieure) pour tenter d'améliorer les fonctions de la vessie et de gérer l'incontinence.

PRODUITS ET DISPOSITIFS POUR GÉRER L'INCONTINENCE

Produits absorbants

Les produits absorbants (couches, protèges-dessous, serviettes hygiéniques) sont les plus communément utilisés pour l'incontinence, et peuvent être utilisés pour aider à gérer tout type d'incontinence.

Dispositif récepteur

Les dispositifs internes tels que les sondes à demeure urétrales et les sondes suspubiennes, ainsi que les dispositifs externes, tels que les étuis péniers, peuvent être utilisés pour gérer l'incontinence sévère.

Dispositif mécanique

L'insertion d'un pessaire est une méthode non chirurgicale de traiter certains problèmes causés par un faible muscle pelvien. Un pessaire est un dispositif en caoutchouc qui est inséré dans la partie supérieure du vagin, il fait pression sur l'urètre et soutien le cou de la vessie et l'utérus. Chez les

hommes, les pinces péniennes souples (comme les pinces Cunningham) peuvent être utilisées pour protéger contre les fuites sévères.

IMPACTS FINANCIERS ET ÉCONOMIQUES DE L'INCONTINENCE

L'incontinence coûte aux Canadiens plus de 7,5 milliards de dollars par année.

L'incontinence est dispendieuse aux individus, aux employeurs et au système de soins de santé. Un individu souffrant d'incontinence

Un nombre d'études ont tenté de déterminer les implications économiques en général de l'incontinence. Le sondage « The Canadian Urinary Bladder Survey (CUBS 2003) » a démontré que 21,8 % des Canadiens de 18 ans et plus ont des problèmes de vessie, avec un coût aux Canadiens de 1,5 milliard par année.⁹ Dans l'article de revue « Urinary Incontinence », Viktrup et autres suggèrent que : « En 2003, les coûts économiques totaux estimés de l'incontinence aux États-Unis étaient de 12,02 milliards de dollars...Les coûts pour les femmes et les hommes âgés vivant avec l'incontinence dans la communauté étaient de 7,36 et 1,79 milliards de dollars respectivement. »¹⁰

En gardant à l'esprit que la population du Canada vieillit, en plus du fait que la prévalence à l'incontinence accroît avec l'âge, les coûts associés à l'incontinence augmenteront et l'incontinence deviendra un fardeau croissant sur la société.

Les coûts individuels

Chaque année, une personne âgée souffrant d'incontinence et vivant à la maison dépensera en moyenne de 1 000 \$ à 1 500 \$ en produits pour l'incontinence.¹¹ Ces coûts, qui sont défrayés par les individus vivant avec l'incontinence urinaire comprennent :

- Produits absorbants;
- Papier hygiénique et serviettes en papier additionnels;
- Dépenses additionnelles pour la lessive;
- Services de soins à domicile, et
- Dépenses additionnelles pour le nettoyage à sec;
- Médicaments non couverts par les plans de soins de santé.

Selon le recensement de 2006, le nombre de femmes vivant au Canada était de 16 136 925. Le nombre de femmes de plus de 15 ans était de 13 414 410. Alors que 7 % des femmes de plus de 15 ans souffrent d'incontinence modérée à sévère, le nombre de femmes canadiennes vivant avec l'incontinence au Canada est près de 1 million (939 008). Par conséquent sur une base annuelle, les femmes canadiennes dépensent près de 1,5 milliard de dollars en produits pour gérer leur incontinence.

⁹ International Continence Society <http://www.icsoffice.org/publications/2003/pdf/049.pdf>

¹⁰ ¹⁰ Viktrup L, Koke S, Burgio KL, Ouslander JG *Stress urinary incontinence in active elderly women* South Med J 2005 janvier; 98(1):79-89

¹¹ Subak LL, Brubaker L, Chai TC, Creasman JM, Diokno AC, Goode PS, Kraus SR, Kusek JW, Leng WW, Lukacz ES, Norton P, Tennstedt S, Urinary Incontinence Treatment Network *High costs of urinary incontinence among women electing surgery to treat stress incontinence* Obstet Gynecol 2008 avril; 111(4):899-907

Selon le recensement de 2006, le nombre d'hommes de plus de 15 ans était de 12 618 650. Alors que 3.5 % des hommes de plus de 15 ans souffrent d'incontinence modérée à sévère, le nombre d'hommes canadiens vivant avec l'incontinence au Canada est près de un demi million (441 652). Par conséquent sur une base annuelle, les hommes canadiens dépensent près de 600 millions de dollars en produits pour gérer leur incontinence. Au total, les femmes et hommes canadiens dépensent plus de 2 milliards de dollars en produits pour l'incontinence chaque année.

Tableau 3 : Coûts individuels de l'incontinence	
Femmes de plus de 15 ans au Canada	13 414 410
Femmes de plus de 15 ans avec l'incontinence (*7 %)	939 008
Coûts annuels de l'incontinence	1 500 \$
Coûts déboursés par les femmes canadiennes	1 408 512 000 \$
Hommes de plus de 15 ans au Canada	12 618 650
Hommes de plus de 15 ans avec l'incontinence (*3,5 %)	441 652
Coûts annuels de l'incontinence	1 500 \$
Coûts déboursés par les hommes canadiens	662 478 000 \$
Coûts totaux déboursés par les Canadiens en raison de l'incontinence	2 070 990 000 \$

Les coûts de la perte de productivité

Les individus vivant avec l'incontinence qui font partie de la main d'œuvre trouvent qu'il est stressant de gérer leur incontinence lorsqu'ils sont au travail. Certains se débrouillent en prenant de nombreuses pauses pour aller aux toilettes, d'autres utilisent beaucoup de produits absorbants. Quand même, d'autres choisissent de travailler à la maison, ou changeront d'emploi pour trouver une carrière qui leur permettra de travailler avec leur état.

