

INCONTINENCE : UNE PERSPECTIVE CANADIENNE

MAI 2007

COMMANDÉE ET REVUE PAR :



The Canadian
Continence Foundation

*Subventionnée par l'entremise d'aide liée fournie par l'Astellas
U.S. Foundation*

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
SURVOL	2
QU'EST-CE QUE L'INCONTINENCE URINAIRE ?	3
QU'EST-CE QUI PROVOQUE L'INCONTINENCE ?	4
CONDITIONS MÉDICALES CONNEXES	5
PRÉVALENCE DE L'INCONTINENCE URINAIRE	6
DÉFIS POSÉS PAR L'ÉVALUATION DE LA PRÉVALENCE	6
PRÉVALENCE	6
PRÉVALENCE – DONNÉES DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES	7
INCIDENCE	10
FARDEAU DE L'INCONTINENCE	11
COÛTS DIRECTS	13
COÛTS INDIRECTS	15
ENJEUX DE QUALITÉ DE VIE	17
TRAITEMENTS OFFERTS	19
TRAITEMENTS COMPORTEMENTAUX	19
RÉÉDUCATION PÉRINÉALE	20
TRAITEMENTS MÉDICAUX	21
PESSAIRES	25
TRAITEMENTS CHIRURGICAUX	26
AUTRES TRAITEMENTS	29
ENJEUX EN POLITIQUES PUBLIQUES ET DE LA SANTÉ TOUCHANT L'INCONTINENCE	30
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	33
SITES WEB	36
LA FONDATION D'AIDE AUX PERSONNES INCONTINENTES (CANADA)	37

SURVOL

L'incontinence constitue une condition prévalente qui est rarement signalée puisque les personnes qui en souffrent sont souvent trop gênées pour en discuter avec leur médecin. En fait, selon l'Organisation mondiale de la Santé, l'incontinence demeure l'un des derniers tabous médicaux¹. Il est à noter, cependant, que les données indiquent qu'environ 3,3 millions de Canadiens², soit près de 10 p. cent de la population, souffrent d'un type d'incontinence. Des études récentes ont montré que ce chiffre pourrait s'élever encore plus, particulièrement au sein de la population aînée : « Plus de la moitié des femmes âgées de 45 ans ou plus faisant partie d'une communauté souffrent d'incontinence. De plus, une femme de la communauté sur cinq indique avoir souffert d'une incontinence urinaire (IU) affectant ses activités quotidiennes³ ». Le nombre d'individus souffrant d'incontinence augmentera probablement avec le vieillissement de la population, puisque la prévalence de cette condition tend à augmenter avec l'âge.

L'incontinence urinaire affecte l'indépendance ainsi que la capacité d'un individu de fonctionner au quotidien. Les Canadiens et Canadiennes qui souffrent d'IU ont tendance à consulter leur médecin plus souvent et passer plus de temps à l'hôpital et dans les maisons de repos que les Canadiens et Canadiennes non affectés par l'IU.

Les coûts directs associés à l'incontinence urinaire demeurent un facteur important. Chaque année, une personne âgée souffrant d'IU qui demeure à la maison dépensera en moyenne 1000 \$ à 1500 \$ sur l'achat de fournitures liées à sa condition. Pour une personne âgée souffrant d'IU qui demeure dans un établissement de soins prolongés, ce montant s'élève entre 3000 \$ à 10 000 \$ par année pour fournitures et soins. Si l'on considère les coûts associés à la lessive, au changement de vêtements et de literie ainsi qu'aux fournitures et aux soins, le coût total direct de l'IU au Canada s'élève à un milliard de dollars par année.

Les coûts indirects associés à la perte de productivité, à l'absentéisme, et à l'impact sur l'individu, la famille et la société sont difficiles à évaluer, mais, ensemble, les coûts directs et indirects associés à l'incontinence représentent environ 2,6 millions de dollars.

Puisque cette condition demeure relativement inconnue au Canada, il est important d'offrir aux Canadiens et aux Canadiennes des renseignements exacts concernant le fardeau que représente cette condition, les traitements qui sont offerts ainsi que les enjeux en matière de politiques de santé associées à l'IU.

¹ VESTERGOM, M. « Take control of a leaky bladder », <http://www.homemakers.com/Health&Fitness/womenshealth/take-control-of-a-leaky-bladder-n234223p1.html> (consulté le 1^{er} décembre 2007).

² La Fondation d'aide aux personnes incontinentes, <http://www.continence-fdn.ca/french/consumers/index.html>. Consulté le 23 novembre 2007.

³ SWANSON, J.G., J. KACZOROWSKI, J. SKELLY, M. FINKELSTEIN. « Urinary Incontinence. A Common Problem Among Women over 45 », *Canadian Family Physician*, le 10 janvier 2005, n° 51, vol. 1, page 85.

Qu'est-ce que l'incontinence urinaire ?

La vessie sert à emmagasiner l'urine, l'urètre à en permettre l'écoulement afin de vider la vessie; le bassin, ainsi que les muscles pelviens et périurétraux, servent à prévenir tout écoulement involontaire. L'International Continence Society appelle incontinence « tout symptôme d'écoulement involontaire d'urine⁴. »

Les principaux types d'incontinence sont les suivants :

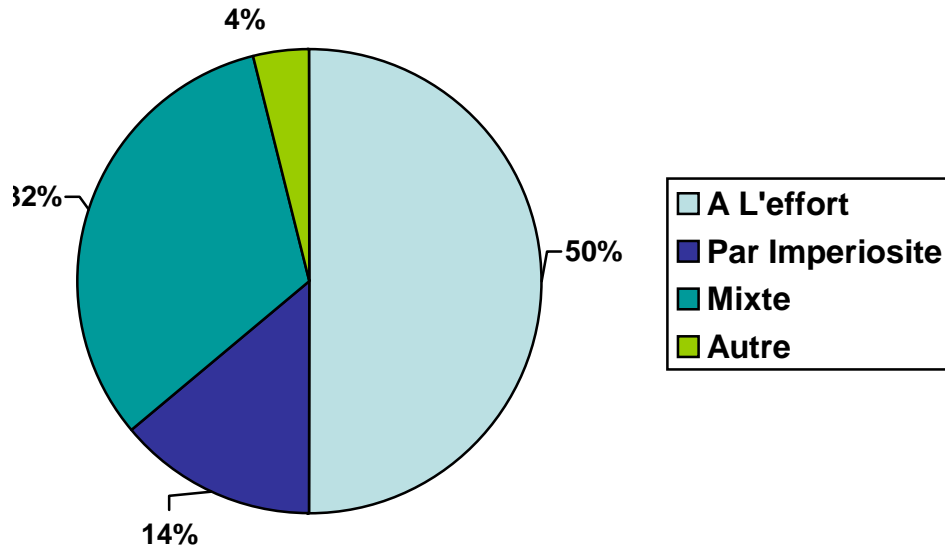
- *l'incontinence à l'effort (IE)*, qui consiste en un écoulement d'urine accompagnant une toux, un éternuement, un effort ou un exercice physique, ou toute autre sorte d'activité physique. L'IE se retrouve chez 50 p. cent des personnes atteintes d'incontinence.
- *l'incontinence par impériosité (II)* est un écoulement d'urine suivant un besoin soudain et incontrôlable de vider la vessie. Ce besoin immédiat entraîne l'écoulement d'urine. L'II est un symptôme important du syndrome de la vessie hyperactive.
- *l'incontinence par regorgement (IR)* se manifeste par l'écoulement constant d'une vessie pleine, et sous-entend que la personne atteinte est incapable d'uriner de manière normale.
- *l'incontinence mixte (IM)* est une combinaison d'incontinence à l'effort et d'incontinence par impériosité.