Le présentéisme est défini comme étant « Le problème des employés qui sont au travail mais, à cause d'un état médicale, ne fonctionnent pas entièrement... Un exemple de présentéisme peut être quand un employé souffre de dépression, alors il est moins capable de travailler efficacement. Un autre exemple peut être quand un employé souffre d'une migraine, il a de la difficulté à regarder l'écran de l'ordinateur. »¹² Pour les individus qui font partie de la main d'œuvre, le problème de présentéisme est important car il peut amener à une diminution de concentration, de performance d'activités physiques, d'estime de soi et de capacité à compléter des tâches sans interruptions.¹³ « Une fuite ou perte d'urine est un symptôme ennuyeux qui peut diminuer la qualité de vie et déranger les routines quotidiennes. Les évidences suggèrent que les employés ne peuvent pas faire leur travail de leur mieux lorsqu'ils sont distraits par des problèmes de santé relativement bénins comme des allergies, migraines ou maux de dos... »¹⁴

« Les collègues de travail ne sont peut-être pas au courant de la prévalence d'impact d'une perte d'urine involontaire parce qu'on n'en discute pas librement et ça peut souvent être caché. Des comportements comme des pauses fréquentes pour aller aux toilettes ou des erreurs de concentration peuvent être attribuées à de pauvres habitudes de travail ou un

¹² Medicinenet.com <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=40516>

¹³ Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B *Prevalence, Management and Impact of Urinary Incontinence in the Workplace Occupational Medicine* 2205;55:552-557

¹⁴ Cité par Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B *Prevalence, Management and Impact of Urinary Incontinence in the Workplace Occupational Medicine* 2205;55:552-557.

engagement insuffisant envers l'employeur. Du point de vue de l'employé, ceci peut limiter les opportunités d'avancement et diminuer la satisfaction au travail. Du point de vue de l'employeur, le « présentéisme »... peut être un encore plus grand drain sur la productivité que l'absentéisme. »

Il est difficile de déterminer précisément la quantité exacte de perte de productivité qui peut être attribuée à l'incontinence. Cependant, certaines études peuvent faire la lumière sur la question :

Wu et autres ont découvert que les employés avec une vessie hyperactive ont un excès de 2,2 jours de travail perdus par absentéisme à cause d'une condition médicale et un excès de 3,4 jours de travail perdus par absentéisme à cause d'incapacité, comparé aux employés sans vessie hyperactive.¹⁵ Dans une étude sur les employés avec des états chroniques chez « Dow Medical », Collins et autres ont découvert que « l'absentéisme associé à un état chronique variait de 0,9 à 5,9 heures pour une période de 4 semaines, et la détérioration du travail décroissait de 17,8 % à 36,4 % en capacité de fonctionner au travail. »¹⁶

« Les employés souffrant d'une maladie chronique prennent des jours de maladie, réduisant les ressources de l'employeur et, par conséquent, le P.I.B. [produit intérieur brut]. Lorsqu'ils viennent travailler pour ne pas perdre de salaire, leur rendement est bien en dessous de la normale, une circonstance connue comme « le présentéisme »... Les pertes de rendement (impactes indirects) causées par le présentéisme (baisse de productivité) sont immenses, plusieurs fois plus importantes que les pertes associées à l'absentéisme. »¹⁷

Afin de quantifier le coût de l'incontinence aux employeurs, en termes d'absentéisme et de présentéisme, les hypothèses suivantes ont été faites :

- 7 % de la population des femmes canadiennes au travail souffrent d'incontinence quotidiennement.
- En sachant que le rapport femme à homme vivant avec l'incontinence est généralement 2:1, 3,5 % de la population des hommes canadiens au travail souffrent d'incontinence quotidiennement.
- L'incontinence est un état chronique qui affecte les individus dans leur vie au travail à un degré semblable à d'autres états chroniques.
- Selon Statistique Canada, le nombre de jours perdus à cause d'une maladie ou invalidité en 2006 était de 7,6 jours par employé.
- Les individus vivant avec l'incontinence sont affectés d'une manière semblable à ceux qui souffrent d'autres états chroniques, par conséquent on peut extrapoler que ces individus étaient absents 7,6 jours chaque année.
- Selon l'institut Milken, le présentéisme représente 4/5^{ième} de tous les coûts indirectes des états chroniques. En extrapolant par conséquent indiquerait que le présentéisme représenterait pour un autre 30,4 jours de productivité perdue par année. Afin de rester prudent dans les estimations,

¹⁵ Cité par Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B *Prevalence, Management and Impact of Urinary Incontinence in the Workplace* Occupational Medicine 2205;55:552-557.

¹⁶ Collins JJ, Baase CM, Sharda CE, Ozminkowski RJ, Nicholson S, Billotti GM, Turpin RS, Olson M, Berger ML, *The assessment of chronic health conditions on work performance, absence and total economic impact for employers* J Occup Environ Med 2005 juin; 47(6):547-557

¹⁷ Partnership to Fight Chronic Disease, Milken Institute, *The 2008 Almanac of Chronic Diseases*. [Disponible sur <http://www.fightchronicdisease.org/resources/almanac.cfm>]

nous attribuerons seulement 5 jours de travail perdu à cause du présentéisme due à l'incontinence.

- *L'incontinence par conséquent coûte aux employeurs un total de 12,6 jours de travail perdus pour chaque individu vivant avec l'incontinence.*
- *Selon Statistique Canada, le nombre de femmes employées dans le marché du travail en 2007 était de 8 453 000.*
- *Selon Statistique Canada, le nombre d'hommes employés dans le marché du travail en 2007 était de 9 492 800.*
- *Selon Statistique Canada, la moyenne de salaire hebdomadaire en 2006 était de 678,91 \$.*

Tableau 4 : Marché du travail et taux de participation, sexe et genre	
Marché du travail	2007
Total	17 945 800
Homme	9 942 800
Femme	8 453 000

Tableau 5 : Calcul de jours de perte de productivité due à l'incontinence	
Femmes sur le marché du travail	8 453 000 femmes
Femmes avec incontinence sur le marché du travail	591 710 femmes
Hommes sur le marché du travail	9 492 800 hommes
Hommes avec incontinence sur le marché du travail	332 248 hommes
Nombre total d'employés avec incontinence	923 958
Absentéisme causé par l'incontinence	7 022 081 jours (*7,6 jours)
Présentéisme causé par l'incontinence	4 619 790 jours (*5 jours)
Nombre total de jours perdus causés par l'incontinence	11 641 871 jours

Tableau 6 : Calcul du coût de l'incontinence aux employeurs	
Nombre total de jours perdus causés par l'incontinence	11 641 871 jours
Coût d'un jour de travail	135,78\$ (678,91/5)
Coût total de l'incontinence aux employeurs	1 580 733 217 \$

En résumé, l'incontinence coûte aux employeurs canadiens plus de 11 millions de jours de travail perdus, et plus de 1,5 milliard de dollars. Faire la lumière sur cet état, améliorer l'accès aux traitements, offrir plus d'options de traitements et encourager les individus à parler de leur état à leurs fournisseurs de soins de santé aideront à alléger certains de ces coûts et à améliorer la productivité.

Coût des soins de santé

Les individus souffrant d'incontinence auront besoin d'un accès accru aux services de soins de santé. Ils nécessiteront un plus grand nombre de visites aux infirmières conseillères en incontinence, aux médecins et spécialistes; ceux qui ont une vessie hyperactive auront peut-être besoin de médicaments, ceux qui souffrent d'incontinence urinaire à l'effort nécessiteront peut-être d'une intervention chirurgicale, et les personnes âgées auront peut-être besoin d'être admises plus tôt dans un établissement de soins de longue durée.

Les visites chez le médecin seront nécessaires pour diagnostiquer l'état, développer une stratégie de gestion du problème, et si nécessaire, référer à un spécialiste. Si un patient est référé à un spécialiste, alors les coûts accrus de médecins comprendront aussi le temps requis par le spécialiste pour l'évaluation du patient, la détermination des traitements, l'exécution des traitements et le suivi. Wagner et autres ont découvert que les individus avec une vessie hyperactive ont fait 20 % de visites de plus que ceux sans vessie hyperactive.¹⁸ Plusieurs des coûts associés à la vessie hyperactive, directs et indirects, sont comparables à ceux de l'incontinence urinaire. En 1998, une étude¹⁹ sur les demandes de soins gérée par les États-Unis des ressources et coûts médicaux directement liés aux traitements de la vessie hyperactive ont révélé un coût moyen de 462 \$ par patient par mois (5 544 \$ par année).

Un compte rendu récent par le « Medical Advisory Secretariat » du Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario a conclu que « l'incontinence urinaire... a été identifiée comme l'un des prédicteurs clés dans la transition d'une personne âgée vivant indépendamment dans la communauté à l'admission à un établissement de soins de longue durée. Pour les soignants, l'incontinence urinaire est souvent un point important dans la décision à institutionnaliser les membres âgés de la famille et est souvent cité comme élément décisif.²⁰ En citant les études par Morrison et autres, et Thom et autres « les auteurs ont déterminé que 10 % de toutes les admissions chez les hommes et 6 % de toutes les admissions chez les femmes étaient attribuées uniquement à l'incontinence urinaire. »²¹ L'incontinence augmente les risques d'hospitalisation par plus de 30 % et est cru comme étant un facteur important à l'institutionnalisation parmi les personnes âgées; environ la moitié des admissions de patients dans les établissements de soins aux États-Unis ont énuméré un diagnostic d'incontinence. Une étude a rapporté que l'incontinence double le risque d'admissions aux établissements de soins, indépendamment de l'âge et de la présence d'autres maladies.²²

Une étude examine les coûts incrémentaux associés aux soins des individus souffrant d'incontinence dans les établissements de soins de longue durée comparés à ceux sans incontinence. Shih et autres ont découvert que les coûts de main d'œuvre incrémentaux (par quart de travail) pour prendre soin des patients avec une incontinence occasionnelle étaient de 3,31 \$ (dollars US 2002) et de 5,16

¹⁸ Wagner TH, Hu TW, Bentkover J, LeBlanc K, Steward W, Corey R, Zhou Z, Hunt T *Health-related consequences of overactive bladder* 2002 déc; 8(19 Suppl); 598-607.

¹⁹ Hall J. Direct medical care resources and costs associated with the treatment of overactive bladder using retrospective medical care claims data. JMCP In press.

²⁰ Medical Advisory Secretariat. *Behavioural interventions for urinary incontinence in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis*. Ontario Health Technology Assessment Series 2008;8(3)

²¹ Medical Advisory Secretariat. *Behavioural interventions for urinary incontinence in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis*. Ontario Health Technology Assessment Series 2008;8(3)

²² Viktrup L, Koke S, Burgio KL, Ouslander JG *Stress urinary incontinence in active elderly women* South Med J 2005 Jan;98(1):79-89

\$ pour ceux avec une incontinence urinaire fréquente. « En combinant le nombre patients avec une incontinence urinaire fréquente (plus de 70 % de tous les patients avec incontinence urinaire) et ceux avec une incontinence occasionnelle, la moyenne pondérée des coûts incrémentaux par quart de travail était de 4,52 \$. Avec les coûts de main d'œuvre incrémentaux de 4,52 \$ par patient par quart de travail, l'incontinence urinaire coûte 13,57 \$ de plus à traiter par jour, ou 4 957 \$ par année. »²³

Le tableau 7 procure un profil des coûts de soins de santé associés à l'incontinence urinaire :

Tableau 7 : Coûts directs associés à l'incontinence	
Coûts médicaux directs moyens par personne	5 642 \$ ²⁴
Nombre de visites accrues chez le médecin de famille	56,10 \$ par visite ²⁵
Coûts accrues des établissements de soins	4 957 \$ par année ²⁶
Taux quotidien des établissements SLD (de base)	133,75 \$ par résident par jour ²⁷
<ul style="list-style-type: none"> • Soins infirmiers et personnels : 73,69 \$ • Services de soutien et programmes : 7,12 \$ • Nourriture : 7,00 \$ • Autres hébergement : 45.94 \$ 	

Dans le but de calculer les coûts accrues de l'incontinence au système de soins de santé, et en tentant de rester le plus prudent possible, nous avons utilisé les données des réclamations de Birnbaum. Similairement, nous n'avons pas essayé de calculer les coûts accrues associés aux admissions précoces aux établissements de soins de longue durée, nous n'avons pas non plus calculé les coûts accrues aux établissements de SLD dus aux soins de ceux qui souffrent d'incontinence. Par conséquent, l'incontinence coûte au système de soins de santé un minimum de 1,9 milliard de dollars par année.

Tableau 8 : Calcul des coûts au système de soins de santé	
Femmes de plus de 15 ans au Canada	13 414 410
Femmes de plus de 15 ans avec incontinence (7 %)	939 008
Femmes avec incontinence qui consultent leur médecin (*25 %)	234 752
Hommes de plus de 15 ans au Canada	12 610 650

²³ Shih YC, Hartzema AG, Tolleson-Rinehart S *Labor costs associated with incontinence in long term care facilities* Urology 2003, Sept;62(3):442-6.

²⁴ Birnbaum H, Leong S, Oster E, Kinchen K, Sun P *Cost of Stress Urinary Incontinence: A Claims Data Analysis*. Pharmacoeconomics. 22(2):95-105, 2004. - assuming a Canadian dollar at par

²⁵ Ministère de la santé et des soins de longue durée, *Schedule of Benefits for Physician Services under the Health Insurance Act*. Consulté le 5 déc. 2007

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohip/sob/physserv/a_consul.pdf

²⁶ Shih YC, Hartzema AG, Tolleson-Rinehart S *Labor costs associated with incontinence in long term care facilities* Urology 2003, Sept; 62(3):442-6.