Il existe d'autres types d'incontinence, dont :

- *l'incontinence fonctionnelle* signifie une incontinence entraînée par des causes autres que des troubles du système urinaire. Bien que la personne atteinte puisse éprouver des difficultés à contrôler l'urination, certains facteurs fonctionnels viennent aggraver la situation : des obstacles matériels lui empêchant d'atteindre les toilettes, des problèmes de mobilité, une certaine réticence à se déplacer, des questions médicales, etc. Il est possible de gérer ce type d'incontinence en se penchant sur les facteurs fonctionnels, notamment en améliorant la mobilité du patient, en le motivant à se déplacer, en facilitant l'accès aux toilettes ou en modifiant les traitements médicaux.
- *l'énurésie nocturne* désigne les cas d'énurésie chez des enfants plus vieux que la norme, et chez des adultes éprouvant des pertes de contrôle pendant la nuit.

⁴ ABRAMS, P., L. CARDOZO, M. FALL, 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, n° 21, pages 167 à 178.

Comparaison de la prévalence des divers types d'incontinence⁵ :



Qu'est-ce qui provoque l'incontinence ?

L'IU peut survenir lors d'un affaiblissement des muscles pelviens et urétraux (qui entourent l'urètre, c'est-à-dire le tube qui relie la vessie à l'extérieur du corps), ou en raison de ligaments endommagés. Si les muscles pelviens et urétraux sont affaiblis, il leur est impossible de se resserrer suffisamment pour retenir l'urine en cas d'effort, notamment pendant une quinte de toux ou un grand éternuement⁶.

L'IU survient également quand une personne est incapable de contrôler le muscle de la vessie. Dans ce cas, la vessie se vide lorsqu'elle se remplit jusqu'à un certain point (comme pour un enfant avant l'apprentissage de la propreté) ou si la personne ressent l'envie d'uriner pour une autre raison.

Autres facteurs^{7,8}

Les facteurs suivant sont également associés à l'incontinence :

- les problèmes ou les maladies neurologiques peuvent parfois entraîner l'incontinence ;

⁵ MINASSIAN, V.A. et H.P. DRUTZ. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003, n° 82, pages 327 à 338.

⁶ <http://www.med.umich.edu/obgyn/pelvicfloor/understanding.htm>

⁷ PEYRAT, L., O. HAILLOT, F. BRUYERE, J.M. BOUTIN, P. BERTRAND et Y. LANSON. « Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence in Young and Middle Aged Women », *British Journal of Urology International*, janvier 2002, n° 89, vol. 1, pages 61 à 66.

⁸ Collège des médecins de famille du Canada,

<http://www.cfpc.ca/French/cfpc/programs/patient%20education/urinary%20incontinence/default.asp?s=1>. Consulté le 23 novembre 2007.

- l'âge avancé ;
- la ménopause peut causer ou aggraver tous les types d'incontinence étant donné que la perte d'œstrogène contribue à l'affaiblissement des muscles et des tissus de la région périnéale, qui soutiennent la vessie et les voies urinaires ;
- l'affaiblissement des muscles pelviens ;
- le fait d'avoir vécu une ou plusieurs grossesses par le passé ;
- certains médicaments, dont les diurétiques ;
- l'accumulation de selles dans l'intestin ;
- une infection urinaire (de la vessie) ;
- les problèmes médicaux tels que le diabète ou les accidents cérébrovasculaires ;
- le tabagisme ;
- les conditions médicales nuisant à la mobilité ou à la dextérité (la sclérose en plaques ou l'arthrite, par exemple) ;
- l'obésité ;
- la consommation de liquides et de caféine ;
- les activités physiques ;
- les professions qui exigent de grands efforts ou le soulèvement de lourdes charges.

Conditions médicales connexes

L'auteur d'une étude menée récemment a effectué une analyse statistique des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Le résultat de cette analyse lui a permis de constater que « l'incontinence urinaire est liée aux accidents cérébrovasculaires, à l'arthrite et aux problèmes dorsaux chez les deux sexes⁹. » Selon l'auteur, les médecins devraient être conscients du fait que l'IU peut être causée par certains traitements, et qu'il faudrait demander aux patients atteints de maux communs, tels que l'arthrite et les problèmes dorsaux ou respiratoires, s'ils souffrent aussi d'incontinence.

Dernièrement, une autre étude¹⁰ a en outre établi un lien entre la dépression et l'IU : le risque de dépression serait environ deux fois plus élevé chez les femmes atteintes d'IU que chez celles qui ne le sont pas. Plus les femmes touchées par l'IU sont jeunes, plus elles risquent la dépression, et on a constaté que la combinaison d'IU et de dépression serait accompagnée de nombreux effets néfastes (stress, augmentation des visites chez le médecin et de l'absentéisme).

⁹ FINKLESTEIN, M.M. « Medical Conditions, Medications, and Urinary Incontinence », *Canadian Family Physician*, janvier 2002, vol. 48.

¹⁰ VIGOD, S.M. et D.E. STEWART. « Major Depression in Female Urinary Incontinence », *Psychosomatics*, avril 2006, n° 47, pages 147 et 151.

PRÉVALENCE DE L'INCONTINENCE URINAIRE

Défis posés par l'évaluation de la prévalence

Le prélèvement de statistiques fiables sur la prévalence de l'IU est singulièrement plus compliqué que pour bon nombre d'autres conditions médicales, notamment en raison du tabou social que l'on y associe. Même les personnes qui présentent des symptômes d'IU refusent souvent de l'admettre ou de chercher un traitement. Selon le *Canadian Urinary Bladder Survey*, seulement 26 p. cent des personnes souffrant d'un problème quelconque de la vessie avaient consulté un médecin ou un professionnel des soins de santé¹¹.

Les patients sont souvent gênés d'aborder leur problème avec leur famille, leurs amis ou leur médecin et, par conséquent, ils omettent fréquemment d'en déclarer les symptômes. La honte et la gêne sont les principales sources de récalcitrance lorsque vient le temps de demander l'aide d'un médecin. Plus de la moitié des femmes touchées par l'incontinence à l'effort décident effectivement de ne pas demander l'aide d'un professionnel de la santé¹².

Les variations dans la manière de définir l'incontinence viennent également créer d'importantes divergences entre les études. Par exemple, le nombre de personnes dont les symptômes d'IU apparaissent quotidiennement est très différent du nombre de personnes chez qui ces manifestations sont hebdomadaires ou plus rares encore. Les recherches effectuées dans le cadre de la présente étude ont relevé des différences dans les taux de prévalence, lesquels atteignaient 5 p. cent dans la population en général mais rejoignaient les 50 p. cent pour les femmes de plus de 45 ans.

Prévalence (taux d'IU dans la population)

Malgré la difficulté de mesurer la prévalence de l'IU, Hans Brolmann soutient qu'entre 10 à 20 p. cent des femmes seraient atteintes d'IU : « les estimations des taux d'incontinence à l'effort varient entre 4 p. cent et 50 p. cent dans les écrits¹³. En 1997, on a effectué un sondage téléphonique au Canada concernant l'IU auprès d'un groupe-témoin, aléatoire mais représentatif, de femmes adultes¹⁴. Près de 9 p. cent des répondantes ont affirmé être atteintes d'IU; près de 56 p. cent de celles-ci avaient moins

¹¹ HERSCHORN, S., J. CORCOS, J. GAJEWSKI, J. SCHULZ et E. CIU. « Canadian Urinary Bladder Survey: Population-Based Study of Symptoms and Incontinence », *Neurology and Urodynamics*, 2003, vol. 22, partie 5.