²⁷ Communication personnelle, Carolyn Verleyen, RN BScN MBA, Présidente et chef de la direction, Lutheran Homes, Kitchener-Waterloo

Hommes de plus de 15 ans avec incontinence	441 652
Hommes avec incontinence qui consultent leur médecin (*25 %)	110 413
Nombre total d'individus avec incontinence qui consultent leur médecin	345 165
Coûts médicaux directs moyens par personne	5 642 \$
Coûts accrus de soins de santé associés à l'incontinence	1 947 420 930 \$

Sommaire des coûts

Le tableau 9 souligne les coûts accrus aux Canadiens causés par l'incontinence. Les lecteurs peuvent être assurés que les coûts mentionnés dans ce dossier sont des estimations prudentes, et n'ont pas été exagérés. D'autres coûts pourraient aussi être considérés, par exemple, « Les coûts d'opportunité occasionnés par la retraite anticipé pourraient être un aspect important des coûts indirects de l'incontinence urinaire. »²⁸ De plus, il a été découvert que les femmes souffrant d'incontinence sont plus aptes à souffrir aussi de dépression,²⁹ ce qui augmentera aussi les coûts à l'individu et au système de soins de santé. Ces coûts additionnels à l'individu, à la société et au système de soins de santé basés sur ces faits n'ont pas été compris dans les estimations ci-dessus.

Tableau 9 : Sommaire des coûts accrus dus à l'incontinence	
Coûts à l'individu	2 070 990 000 \$
Coûts à l'employeur	1 254 550 172 \$
Coûts au système de soins de santé	1 947 420 930 \$
Total	5 272 961 102 \$

Au total, l'incontinence coûtera aux Canadiens plus de 5,5 milliards de dollars par année. Plusieurs de ces coûts peuvent être évités si les responsables gouvernementaux portent une plus grande attention à aider à accroître la sensibilisation de cet état parmi les Canadiens, en réduisant le stigmate, et en améliorant l'accès aux soins et traitements appropriés. Des solutions plus détaillées suivront.

RECOMMANDATIONS

L'incontinence est un problème sérieux pour des millions de femmes et hommes canadiens. Les individus avec l'incontinence vivent avec la gêne et ont peur d'en découvrir plus à propos de leur état. Des démarches importantes doivent être faites dans le but d'aider les gens vivant avec l'incontinence à faire face à leur état. Un premier pas important est d'accroître la connaissance et l'éducation au sujet de cet état, ce qui aidera à réduire le stigmate de l'état et à encourager les individus à chercher de l'aide.

²⁸ Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B *Prevalence, Management and Impact of Urinary Incontinence in the Workplace* Occupational Medicine 2205;55:552-557

²⁹ BH, Montgomery H, Pieper K, Gray M, Steers WD. Urinary incontinence and depression. *J Urol* 1999;102:82-84.

Éducation

La fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) insiste auprès du gouvernement de réaliser des programmes pour éduquer la communauté médicale et le grand public à propos de l'incontinence.

Il a été suggéré dans l'ensemble des travaux qui ont étudié l'incontinence que l'éducation à propos de l'incontinence urinaire devrait être dirigée vers *tous* les niveaux organisationnels pour réduire la gêne, promouvoir la communication et procurer aux femmes l'information sur la prévention et les traitements.³⁰

L'éducation des médecins est un pas vital pour aider les Canadiens vivant avec l'incontinence, tel que les études ont démontré, il y a une grande variété de connaissance, attitudes et niveaux de confort parmi les médecins de famille lorsqu'ils font affaire avec l'incontinence.³¹ Herbruck suggère que l'éducation devrait commencer à l'école de médecine : « Éduquer les futurs fournisseurs de soins de santé à aborder ces sujets avec sensibilité influencera positivement les soins reçus par les patients. »³²

Également, « En plus d'assurer que les employés reçoivent la connaissance, le temps et les aménagements pour gérer leur (in)continence urinaire, les professionnels des soins de santé sont en position unique pour procurer l'information concernant l'incontinence urinaire à la nature du travail. »³³

L'éducation devrait aussi être dirigée vers les infirmiers qui sont souvent les premiers contacts des patients. Les infirmiers conseillers en incontinence devraient aussi recevoir des formations pour aider ceux qui vivent avec l'incontinence. Finalement, il faut mettre en évidence le besoin d'éduquer les individus vivant avec l'incontinence car les patients qui connaissent mieux leur état se sentent plus autonomes, se sentent plus en confiance de poser des questions, prennent un rôle plus actif dans leur traitement et sont plus conformes au traitement. Un financement devrait être offert à la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) et aux autres organisations convenables pour aider à procurer une éducation plus ample aux patients.

Stratégie de réduction des temps d'attente

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) insiste auprès du gouvernement d'inclure l'incontinence urinaire dans la stratégie de réduction des temps d'attente.

Il est important que l'incontinence urinaire et l'incontinence à l'effort en particulier, soient incluses dans la stratégie nationale de réduction des temps d'attente. Cette stratégie est un plan sur 10 ans créé par le gouvernement fédéral qui met en évidence des investissements stratégiques dirigés vers la

³⁰ Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B *Prevalence, Management and Impact of Urinary Incontinence in the Workplace* Occupational Medicine 2205;55:552-557

³¹ Swanson JG, Skelly J, Hutchison B, Kaczorowski J *Urinary incontinence in Canada. National survey of family physicians' knowledge, attitudes and practices.* Can Fam Physician. 2002 janvier; 48:86-92.

³² Herbruck LF, Stress Urinary incontinence: prevention, management, and provider education Urol Nurs. 2008 juin; 28(3):200-6.

³³ Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B *Prevalence, Management and Impact of Urinary Incontinence in the Workplace* Occupational Medicine 2205;55:552-557

réduction des temps d'attente pour accéder aux soins, en particulier pour certains états (services pour le cancer, cœur, imagerie diagnostique, remplacement d'articulation et restauration de la vue.)

Si un patient vivant avec l'incontinence surmonte finalement sa réticence et décide de discuter de son état avec son médecin, il devra souvent attendre de 6 à 9 mois avant d'avoir un rendez-vous disponible avec un spécialiste. Un autre 4 à 6 mois d'attente est généralement requis pour évaluer l'incontinence, et si une intervention chirurgicale est une option, les patients peuvent attendre jusqu'à deux ans pour recevoir le traitement chirurgical requis.³⁴

Dr. Richard Baker, un chirurgien à Ottawa décrit le problème de la manière suivante :

« Dans certaines de nos grandes villes canadiennes à ce moment, il y a des listes d'attente d'au moins un an pour voir un spécialiste en incontinence et les temps d'attente pour des interventions chirurgicales qui s'adresse à l'incontinence sont aussi longue de près de deux ans. Les femmes sont laissées sans accès aux physiothérapeutes. Dans plusieurs cas, la physiothérapie pourrait être utile et même prévenir le besoin d'une intervention chirurgicale. Cependant, lorsqu'une chirurgie est nécessaire, pour ceux qui souffrent d'incontinence à l'effort, l'accès aux soins dont ils ont besoins leur est trop souvent refusé. »³⁵

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) insiste auprès du gouvernement d'inclure l'incontinence urinaire dans la stratégie de réduction des temps d'attentes pour aider les Canadiens vivant avec l'incontinence à obtenir l'accès opportun aux traitements convenables.

Réaliser des interventions chirurgicales plus rentables

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) insiste auprès du gouvernement à augmenter le financement pour permettre un plus grand nombre de traitements à offrir aux personnes souffrant d'incontinence à l'effort, tels que l'intervention chirurgicale pour l'incontinence à l'effort par des soutiens. Comme premier pas, la Fondation d'aide aux personnes incontinentes presse le gouvernement ontarien à fournir 16 millions de dollars en financement dédiés aux interventions pour assurer que les individus incontinents sont traités en temps voulu. Il est à prévoir que d'autres provinces prendront des initiatives semblables.

Tel que discuté dans une section précédente (types d'incontinence et traitements associés), il existe maintenant d'excellentes options chirurgicales pour le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort (si tous les autres traitements traditionnels échouent.) Les interventions d'insertion d'une bandelette urétrale et la suspension rétropubienne, ont été prouvées comme des méthodes efficaces pour le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort, qui est le type d'incontinence le plus commun.

Jusqu'à récemment, « l'étalon d'or » des interventions chirurgicales pour corriger l'incontinence urinaire à l'effort était la procédure de suspension rétropubienne (aussi appelée « Burch »), car elle est efficace et a une bonne viabilité à long terme. Cependant, les nouvelles procédures d'insertion de bandelette urétrale sont rapidement en train de surpasser cette méthode. L'insertion de bandelette urétrale (de laquelle TVT est la seule marque supportée par les cliniques de recherches importantes), a été introduite il y a 10 à 15 ans. Il y a eu plusieurs patients traités avec cette technique mais c'est après la publication du premier essai clinique prospectif randomisé de l'insertion de la bandelette

³⁴ Carr L, Urologist, Sunnybrook Health Sciences, presentation, *Shedding light on a neglected women's health issue stress urinary incontinence*, le 22 septembre 2006

³⁵ Baker, K. Letter, Marie Fortier, Champlain LHIN, le 16 octobre 2008

versus la suspension rétopubienne qu'elle est devenue beaucoup plus largement acceptée.³⁶ L'étude a comparé les deux techniques à six mois et ensuite à deux ans avec le même groupe de patients et a découvert que la durabilité et les effets sur l'incontinence à l'effort étaient équivalents. Cependant, l'ensemble de la morbidité et la qualité de vie des patients étaient meilleures avec l'insertion de la bandelette à comparer avec l'intervention de suspension rétopubienne

En comparant les coûts, on doit considérer l'ensemble des coûts; pas simplement les coûts unitaires du matériel. Le tableau 10 résume les coûts des deux interventions :

Tableau 10 : Coûts de l'insertion de bandelette versus la suspension rétopubienne		
Comparaison économique	Insertion de bandelette	Suspension rétopubienne
Coût moyen total	3 032 \$	6 047 \$
Coût du dispositif	730 \$	0
Durée moyenne du séjour à l'hôpital	0 jour	5 jours
Durée de l'intervention	30 à 45 minutes	60 à 90 minutes
Intervention faite à un centre ambulatoire ?	OUI	NON
<i>Source : Ministère de la santé et des soins de longue durée, Ontario</i>		

Dr. Richard Kalbfleisch, un chirurgien pratiquant à Hamilton donne un aperçu des questions de financement pour les interventions d'insertion de bandelette :

« Avant 2001, je pouvais faire autant d'interventions traditionnelles Burch en un an que nécessaire pour satisfaire les besoins de mes patients. Avec la nouvelle technique TVT, je suis limité à 96 interventions par an... jusqu'au moment où le quota a été mis en place, je pratiquais 178 interventions TVT par an. En 2007, le directeur des salles d'opérations du site McMaster de « Hamilton Health Sciences » a actuellement annulé une semaine à l'avance plusieurs de mes patients qui devaient subir une intervention TVT à cause du quota. La direction m'a dit que le quota est en place à cause du manque de financement du gouvernement. Présentement, je fais des réservations pour ce genre d'intervention en décembre 2011. Ceci fait qu'il y a 384 de mes patients qui attendent leur intervention chirurgicale pour l'incontinence. Pensez-vous que c'est raisonnable ? Au « Hamilton Health Sciences », nous avons besoin collectivement de financement pour au moins 600 interventions TVT par an pour tous les chirurgiens sur notre site. »³⁷

Le rapport du Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (CCOTS) a conclu que « les bandelettes mi-urétrales sont très efficaces au traitement de l'incontinence urinaire à l'effort chez les femmes qui ont échouées aux traitements traditionnels. Les bandelettes mi-urétrales sont aussi efficaces que la colposuspension et sont moins effractives. »³⁸ Le comité recommande l'amélioration de l'accès aux bandelettes mi-urétrales par le développement d'un code de redevance convenable et aussi par le développement de lignes directrices et formations pour les chirurgiens utilisant les bandelettes mi-urétrales.

³⁶ Ward K, Hilton P. *Prospective multi-centre randomized trial of tension-free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress incontinence. BMJ* 2002; **325**: 67–73

³⁷ Kalbfleisch, R Letter, Ministère de la santé et des soins de longue durée, Ontario, le 10 novembre 2008

³⁸ Ontario Health Technology Advisory Committee *Advancing Health Evidence-Based Advice on Health Technology* 2003-2008 [Disponible sur http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohnac/pdf/progress/full_report_2008.pdf. Consulté le 11 mai 2009]

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) presse le gouvernement à suivre les recommandations du Comité consultatif ontarien des technologies de la santé.

La création de cliniques communautaires

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) insiste auprès du gouvernement de mettre de côté des fonds pour la création de cliniques médicales communautaires pour les soins de l'incontinence.

De nombreuses études ont démontré que les individus vivant avec l'incontinence dans la communauté sont mal servis, et que des services pour la continence devraient être «de nature ciblée sur la communauté, multidisciplinaire et généraliste. »³⁹

Il est clair qu'il y a un grand besoin d'établir des cliniques de soins pour la continence dans les communautés à travers le Canada. Ces cliniques offriraient l'accès à des médecins généralistes et spécialistes pour diagnostiquer, à des physiothérapeutes et infirmiers conseillers en continence pour des traitements, et à d'autres pour accéder à une variété d'information à propos de la continence. Les cliniques communautaires de soins pour la continence :

- amélioreront l'accès aux soins de continence;
- fourniront de la sensibilisation, du soutien et de l'éducation à propos de l'incontinence dans la communauté;
- maximiseront l'accès aux traitements efficaces sans interventions chirurgicales;
- trieront les patients aux fournisseurs de soins de continences convenables pour optimiser la circulation des patients dans le système de soins de santé; et
- collaboreront pour l'éducation, la recherche et le développement professionnel.