¹² Fondation d'aide aux personnes incontinentes, http://www.continence-fdn.ca/french/consumers/stress_fr.html. Consulté le 23 novembre 2007.

¹³ THOM, D. « Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type », *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, vol. 46, pages 473 à 480.

¹⁴ FEDORKOW, D.M. « Prevalence of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and anal incontinence in women », dir. par DRUTZ, H.P., S. HERSCHORN et N.E. DIAMANT, *Female pelvic medicine and reconstructive pelvic surgery*, Londres, Springer, 2003, pages 11 à 24.

de 55 ans. Plus de la moitié des répondantes n'avaient jamais consulté un médecin au sujet de l'IU, ce qui souligne à quel point les gens hésitent à déclarer eux-mêmes leur problème. On considère donc que la prévalence d'IU doit se situer entre 10 et 20 p. cent de la population féminine, voire encore plus haut¹⁵. »

Selon les données du Canadian Urinary Bladder Survey, 8 p. cent de toutes les répondantes ont tout d'abord reconnu qu'elles avaient un problème de vessie. Cependant, 52 p. cent d'entre elles ont affirmé avoir vécu au moins un symptôme associé à la vessie. « Chez ces répondantes, les symptômes les plus communs étaient la nycturie (38 p. cent), l'impériosité (16 p. cent), la fréquence (14 p. cent), l'incontinence à l'effort (13 p. cent) et l'incontinence par impériosité (7 p. cent)¹⁶. »

Le tableau suivant donne le pourcentage d'hommes et de femmes touchés par un niveau d'incontinence, par groupe d'âge, selon les résultats du *Canadian Urinary Bladder Survey* :

	Âge (années)		
	18 à 40	41 à 64	65 ou plus
Hommes	10 p. cent	16 p. cent	30 p. cent
Femmes	16 p. cent	33 p. cent	55 p. cent

Prévalence : données de l'Enquête sur la santé dans collectivités canadiennes

Les données suivantes sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 (version 3.1). On a demandé aux répondants s'ils étaient atteints d'IU; leurs réponses figurent aux tableaux I, II, III et IV.

À en juger d'après ces statistiques, la prévalence d'IU au Canada en général se situe à tout près de 3 p. cent, les femmes présentant des taux singulièrement plus élevés que les hommes. Ce chiffre est bien en-deçà des taux de prévalence proposés ci-dessus par le Dr Brolmann. Cet écart pourrait s'expliquer par la manière dont la question a été posée (c'est-à-dire qu'il aurait pu être plus pertinent de demander si les répondants avaient « déjà constaté des écoulements involontaires d'urine »), ou par la gêne de devoir répondre à cette question de la part d'un étranger.

Le tableau IV démontre l'augmentation rapide de la prévalence d'IU à mesure que l'âge avance, notamment lorsque l'on arrive à l'âge de 65 ans. Si les Canadiens et Canadiennes sont assez fortunés pour dépasser les 80 ans, le risque qu'ils soient atteints d'IU devient plus de 16 p. cent.

¹⁵ BROLMANN, H.A.M. « Pelvic Floor Disorders: Diagnosis, Management and New Developments », *Gynaecology Forum*, http://www.medforum.nl/gynfo/leading_article10.htm

¹⁶ HERSCHORN, S., J. CORCOS, J. GAJEWSKI, J. SCHULZ et E. CIU. « Canadian Urinary Bladder Survey: Population-Based Study of Symptoms and Incontinence », *Neurology and Urodynamics*, 2003, vol. 22, partie 5.

Tableau I : Incontinence urinaire, prévalence générale et par sexe

Atteinte d'incontinence urinaire	Population	Pourcentage du total	Population féminine	Pourcentage du total des femmes	Population masculine	Pourcentage du total des hommes
OUI	808 740	2,98 %	554 634	4,03 %	254 106	1,90 %
NON	26 290 756	96,92 %	13 190 581	95,88 %	13 100 175	97,99 %
INCERTAIN-E	18 229	0,07 %	7 514	0,05 %	10 716	0,08 %
REFUSE DE RÉPONDRE	4 396	0,02 %	3 061	0,02 %	1 335	0,01 %
AUCUNE RÉPONSE	4 044	0,01 %	1 523	0,01 %	2 521	0,02 %
TOTAL	27 126 165	100,00 %	13 757 312	100,00 %	13 368 853	100,00 %

Tableau II : Incontinence urinaire par province et par sexe

Province de résidence	Habitants atteints d'IU	Pourcentage	Hommes atteints d'IU	Pourcentage	Femmes atteintes d'IU	Pourcentage
Terre-Neuve-et-Labrador	13 814	3,08	4 419	2,01	9 394	4,09
I.-P.-É.	4 083	3,48	1 132	1,99	2 950	4,87
Nouvelle-Écosse	24 771	3,11	8 168	2,12	16 603	4,04
Nouveau-Brunswick	18 019	2,82	5 704	1,83	12 316	3,78
Québec	174 292	2,69	48 284	1,52	123 008	3,75
Ontario	322 349	3,05	109 242	2,10	213 107	3,97
Manitoba	28 493	3,05	6 190	1,35	22 303	4,69
Saskatchewan	31 554	4,01	10 539	2,71	21 015	5,27
Alberta	73 845	2,75	26 240	1,94	47 605	3,57
Colombie-Britannique	116 229	3,23	33 862	1,91	82 367	4,51
Yukon/T.-N.-O./Nunavut	1 292	1,68	326	0,83	966	2,58
Total	808 740		254 106		551 634	

Tableau III : Incontinence urinaire par sexe

Sexe	Personnes atteintes d'IU	Pourcentage de diagnostics d'IU par sexe
Hommes	254 106	31,42 %
Femmes	554 634	68,58 %
TOTAL	808 740	100,00 %

Tableau IV : Prévalence d'incontinence urinaire par groupe d'âge

Groupe d'âge	Personnes atteintes d'IU	Prévalence	Hommes atteints d'IU	Prévalence	Femmes atteintes d'IU	Prévalence
12 à 14 ans	4 481	0,36 %	2 413	0,37 %	2 068	0,35 %
15 à 17 ans	3 556	0,27 %	1 258	0,19 %	2 298	0,36 %
18 à 19 ans	4 180	0,51 %	1 018	0,26 %	3 162	0,76 %
20 à 24 ans	9 336	0,42 %	4 269	0,37 %	5 067	0,47 %
25 à 29 ans	11 705	0,56 %	1 827	0,18 %	9 878	0,92 %
30 à 34 ans	12 126	0,58 %	2 351	0,23 %	9 774	0,92 %
35 à 39 ans	22 365	0,98 %	2 014	0,18 %	20 351	1,78 %
40 à 44 ans	36 551	1,30 %	6 734	0,47 %	29 816	2,18 %
45 à 49 ans	60 272	2,38 %	14 162	1,14 %	46 110	3,57 %
50 à 54 ans	57 291	2,54 %	13 979	1,27 %	43 312	3,77 %
55 à 59 ans	72 338	3,66 %	19 015	1,94 %	53 322	5,37 %
60 à 64 ans	77 300	4,89 %	27 004	3,38 %	50 297	6,43 %
65 à 69 ans	90 733	7,48 %	32 399	5,60 %	58 334	9,19 %
70 à 74 ans	97 514	9,46 %	36 962	7,55 %	60 552	11,18 %
45 à 79 ans	106 174	13,14 %	38 507	10,95 %	67 667	14,83 %
80 ans ou plus	142 821	16,32 %	50 195	15,32 %	92 626	16,91 %
TOTAL	808 740		254 106		554 634	

Incidence (nouveaux cas d'IU par année)

- On en sait davantage sur la prévalence que sur l'incidence puisque l'incidence exige des enquêtes répétées auprès du même groupe après un certain laps de temps.
- Les résultats d'études donnent des taux d'entre 1 p. cent et 22 p. cent selon la définition adoptée pour l'IU et le temps écoulé.