L'accès aux traitements traditionnels

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) insiste auprès du gouvernement à augmenter le financement pour les traitements traditionnels pour les personnes vivant avec l'incontinence.

Les traitements traditionnels tels que la physiothérapie et les traitements comportementaux sont souvent les plus efficaces et les moins effrayants de toutes les solutions de traitements de l'incontinence. Plus d'information et d'accès à ces types de traitements sont nécessaires au Canada (c'est-à-dire des hôpitaux et des cliniques de traitement privées).

Amélioration de l'accès à des choix de médicaments

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) insiste auprès du gouvernement à intégrer tous les médicaments pour traiter l'incontinence sur les formulaires provinciaux.

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) insiste aussi auprès du Comité à revoir les médicaments (formulaire ontarien) et réaliser un examen approfondi de la classification des médicaments OAB pour assurer que les médicaments les plus efficaces sont couverts de façon uniforme et équitable.

³⁹ St John W, Wallis M, James H, McKenzie S, Guyatt S *Targeting community-dwelling urinary incontinence sufferers: A multi-disciplinary model community-based model for conservative continence services* Contemporary Nurse octobre 2004; 17(3) 211-222.

Il y a plusieurs médicaments disponibles pour traiter la vessie hyperactive. Certains de ces médicaments plus âgés sont disponibles sur les formulaires provinciaux. Cependant, plusieurs des nouveaux médicaments n'y ont pas encore été ajoutés et certains de ceux-ci sont plus faciles à prendre et ont moins d'effets secondaires.

Augmentation du financement pour les produits absorbants

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) insiste auprès du gouvernement à augmenter la répartition quotidienne du financement des produits absorbants dans les établissements de soins à long terme.

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) insiste auprès du gouvernement à augmenter le financement pour l'achat de produits absorbants pour les individus vivant avec un revenu fixe.

Le financement actuel pour les produits de papiers dans les établissements de soins à long terme est minime, au mieux. Parce que le taux de financement est si bas, les infirmiers ont l'autorisation de changer les couches un nombre limité de fois, chaque jour. Les résidents sont alors souvent forcés à resté assis dans une couche humide pendant des heures. Des crèmes barrières et d'autres remèdes pour l'érythème fessier sont souvent requis. Il s'agit d'une indignité qui ne devrait pas être tolérée.

De même, les canadiens vivant avec un revenu fixe n'ont souvent pas les moyens d'acheter assez de produits absorbants. Une augmentation du financement pour l'achat de produits absorbants est nécessaire pour les individus vivant dans la communauté et ceux dans les établissements de soins à long terme.

Augmentation du financement pour les cathéters

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) insiste auprès du gouvernement à augmenter le financement pour l'achat de cathéters pour les individus vivant dans la communauté et dans des institutions.

L'accès à des cathéters varie grandement à travers le pays et le remboursement provincial pour les cathéters est différent dans chaque province. Dans le but d'éviter des infections urinaires, on suggère aux individus d'utiliser les cathéters une seule fois (usage unique). Il serait donc nécessaire de changer le cathéter de cinq à six fois chaque jour. Il y a aussi une grande variété dans la qualité des cathéters, allant de 0,75 \$ pour une basse qualité à 5,25 \$ pour un cathéter de grande qualité. Si chaque cathéter n'est utilisé qu'une seule fois, ceci indique des coûts annuels de 1 370 \$ à 8 200 \$ par année. Ça représente un investissement important et la plupart des individus affectés ont de la difficulté à absorber ces coûts sans aide du gouvernement.

De toutes les provinces, la Saskatchewan offre la subvention la plus généreuse pour les cathéters, et il est suggéré que les autres provinces regardent la Saskatchewan comme modèle potentiel à émuler.

L'inégalité dans l'accès aux traitements entre les provinces

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) insiste auprès du gouvernement à procurer un accès égal aux soins de continence et traitements.

Les femmes et les hommes canadiens qui ont besoin de traitement pour l'incontinence font face à des niveaux d'accès aux soins très variés à travers le pays. Il est inacceptable que le traitement pour l'incontinence d'une personne en temps opportun dépend souvent de l'endroit où cette personne vit.

Cette large variation s'applique à l'accès aux interventions chirurgicales du plancher pelvien, aux remboursements de médicaments, et à l'accès aux matériels chirurgicaux.

REMERCIEMENTS

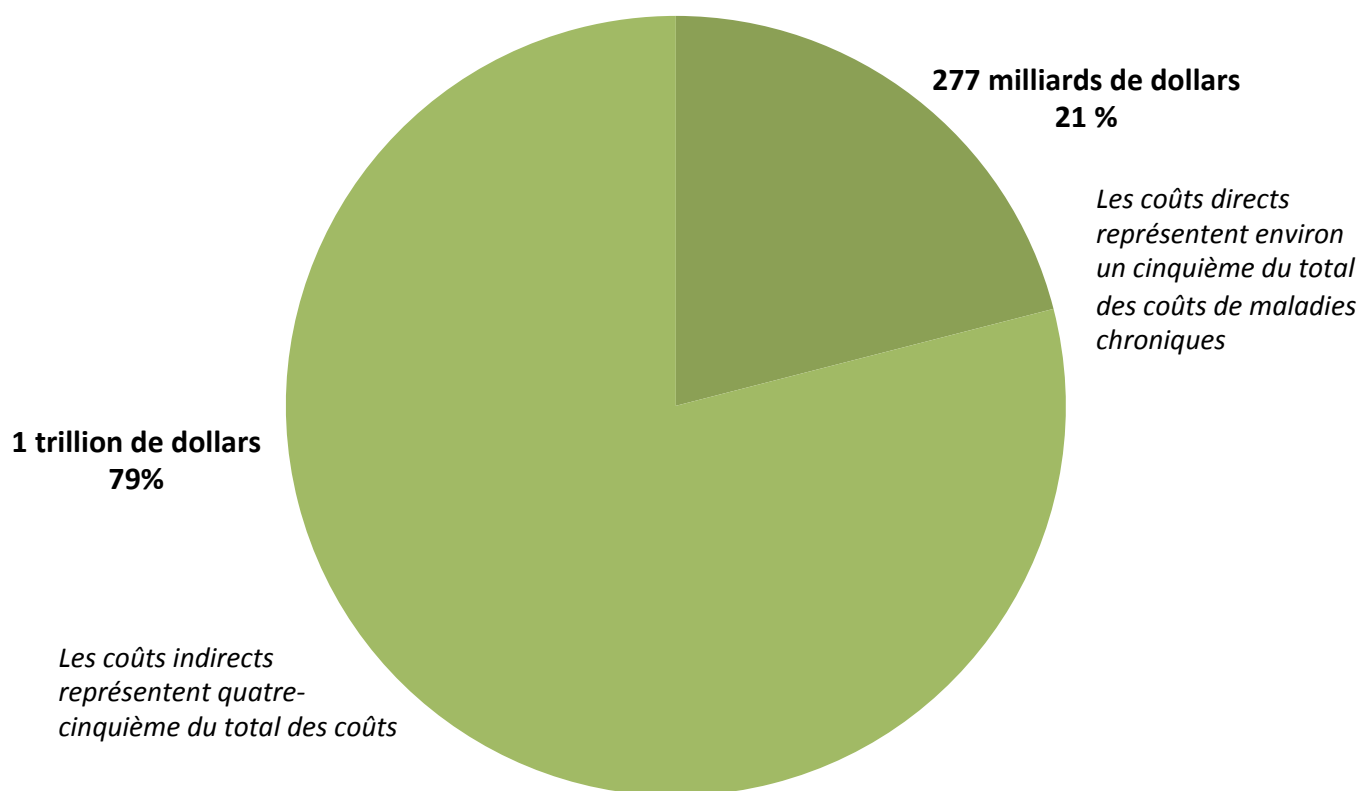
Merci à la Fondation Astellas pour leur généreux soutien de la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) et ce projet.

Le rapport « Répercutions de l'incontinence au Canada » a été recherché et rédigé par Elisabeth Fowler, World Health Advocacy.

ANNEXE I : DÉPENSES DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ, MALADIES CHRONIQUES

LES DÉPENSES DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ SONT ÉCLIPSÉES PAR LES COÛTS INDIRECTS DE CES PROBLÈMES DE SANTÉ

Le total des coûts en 2003 pour sept maladies chroniques communes*



- Coûts directs = Coûts de soins de santé associés aux traitements de maladies chroniques
- Coûts indirects = Pertes de productivité telles que l'absentéisme et le présentéisme associés aux individus souffrant de maladies chroniques

*Cette étude a évalué les coûts de sept des maladies/états chroniques les plus communs (cancer, diabète, maladies du cœur, l'hypertension, troubles mentaux, maladies pulmonaires et accident cérébrovasculaire).

Source: DeVol R, Bedroussian A, et al. An Unhealthy America: The Economic Burden of Chronic Disease. The Milken Institute. October 2007. Full report and methodology available at: www.chronicdiseaseimpact.com.

ANNEXE II : SITES WEB SUR L'INCONTINENCE ET CLAVARDOIR /FORUMS

International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders

<http://www.aboutincontinence.org/site/about-incontinence/courageous-profiles/>

Incontinence Support Center

<http://www.incontinencesupport.org/>

I am Incontinent

<http://www.experienceproject.com/groups/Am-Incontinent/2090>

Incontinence Resource Center

<http://www.incontinencesupport.org/>

Fondation d'aide aux personnes incontinentes

<http://www.continence-fdn.ca/>

InContact

<http://www.incontact.org/chat.html>

Depend Message Board

www.Depend.com

Bladder and Bowel Foundation

<http://www.bladderandbowelfoundation.org/>

The Simon Foundation for Continence

<http://www.simonfoundation.org/>

National Association for Continence

<http://www.nafc.org/>

International Continence Society

http://www.icsoffice.org/ASPNET_Membership/Membership/Home.aspx

SeekWellness

<http://www.seekwellness.com/incontinence/>

National Urologic and Kidney Diseases Information Clearinghouse

<http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/topics/incontinence.asp>

Mayo Clinic, Incontinence Section

<http://www.mayoclinic.com/health/urinary-incontinence/DS00404>

BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES

Abrams P, Cardozo L, Fall M, et autres *The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society*. *Neurourol Urodyn* 2002; 21:167-78

Agence de la santé publique du Canada, Division de vieillissement et des aînés http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/info_exchange/incontinence/exch6_e.htm.

Association des urologues du Canada, *Incontinence Guidelines* [Disponible sur www.incontinence_guideline_e_pdf. Consulté le 11 mai 2009.]

Baker, K. Letter, Marie Fortier, Champlain LHIN, le 16 octobre 2008

Birnbaum H, Leong S, Oster E, Kinchen K, Sun P *Cost of Stress Urinary Incontinence: A Claims Data Analysis*. *Pharmacoeconomics*. 22(2):95-105, 2004.

Carr L, Urologist, Sunnybrook Health Sciences, presentation, *Shedding light on a neglected women's health issue stress urinary incontinence*, le 22 septembre 2006.

Carr, L. cité dans *Homemakers.com*, article par Marylene Vestergom *Take control of a leaky bladder*.

Collins JJ, Baase CM, Sharda CE, Ozminkowski RJ, Nicholson S, Billotti GM, Turpin RS, Olson M, Berger ML, *The assessment of chronic health conditions on work performance, absence and total economic impact for employers* *J Occup Environ Med* 2005 juin; 47(6):547-557.

Contreras Ortiz O *Stress urinary incontinence in the gynecological practice* *Int. J Gynaecol Obstet* 2004 juillet; 86 Suppl 1:S6-16

Delancey JOL, Morgan DM, Fenner DE, Kearney R, Guire K, Miller JM, Hussain H, Umek W, Hsu Y, Ashton-Miller JA. *Comparison of levator ani muscle defects and function in women with and without pelvic organ prolapse* *Obstetrics & Gynecology*, le 1er février 2007, 109 (2)

Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI, *Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review* *Arch Gynecol Obstet*. 2008 avril; 277(4):285-90

Fedorkow DM. *Prevalence of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and anal incontinence in women*. Dans: Drutz HP, Herschorn S, Diamant NE, eds. *Female pelvic medicine and reconstructive pelvic surgery*. London: Springer, 2003; 11-24

Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B *Prevalence, Management and Impact of Urinary Incontinence in the Workplace* *Occupational Medicine* 2005; 55:552-557.

Hägglund D, Ahlström G *The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness* *J Clin Nurs*. 2007 oct.; 16(10):1946-54

Hall J. Direct medical care resources and costs associated with the treatment of overactive bladder using retrospective medical care claims data. *JMCP* In press.

Herbruck LF, *Stress urinary incontinence: prevention, management, and provider education* Urol Nurs. 2008 juin; 28(3):200-6.

Herschorn S, Corcos J, Gajewski J, Schulz J, Ciu E *Canadian Urinary Bladder Survey: Population-Based Study of Symptoms and Incontinence* Neurology and Urodynamics, 2003, Vol 22, Partie 5.