FARDEAU DE L'INCONTINENCE

Les résultats du *Canadian Urinary Bladder Survey* (CUBS 2003) ont souligné que 21,8 p. cent des Canadiens et Canadiennes de 18 ans ou plus souffraient de problèmes de vessie, ce qui entraîne des coûts de 1,5 milliards de dollars par année pour la population canadienne¹⁷. Une autre étude, réalisée en l'an 2000¹⁸, estimait que 17 millions d'adultes vivant dans des communautés aux États-Unis présentaient des cas d'IU quotidienne, et qu'ils étaient 33 millions de plus à souffrir du syndrome de la vessie hyperactive, condition médicale qui accompagne l'IU. On estimait que le coût annuel de ces affections pouvait atteindre 32 milliards de dollars U.S. (soit environ 37,5 milliards CAN), dont la majorité servait à assumer les frais de gestion et les dépenses entraînées par les admissions à des maisons de soins infirmiers pour cause d'IU.

Une étude réalisée en 1995¹⁹ avait estimé que les coûts directs et indirects de l'IU pour les personnes de plus de 65 ans aux États-Unis atteignaient 26,3 milliards de dollars U.S. (27,4 milliards CAN), soit 3 565 dollars U.S. (4 140 dollars CAN) par personne souffrant d'IU.

**TABLEAU VI : COÛTS DE L'INCONTINENCE URINAIRE EN 1995
(EN MILLIONS DE DOLLARS U.S.)
POUR LES PERSONNES DE 65 ANS OU PLUS AUX ÉTATS-UNIS²⁰**

Facteurs de coût	Coût (en millions de dollars U.S.)
Diagnostic	393,5
Traitement	
Comportemental	64,0
Pharmacologique	9,3
Chirurgical	655,0
Soins généraux	11 405,9
Conséquences de l'IU	
Irritation cutanée	419,1
Infections urinaires	4 181,6
Chutes	58,4

¹⁷ HERSCHORN, S., J. CORCOS, J. GAJEWSKI, J. SCHULZ et E. CIU. « Canadian Urinary Bladder Survey: Population-Based Study of Symptoms and Incontinence », *Neurology and Urodynamics*, 2003, vol. 22, partie 5.

¹⁸ LEVY, R. et N. MULLER. « Urinary incontinence: economic burden and new choices in pharmaceutical treatment », *Advanced Therapy*, juillet-août 2006, n° 23, vol. 4, pages 556 à 573.

¹⁹ WAGNER, T.H. et T. HU. « Economic costs of urinary incontinence in 1995 », *Urology*, 1998, n° 51, pages 355 à 361.

²⁰ WAGNER, T.H. et T. HU. « Economic costs of urinary incontinence in 1995 », *Urology*, 1998, n° 51, pages 355 à 361.

Admissions supplémentaires en établissement	2 172,1
Prolongement des séjours à l'hôpital	6 229,1
Total des coûts directs	25 588,0
Coûts indirects (valeur des soins à domiciles)	704,4
Total des coûts de l'IU	26 292,4

Par comparaison, selon l'estimation d'une étude réalisée en Australie auprès de femmes de plus de 18 ans, le coût total annuel de l'IU atteignait 710,44 millions de dollars AU (environ 651 millions de dollars CAN), soit 338,47 millions de dollars en frais de traitement (309 millions de dollars CAN) et 371,97 millions de dollars en frais personnels (340 millions de dollars CAN)²¹. Une autre étude, celle-ci effectuée en Italie auprès de femmes de plus de 40 ans, avait calculé un coût annuel de traitement de l'IU atteignant au total 351 800 milliards de lire (environ 277 millions de dollars CAN), y compris seulement les couches et les produits pharmaceutiques²².

TABLEAU VII : Coûts de l'incontinence, comparaison des études

Étude et date	Pays et nombre d'habitants	Coût annuel total (CAN)	Notes
<i>Canadian Urinary Bladder Survey (CUBS)</i> , 2003	Canada, 33 millions	1,5 milliards de dollars	
Levy et Muller, 2000	États-Unis, 300 millions	37,5 milliards de dollars	La majorité de cette somme revient aux frais de gestion et aux dépenses entraînées par les admissions aux maisons de soins infirmiers.
Wagner et Hu, 1995	États-Unis, 300 millions	26,3 milliards de dollars	Coût de l'IU chez les personnes de plus de 65 ans.
Doran, Chiarelli et Cockburn, 2001	Australie, 20,2 millions	651 millions de dollars	309 millions de dollars en frais de traitement, et le reste en frais personnels.
Tediosi, et al., 2000	Italie, 58,1 millions	277 millions de dollars	L'étude mesurait seulement le coût des couches et des produits pharmaceutiques.

²¹ DORAN, Christopher M., Pauline CHIARELLI et Jill COCKBURN. « Economic costs of urinary incontinence in community-dwelling Australian women », *Medical Journal of Australia*, 2001, n° 174, pages 456 à 458.

²² TEDIOSI, F., F. PARAZZINI, A. BORTOLOTTI et L. GARATTINI. « The Cost of Urinary Incontinence in Italian Women: A Cross-Sectional Study », *PharmacoEconomics*, janvier 2000, n° 1, vol. 17, pages 71 à 76.

Il est probable que l'IU devienne un fardeau croissant pour la société, étant donné le vieillissement de la population canadienne et la tendance de l'IU à devenir plus répandue chez les personnes plus âgées.

L'évaluation du fardeau représenté par une condition médicale exige que l'on mesure non seulement les coûts directs, mais aussi les coûts indirects, bien que ces derniers soient souvent beaucoup plus difficiles à établir.

Coûts directs

Selon les recherches effectuées dans le cadre d'une étude sur l'IE, le coût médical moyen de cette condition médicale était de 5 642 dollars U.S. par personne (environ 6 400 dollars CAN)²³. Les données employées datent de 1998 ; il s'agit donc d'une estimation modérée, et le coût réel a probablement augmenté depuis.

Frais des soins médicaux

Les coûts directs des soins médicaux associés à l'IU comprennent le temps passé par les omnipraticiens avec leurs patients pour en faire le diagnostic, pour établir des stratégies de gestion et pour les acheminer vers un spécialiste. Si le patient est acheminé vers un spécialiste, le coût différentiel des soins médicaux comprendrait le temps passé par le spécialiste à évaluer le patient et son traitement éventuel, l'exécution du traitement et le suivi du patient.

Frais pharmaceutiques

Récemment, des innovations en conception moléculaire et en forme pharmaceutique des médicaments contre l'IU ont permis de réduire le nombre d'effets secondaires et leur force, ce qui équivaut à de meilleurs résultats de traitement des patients. De plus, la disponibilité d'agents multiples au sein d'une même classe thérapeutique offre une variété de choix de personnalisation de traitement pour chaque patient. L'éventail de formes pharmaceutiques, dont les timbres transdermiques et les formules à libération modifiée, pourra faciliter la tâche des patients qui éprouvent des difficultés à mastiquer, à avaler, ou à se rappeler de prendre leurs médicaments.

Frais de soins hospitaliers

Bien que les traitements élémentaires comme la rééducation de la vessie et les exercices des muscles pelviens soient les premiers choix de traitement pour l'IU, il existe des options chirurgicales pour les patients dont le corps ne réagit pas aux autres types de traitement. Les possibilités de chirurgie comptent notamment la colposuspension (suspension rétropubienne) et les bandelettes.

²³ BIRNBAUM, H., S. LEONG, E. OSTER, K. KINCHEN et P. SUN. « Cost of Stress Urinary Incontinence: A Claims Data Analysis », *Pharmacoeconomics*, 2004, n° 22, vol. 2, pages 95 à 105.

En Ontario, les tendances en matière d'interventions chirurgicales pour traiter l'IE entre les années 1998-1999 et 2004-2005 indiquent une préférence croissante à la longue pour la suspension par bandelette plutôt que la colposuspension. Malgré une augmentation d'environ 4 millions de dollars du coût de traitement des femmes atteintes d'IE entre les années 1998-1999 et 2004-2005 (d'environ 7 millions de dollars à près de 11 millions), près de deux fois le nombre de patientes ont reçu un traitement en 2004-2005 par rapport à 1998-1999²⁴.

On estime que le coût de l'opération pour la suspension par bandelette serait de 2 600 dollars, y compris les frais professionnels et hospitaliers et le coût du matériel. La colposuspension, quant à elle, coûterait environ 3 700 dollars²⁵.

Soins de longue durée

L'IU est actuellement la cause la plus commune d'admission aux centres de soins de longue durée au Canada et aux États-Unis. Selon une étude réalisée par le D^r Ian McDowell, du département d'Épidémiologie et médecine sociale de l'Université d'Ottawa, l'incidence d'IU augmente considérablement chez les personnes âgées admises à des établissements de soins de longue durée : « chez les aînés en établissement de soins, le nombre de cas d'IU quotidienne était de neuf à dix fois plus élevé (36,8 p. cent pour les hommes, 36,9 p. cent pour les femmes) que chez les aînés vivant au sein de la communauté²⁶. » En outre, la prévalence de l'IU atteint un sommet notamment chez les personnes dans la cinquantaine, puis chez celles de 80 ans et plus. On prévoit que le vieillissement de la population représentera une augmentation du coût de l'IE pour le système de soins de santé.

Une étude réalisée par Shih, Hartzema *et al.* a évalué les coûts différentiels entraînés par les soins aux patients souffrant d'IU dans les établissements de soins longue durée par rapport aux patients qui n'en souffrent pas. Les chercheurs ont constaté que les coûts de main-d'œuvre différentiels (par quart de travail) des soins aux patients atteints d'IU intermittente étaient de 3,31 dollars U.S. (en 2002), et de 5,16 dollars U.S. pour les patients atteints d'IU fréquente. « La somme totale pour les patients souffrant d'IU fréquente (plus de 70 p. cent de tous les patients touchés par l'IU) et ceux qui souffrent d'IU intermittente, la moyenne pondérée des coûts différentiels par quart de travail était de 4,52 dollars. Y compris ces coûts de main-d'œuvre différentiels de 4,52 dollars par

²⁴ CCTS. *Midurethral Slings for Women with Stress Urinary Incontinence*, le 21 février 2006
http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohac/tech/recommend/rec_mus_022106.pdf
(consulté le 1^{er} décembre 2007)

²⁵ CCTS. *Midurethral Slings for Women with Stress Urinary Incontinence*, le 21 février 2006
http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohac/tech/recommend/rec_mus_022106.pdf
(consulté le 1^{er} décembre 2007)

²⁶ Agence de la santé publique du Canada, Vieillesse et aînés http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/info_exchange/incontinence/exch6_f.htm

patient par quart, le traitement pour l'IU entraîne des frais supplémentaires de 13,57 dollars par jour, soit 4 957 dollars par année²⁷. »

De nouvelles options de traitements pharmaceutiques et chirurgicaux pour l'IU offrent la possibilité d'accorder une plus grande indépendance aux aînés vivant à domicile et de repousser, voire même éviter, les coûts d'admission à un établissement de soins de longue durée. Bien que ces nouveautés en matière de produits et de traitements soient généralement plus coûteuses que les anciennes méthodes thérapeutiques, elles ont tendance à être plus rentables. Si les patients qui souscrivent à des régimes de soins de santé publiques ou privés avaient accès à ces nouveaux produits pharmaceutiques et traitements chirurgicaux, cela pourrait aider à réduire le fardeau social et économique des soins aux patients atteints d'IU²⁸.

Les personnes vivant en maison de soins infirmiers risquent d'être touchés par l'IU si leur mobilité est limitée et les préposés ou membres de la profession infirmière n'ont pas le temps de les accompagner à la salle de bains au besoin. On estime que les plaies de lit et les infections urinaires causées par l'IU et l'immobilité ajoutent aux « coûts associés à l'incontinence²⁹ ». Les dépenses imposées par l'augmentation du personnel peuvent être résorbées en diminuant les coûts associés aux soins des patients atteints d'IU.

Dépenses personnelles

Une personne âgée souffrant d'IU et vivant à domicile dépensera en moyenne 1000 à 1500 dollars par année sur des produits pour composer avec l'IU. Ces dépenses, qui doivent être assumées par la personne atteinte d'IU, comprennent :

- le coût de couches pour adultes ;
- le coût de serviettes hygiéniques de toutes tailles ;
- des frais de lessive supplémentaires ;
- des frais de nettoyage à sec supplémentaires ;
- l'achat de papier de toilette et de serviettes de papier supplémentaires ;
- l'achat de produits pour composer avec l'IU ;
- des services de soins à domicile ;
- des traitements médicaux ou chirurgicaux non couverts par les régimes de soins de santé.

²⁷ SHIH, Y.C., A.G. HARTZEMA, S. TOLLESON-RINEHART. « Labor costs associated with incontinence in long term care facilities » *Urology*, septembre 2003, n° 62, vol. 3, pages 442 à 446.

²⁸ LEVY, R. et N. MULLER. « Urinary incontinence: economic burden and new choices in pharmaceutical treatment », *Advanced Therapy*, juillet-août 2006, n° 23, vol. 4, pages 556 à 573.

²⁹ McCORMICK, K.A., M. CELLA, A. SCHEVE et B.T. ENGEL. « Cost effectiveness of treating incontinence in severely mobility-impaired long term care residents », *Quality Review Bulletin*, décembre 1990, n° 16, vol. 12, pages 439 à 443.

Coûts indirects

Perte de productivité

L'économie canadienne subit des pertes associées à l'IU en raison d'une baisse de productivité chez les employés qui en sont atteints. Selon les recherches effectuées dans le cadre d'une étude sur le coût de l'IE, le coût annuel indirect pour le milieu de travail était d'environ 4 929 dollars par personne en moyenne³⁰. Étant donné que cette somme se base sur des données remontant à 1998, le coût a probablement augmenté depuis.

Ce fardeau économique se manifeste par une augmentation soit de l'absentéisme, soit du présentéisme.