Kalbfleisch, R Letter, Ministère de la santé et des soins de longue durée, Ontario, le 10 nov. 2008.

McDowell, I *Analysis of urinary and faecal incontinence in the Canadian population using data from the Canadian Study of Health and Aging*, Santé Canada, 1998 [Disponible sur http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/info_exchange/incontinence/exch6_e.htm. Consulté le 4 déc. 2008]

Medical Advisory Secretariat. *Behavioural interventions for urinary incontinence in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis*. Ontario Health Technology Assessment Series 2008; 8(3).

Medicinenet.com [Disponible sur <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=40516>. Consulté le 10 mars 2009].

Miller, D *Office management of stress incontinence: current and future role* Clin Obstet Gynecol 2007 juin; 50(2):376-82.

Milne JL, Moore KN *An exploratory study of continence care services worldwide* Int J Nurs Stud 2003 mars; 40(3):235-47.

Milsom I *The prevalence of urinary incontinence* Acta Obstet Gynecol Scand 2000 déc; 79(12):1056-9.

Ministère de la santé et des soins de longue durée, *TVT Health Technology Literature Review*, février 2004.

Ministère de la santé et des soins de longue durée, *Schedule of Benefits for Physician Services under the Health Insurance Act*. [Disponible sur http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohip/sob/physserv/a_consul.pdf. Consulté le 5 décembre 2007].

Monz B, Pons ME, Hampel C, Hunskaar S, Quail D, Samsioe G, Sykes D, Wagg A, Papanicolaou S *Patient-reported impact of urinary incontinence – results from treatment seeking women in 14 European countries* Maturitas 2005.

Ontario Health Technology Advisory Committee *Advancing Health Evidence-Based Advice on Health Technology* 2003-2008. [Disponible sur http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/pdf/progress/full_report_2008.pdf. Consulté le 11 mai 2009].

Partnership to Fight Chronic Disease, Milken Institute, *The 2008 Almanac of Chronic Diseases* [Disponible sur <http://www.fightchronicdisease.org/resources/almanac.cfm>].

Reymert J, Hunskaar S *Why do only a minority of perimenopausal women with urinary incontinence consult a doctor?* Scandinavian Journal of Public Health, 1994 septembre; 12(3):180-183.

Santé Canada, Wait times in Canada [Disponible sur <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/qual/acces/wait-attente/index-eng.php>. Consulté le 15 janvier 2009].

Schultz SE, Kopec JA. *Impact of chronic conditions*. Health Rep. 2003; 14:41–53

Shih YC, Hartzema AG, Tolleson-Rinehart S *Labor costs associated with incontinence in long term care facilities* Urology 2003 sept; 62(3):442-6.

St John W, Wallis M, James H, McKenzie S, Guyatt S *Targeting community-dwelling urinary incontinence sufferers: A multi-disciplinary model community-based model for conservative continence services* Contemporary Nurse 2004 octobre; 17(3) 211-222.

Statistique Canada, Average earnings of women and men, 1997
<http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/Collection-R/Statcan/13-217-XIB/13-217-XIB-e.html>. [Consulté le 14 janvier 2009].

Statistique Canada, Average Weekly earnings, health care and social assistance, by province and territory. 2006. <http://www40.statcan.gc.ca/l01/cst01/health23-eng.htm>. [Consulté le 9 janvier 2009].

Statistique Canada, Recensement 2006, Canada population, Âge et sexe,
<http://www12.statcan.ca/english/census06/data/highlights/agesex/pages/Page.cfm?Lang=E&Geo=PR&Code=01&Table=1&Data=Count&Sex=3&StartRec=1&Sort=2&Display=Page>. [Consulté le 12 janvier 2009].

Statistique Canada, Days lost per worker by cause, by province (illness or disability) 2006.
<http://www40.statcan.gc.ca/l01/cst01/labor60b-eng.htm>. [Consulté le 5 janvier 2009].

Statistique Canada, Labour Force and Participation Rates, Sex & Gender,
<http://www40.statcan.gc.ca/l01/cst01/labor05-eng.htm>. [Consulté le 20 décembre 2008]

Strothers L, Thom D, Calhoun E *Urinary incontinence in men* Dans : Litwin MS, Saigal CS editors. *Urologic Diseases in America*. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, NIH, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Washington DC, US Government Publishing Office, 2004; NIH Publication No 04-5512.

Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, Bradley CS, Grady D, and Diagnostic Aspects of Incontinence Study (DAISy) Group *The "costs" of urinary incontinence for women* Obstet Gynecol. 2006 avril; 107(4): 908–916.

Subak LL, Brubaker L, Chai TC, Creasman JM, Diokno AC, Goode PS, Kraus SR, Kusek JW, Leng WW, Lukacz ES, Norton P, Tennstedt S, Urinary INcotnience Treatment Network *High costs of urinary incontinence among women electing surgery to treat stress incontinence* Obstet Gynecol 2008 avril; 111(4):899-907.

Swanson JG, Skelly J, Hutchison B, Kaczorowski J *Urinary incontinence in Canada. National survey of family physicians' knowledge, attitudes and practices*. Can Fam Physician. 2002 janvier; 48:86-92.

Thom, D. *Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type* J Am Geriatr Soc 1998 avril; 46(4):473-80.

Verleyen, C. RN BScN MBA, Présidente et chef de la direction, Lutheran Homes, Kitchener-Waterloo, communication personnelle

Vigod SM, Stewart DE, *Major Depression in Female Urinary Incontinence* Psychosomatics 2006 avril; 47:147-151

Viktrup L, Koke S, Burgio KL, Ouslander JG *Stress urinary incontinence in active elderly women* South Med J 2005 janvier. 98(1):79-89

Wagner TH, Hu TW, Bentkover J, LeBlanc K, Steward W, Corey R, Zhou Z, Hunt T *Health-related consequences of overactive bladder* 2002 déc.; 8(19 Suppl);598-607.

Ward K, Hilton P. *Prospective multi-centre randomized trial of tension-free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress incontinence.* BMJ 2002; **325**: 67–73

WebMD *Artificial Sphincter for Urinary Incontinence in Men.* [Disponible sur <http://www.webmd.com/urinary-incontinence-oab/artificial-sphincter-for-urinary-incontinence-in-men>. Consulté le 16 mars 2009]

Wu E, Birnbaum H, Marynchenko M, Mareva M, Williamson T, Mallett D *Employees with overactive bladder: work loss burden* Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2005 47(5)439-446.

Zorn BH, Montgomery H, Pieper K, Gray M, Steers WD. *Urinary incontinence and depression.* J Urol 1999; 102:82-8