Absentéisme

L'absentéisme désigne la perte de productivité qui survient lorsqu'un employé est absent sans préavis. Bien que l'on s'attende à ce que les employés prennent des congés pour cause de maladie, les conditions médicales comme l'IU ont tendance à grandement augmenter la prévalence d'absentéisme.

Présentéisme

Le présentéisme désigne la perte de productivité qui survient lorsqu'un employé se présente au travail tout en étant incapable de fonctionner normalement en raison de conditions médicales. Il s'agit d'un problème assez répandu chez les personnes atteintes d'IU, qui hésitent parfois à poser des gestes qui risquent de dévoiler leur condition médicale.

Aidants naturels

Il peut être nécessaire qu'un membre de la famille serve d'aidant, en fonction de certains facteurs tels que la gravité de l'IU ou l'âge de la personne qui en est atteinte. Si le membre de la famille doit demeurer sur les lieux en tout temps, il n'est plus en mesure de fournir un revenu à sa famille. Même l'aidant ne doit être sur les lieux qu'à temps partiel, cela peut nuire à son rendement au travail et à son cheminement de carrière.

Frais de soins médicaux

Il n'est pas rare que les personnes souffrant d'IU s'inquiètent des tabous sociaux ou traversent une période de dépression. Le coût des consultations psychologiques pour tout trouble affectif vient s'ajouter aux autres coûts indirects de l'IU à charge du patient.

On retrouve aussi parmi ces coûts supplémentaires l'augmentation du risque de chutes susceptibles d'entraîner une fracture chez les patients qui présentent des symptômes d'IU³¹.

³⁰ BIRNBAUM, H., S. LEONG, E. OSTER, K. KINCHEN et P. SUN. « Cost of Stress Urinary Incontinence: A Claims Data Analysis », *Pharmacoeconomics*, 2004, n° 22, vol. 2, pages 95 à 105.

³¹ BROWN, J.S., E. VITTINGHOFF, J.F. WYMAN et autres. « Urinary incontinence: Does it increase risk for falls and fractures? », *Journal of the American Geriatrics Society*, 2000, n° 48, pages 721 à 725.

Syndrome de la vessie hyperactive

Bon nombre des coûts associés au syndrome de la vessie hyperactive (SVH), tant directs qu'indirects, sont semblables à ceux de l'IU. Un examen de demandes de soins intégrés réalisé en 1998, aux États-Unis, concernant les ressources et coûts directs des soins médicaux liés au traitement du SVH, a constaté un coût mensuel de 462 dollars en moyenne par patient.

Comme c'est le cas avec la majorité des maladies chroniques, les patients souffrant de SVH semblent avoir un risque plus élevé de dépression³².

³²ZORN, B.H., H. MONTGOMERY, K. PIEPER, M. GRAY et W.D. STEERS. « Urinary incontinence and depression », *Journal of Urology*, 1999, n° 102, pages 82 à 84.

ENJEUX DE QUALITÉ DE VIE

L'IU représente un fardeau humain considérable en raison de ses graves conséquences physiques, psychologiques, sexuelles et sur la qualité de vie en général. Les femmes atteintes d'IU sont plus à risque de vivre une dépression que celles qui n'en souffrent pas³³. Une étude a effectivement déclaré que l'IU, la maladie d'Alzheimer et l'accident cérébrovasculaire étaient les trois conditions médicales chroniques ayant les effets les plus néfastes sur la qualité de vie liée à la santé de l'être humain³⁴.

« L'IU peut être une condition médicale désastreuse au niveau émotif, et mène à l'isolement social étant donné que les femmes souffrant d'IU chronique risquent d'éviter les situations sociales par peur d'avoir un "accident". Cela se manifeste souvent par une faible estime de soi et une crainte de l'intimité³⁵. » De nouvelles recherches ont indiqué que les femmes se préoccupent tant du risque d'être atteintes d'IU en vieillissant qu'elles commencent à choisir de donner naissance par césarienne, parce qu'elles ont entendu dire qu'un accouchement vaginal peut endommager les muscles pelviens et ainsi favoriser l'IU³⁶.

On a récemment effectué une étude afin d'établir la corrélation entre la qualité de vie liée à la santé et les symptômes des voies urinaires inférieures. Cette étude, qui a porté sur plus de 6 000 hommes venus de quatre pays, a constaté les problèmes des voies urinaires inférieures augmentent avec l'âge, et que les patients signalaient une diminution de la qualité de vie liée à la santé à mesure que les symptômes s'aggravaient³⁷.

Une autre étude de ce genre portant sur plus de 1200 hommes et leurs compagnes a relevé une augmentation semblable de la prévalence avec le vieillissement³⁸. Dix pour cent des hommes de 40 à 49 ans ont signalé de graves symptômes, par rapport à 44 p. cent pour les hommes de plus de 70 ans. Chose intéressante, tandis que 29 p. cent des hommes présentant de graves symptômes des voies urinaires inférieures ont affirmé avoir une mauvaise qualité de vie spécifique à leur condition

³³ VIGOD, S.M. et D.E. STEWART. « Major Depression in Female Urinary Incontinence », *Psychosomatics*, avril 2006, n° 47, pages 147 et 151.

³⁴ SCHULTZ, S.E. et J.A. KOPEC. « Impact of chronic conditions », *Health Reports*, 2003, n° 4, vol.14, pages 41 à 53.

³⁵ VESTERGOM, M. « Take control of a leaky bladder », <http://www.homemakers.com/Health&Fitness/womenshealth/take-control-of-a-leaky-bladder-n234223p1.html> (consulté le 1^{er} décembre 2007).

³⁶ « Comparison of levator ani muscle defects and function in women with and without pelvic organ prolapse », *Obstetrics & Gynecology*, février 2007, n° 109, vol. 2.

³⁷ GIRMAN, C.J., S.J. JACOBSEN, T. TSUKAMOTO, F. RICHARD, W.M. GARRAWAY, P.P. SAGNIER, H.A. GUESS, T. RHODES, P. BOYLE et M.M. LIEBER. « Health-related quality of life associated with lower urinary tract symptoms in four countries », *Urology*, 1998, n° 3, vol. 51, pages 428 à 436.

³⁸ SONKE, G.S., D. KOLMAN, J.J. DE LA ROSETT, L.H. DONKERS, P. BOYLE et L.A. KIEMENEY. « Prevalence of lower urinary tract symptoms in men and its influence on their quality of life: Boxmeer Study » [article en néerlandais], *Ned Tijdschr Geneesk*, le 30 décembre 2000, n° 144, vol. 53, pages 2558 à 2563.

médicale, 28 p. cent des autres patients ont dit avoir une excellente qualité de vie spécifique à leur condition médicale.

Enfin, une autre étude a établi que les femmes étaient prêtes à déboursier des sommes considérables afin de réduire les symptômes ou la fréquence des crises d'IU. Selon les chercheurs, cette grande propension à payer dans le but d'améliorer leur condition médicale est un signe du coût « humain » élevé de l'IU. « Les femmes qui ont fait l'objet de cette étude étaient prêtes à dépenser près de 40 dollars par mois pour une amélioration de 50 p. cent des symptômes, et plus de 70 dollars par mois pour guérir de l'IU, soit environ ce qu'elles sont prêtes à dépenser [...] pour soulager partiellement les effets d'autres conditions médicales chroniques comme la migraine ou le reflux œsogastrique³⁹. »

Conséquences psychosociales pour les patients, leur famille et leurs aidants

« L'IU engendre d'importantes conséquences psychosociales pour les patients, leur famille et leurs aidants. Elle mine l'estime de soi et réduit la capacité de maintenir un mode de vie indépendant. La dépendance aux aidants pour les activités quotidiennes augmente à mesure que s'aggrave l'IU⁴⁰. »

« Les études qui ciblent les femmes ont démontré que l'IU est accompagnée de symptômes de dépression, et mène à la gêne concernant l'apparence et l'odeur corporelles, bien que ces réactions puissent découler d'une maladie plutôt que de l'IU comme telle. Sortir de la maison, interagir avec la famille et les amis, et être actif sexuellement peuvent devenir des gestes à limiter ou à éviter entièrement sous l'influence de l'IU. Les conjoints et autres partenaires risquent de subir eux aussi le fardeau de cette condition médicale⁴¹. »

Restrictions sur les activités

En raison de l'IU, certaines personnes se limitent parfois dans leurs activités. L'IU peut notamment :

- nuire à la forme physique pour cause d'hésitation à faire de l'exercice, par peur de provoquer une crise d'IU ;
- nuire à la capacité de travailler à cause du risque de crise d'IU et de la perception sociale ;
- limiter les contacts sociaux.

³⁹ SUBAK, L.L., J.S. BROWN, S.R. KRAUS, L. BRUBAKER, F. LIN, H.E. RICHTER, C.S. BRADLEY, D. GRADY et le groupe Diagnostic Aspects of Incontinence Study (DAISy). « The "costs" of urinary incontinence for women », *Obstetrics & Gynecology*, avril 2006, n°107, vol.4, pages 908 à 916.

⁴⁰ U.S. Department of Health and Human Services, Pamphlet: Urinary Incontinence in Adults: Acute and Chronic Management, le 15 mars 1996.

⁴¹ National Institutes of Health, Consensus Development Program
<http://consensus.nih.gov/1988/1988UrinaryIncontinence071.html.htm>

TRAITEMENTS OFFERTS

Une vaste gamme d'options de traitement s'offre aux personnes atteintes d'IU. De nouveaux concepts en technologies de la continence, en traitements comportementaux et en pharmacologie ont permis des avancées en matière de traitements. Si les traitements traditionnels d'ordre comportemental et les exercices périnéaux ne produisent aucun résultat, on peut alors envisager des traitements moins conventionnels.

Les couches et les serviettes servent dans plusieurs traitements. Il se peut que les patients dont le traitement réussit aient encore besoin de couches, quoique moins fréquemment.

Traitements comportementaux

On omet parfois d'envisager la modification comportementale comme première option de traitement pour les patients atteints d'II. Dans une étude qui évaluait le traitement de 372 patients souffrant d'II, les produits pharmaceutiques ont servi de traitement de première intention pour 50 p. cent des patients, tandis que seulement 13 p. cent des patients ont subi les traitements comportementaux en premier lieu⁴². La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) et d'autres organismes nationaux et internationaux recommandent de commencer par les traitements conventionnels (comportementaux, sans intervention pharmaceutique ou chirurgicale) pour gérer les cas d'IU.

Efficacité des traitements

Il existe des données probantes fiables mais limitées à l'appui des traitements conventionnels de gestion, tels que la formation comportementale, l'éducation, l'évacuation régulière, le renforcement positif et les exercices des muscles pelviens comme méthodes de contrôle de l'IU.

On a découvert quatre évaluations systématiques ayant examiné les traitements comportementaux pour la gestion de l'IU.^{43,44,45,46} Selon une évaluation tirée de la

⁴² GNANADESIGAN, N., D. SALIBA, C.P. ROTH, D.H. SOLOMON, J.T. CHANG, J. SCHNELLE et autres. « The quality of care provided to vulnerable older community-based patients with urinary incontinence », *Journal of American Medical Directors' Association*, 2004, n° 5, vol. 3, pages 141 à 146.

⁴³ BERGHMANS, L.C.M., H.J.M. HENDRIKS, R.A. DE BIE, E.S.C. VAN WAALWIJK VAN DOORN, K. BO et P. VAN KERREBROECK. « Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials », *British Journal of Urology International*, 2000, n° 85, vol. 3, pages 254 à 263.

⁴⁴ HAY-SMITH, E., K. BO, M. BERGMARK, H. HENDRIKS, R.A. DE BIE et E.S.C. VAN WAALWIJK VAN DOORN. « Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women » (évaluation Cochrane), *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, n° 1 (n° d'article : CD001407. DOI: 10.1002/14651858.CD001407.pub2.)

Cochrane Library, sur l'éducation vésicale pour adultes atteints d'IU, les études portant sur l'éducation vésicale étaient de qualité inégale et fondaient leurs examens sur des critères d'évaluation différents, ce qui rend la comparaison de ces études difficile. Wallace *et al.* ont constaté que l'éducation vésicale semblait efficace pour gérer l'IU, mais ils n'ont pu établir si cette méthode donnait de meilleurs résultats que les autres traitements offerts⁴⁷.

Une évaluation de la Cochrane Library, réalisée par Haye-Smith *et al.*, s'est penchée sur les traitements comportementaux pour les personnes atteintes d'IU, plus précisément les exercices des muscles périnéaux chez les femmes. Les conclusions ont indiqué que ces exercices étaient utiles pour traiter l'incontinence mixte et à l'effort ; cependant, les données appuyant ou réfutant l'emploi d'exercices périnéaux pour les femmes souffrant d'IU n'étaient pas concluantes. Les conclusions de Haye-Smith *et al.*, semblables à celles de Wallace *et al.*, affirmaient que les études comprises dans l'évaluation présentaient des résultats disparates, sans grande uniformité entre les études.

Il semble que les traitements comportementaux peuvent aider certains groupes de patients et non d'autres. Les traitements comportementaux exigent des ressources, dont notamment du personnel (c'est-à-dire du personnel administratif, des infirmières-conseil en continence, des physiothérapeutes chevronnés, et d'autres spécialistes) ainsi que de l'espace en clinique, afin que les patients puissent bien assimiler les comportements nécessaires. Selon une étude effectuée en Australie, la physiothérapie peut traiter l'IE dans 80 p. cent des cas⁴⁷. En outre, d'autres études ont démontré que la physiothérapie peut servir à traiter l'IE postnatale persistante⁴⁸.

Rééducation vésicale

La rééducation vésicale conjugue l'éducation sur de saines habitudes vésicales au renforcement positif et un programme d'évacuation régulière.

On peut cultiver de saines habitudes vésicales⁴⁹ :

- en limitant ou en évitant la caféine et l'alcool (café, thé, boissons gazeuses) ;
- en buvant de six à huit tasses (1,5 à 2 litres) de liquides décaféinés par jour ;

⁴⁵ TEUNISSEN, T.A.M., A. DE JONGE, C. VAN WEEL, A.L.M. LAGRO-JANSSEN. « Treating urinary incontinence in the elderly--conservative measures that work: a systematic review », *Journal of Family Practice*, 2004, n° 53, pages 25 à 32.

⁴⁶ WALLACE, S.A., B. ROE, K. WILLIAMS et M. PALMER. « Bladder training for urinary incontinence in adults », *Cochrane Database of Systematic Reviews 2004*, n° 1 (n° d'article : CD001308. DOI: 10.1002/14651858.CD001308.pub2)

⁴⁷ Medical-Net. « Physiotherapy is effective in treating stress incontinence », le 20 mai 2005, <http://www.news-medical.net/?id=10257> (consulté le 1^{er} décembre 2007)

⁴⁸ VEGA, C. « Physiotherapy helpful for persistent postnatal stress urinary incontinence », le 23 septembre 2004, <http://www.medscape.com/viewarticle/489935>

⁴⁹ Adaptation de VESTERGOM, M. « Take control of a leaky bladder », <http://www.homemakers.com/Health&Fitness/womenshealth/take-control-of-a-leaky-bladder-n234223p1.html> (consulté le 1^{er} décembre 2007).

- en essayant d'éviter de se lever plus deux fois par nuit ;
- en ne se « forçant » pas au moment d'uriner ;
- en maintenant un poids santé ;
- en évitant le tabagisme – la toux chronique associée au tabagisme constitue un facteur de risque pour l'IU ;
- en mangeant plus de fibre afin de prévenir la constipation, qui fait forcer la zone périnéale et l'affaiblit.

Rééducation périnéale

L'exercice qui suit est un exemple d'exercice de Kegel :

- asseyez-vous sur une chaise bien ferme, pour que vous puissiez sentir vos muscles fessiers, et gardez les pieds à plat ;
- faites semblant de devoir prévenir une flatulence, et resserrez les muscles rectaux vers l'intérieur ;
- essayez de ne pas resserrer les muscles abdominaux ou fessiers ;
- retenez pendant trois secondes, puis relâchez les muscles, et vous rappelant de bien respirer ;
- vous devriez sentir une légère pression au devant de l'os pubien pendant que vous resserrez les muscles ;
- répétez l'exercice dix fois par séquence, en faisant cinq séquences par jour.

Toutes les techniques de Kegel doivent être apprises, ce qui peut apporter des changements comportementaux qui aideront également à améliorer la continence.

Autocathétérisation intermittente⁵⁰

Certaines femmes éprouvent des difficultés à complètement vider leur vessie. Dans de graves cas, la quantité d'urine qui demeure dans la vessie est tellement grande qu'elle entraîne des évacuations fréquentes et risque même de causer l'incontinence par regorgement (IR). L'autocathétérisation intermittente désigne l'insertion d'une canule dans la vessie, en passant par l'urètre, afin de la vider, plusieurs fois par jour au besoin pour éviter que la vessie ne soit trop pleine. Ce procédé doit avoir lieu dans un milieu propre de manière à prévenir l'infection.

Traitements médicaux

Traitement à l'œstrogène

Bien qu'il ait servi de traitement, il n'existe aucune preuve objective concluante que l'œstrogène exogène est efficace pour traiter l'II ou l'IE. L'œstrogène vaginal topique peut améliorer les symptômes de vieillissement urogénital, tels que la sécheresse vaginale et certains symptômes sensoriels de la vessie.

⁵⁰ Womens' Bladder Health <http://www.womensbladderhealth.com/content/coping/index.html>

Traitements par injection

L'injection de diluants (« bulking agents ») comme le collagène dans le but d'amenuiser les parois urétrales a fait ses preuves, avec un minimum d'effraction. Les recherches ont constaté des limites à l'efficacité des diluants par comparaison aux options chirurgicales, étant donné qu'après 3 ans, moins de la moitié des femmes ayant subi le traitement demeuraient continentales. Au Canada, cette méthode est d'autant moins intéressante puisque le coût de l'injection doit généralement être assumé par le patient, et peut atteindre 2000 dollars.

Dans l'ensemble, jusqu'à 75 p. cent des femmes souffrant d'IE peuvent profiter des traitements par injection pendant de courtes périodes. Il existe divers types d'agents, dont le collagène, les particules de caoutchouc silicone, l'éthylène-alcool vinylique et l'acide hyaluronique non-animal stabilisé. Plusieurs médecins emploient aussi le Botox, bien qu'il ne soit pas encore approuvé.

BOTOX

Le Botox est une forme purifiée de toxine botulinique de type A. Il bloque les transmissions en provenance des neurones et provoque la relaxation musculaire. Le Botox a obtenu l'approbation de la FDA en 1989 et son emploi a été signalé en 1999 pour traiter la vessie en cas d'IU causée par les maladies neurologiques, puis pour traiter l'IU sans lien neurologique. En date de l'an 2006, les résultats d'essais de recherche concernant le traitement par Botox pour l'II sans lien neurologique ne portaient que sur moins de 300 patients dans le monde entier. L'emploi de Botox pour traiter l'IU n'est pas considéré conforme à l'usage. Le Botox a reçu l'approbation de Santé Canada pour traiter de nombreuses conditions médicales, mais l'IU ne figure pas actuellement au nombre de celles-ci. Ce traitement se limite donc à un nombre réduit de spécialistes intéressés par ces conditions vésicales, et s'offre seulement aux patients atteints de certains types précis d'IU et uniquement après qu'ils aient essayé d'autres traitements approuvés. Dans certaines régions, le traitement par Botox se limite à des essais de recherche clinique.

Puisque l'emploi de Botox pour traiter l'IU n'est pas approuvé par Santé Canada, les régimes d'assurance personnels, régionaux ou provinciaux ne couvrent ce traitement que dans certaines situations.

Traitements pharmaceutiques

Il y a 4 types généraux de produits pharmaceutiques servant à traiter les patients dont la vessie est hyperactive :

- les médicaments anticholinergiques (par ex., l'oxybutynine, la toltérodine, l'imipramine, le trospium) : ils réduisent le sentiment de besoin et freinent la contraction du muscle détrusor ;

- les antidépresseurs tricycliques (par ex., l'imipramine) : ils créent un effet anticholinergique en bloquant le recaptage d'amine de norépinéphrine ou de sérotonine;
- une combinaison d'anticholinergiques et de relaxants de muscles lisses (par ex., le chlorure d'oxybutynine).

Des innovations apportées récemment à la conception moléculaire et aux formes pharmaceutiques de médicaments contre l'IU promettent la réduction des effets indésirables et de leur gravité et, par conséquent, de meilleurs résultats pour le traitement des patients. De plus, la disponibilité d'agents multiples au sein d'une même classe thérapeutique offre une variété de choix de personnalisation de traitement pour chaque patient. Les nouvelles options de traitement pharmacologique contre l'IU ont la possibilité de permettre une plus grande indépendance aux personnes plus âgées vivant à domicile, et de reporter ou même éviter les frais d'admission à un établissement de soins de longue durée. L'éventail de formes pharmaceutiques, dont les timbres transdermiques et les formules à libération modifiée, pourra faciliter la tâche des patients qui éprouvent des difficultés à mastiquer, à avaler, ou à se rappeler de prendre leurs médicaments.⁵¹

L'élaboration de traitements pharmaceutiques pour traiter l'II a connu des progrès relativement récemment : deux médicaments, la toltérodine et l'oxybutynine, existent en formules de longue durée ou de libération modifiée. Grâce à celles-ci, le patient ne doit prendre qu'une dose par jour, et risque moins de subir des effets indésirables, puisque les formules de longue durée sont plus stables que les versions originales⁵².

Avant la mise en vente de ces nouveaux médicaments, on avait constaté de faibles taux de fidélité des patients envers les traitements pharmaceutiques qui leur permettent de gérer l'II, en raison des effets indésirables des médicaments. Les effets indésirables signalés par les patients comprenaient la sécheresse de la bouche ou des yeux, la vision floue, des problèmes gastro-intestinaux et une réduction de la sudation⁵³.

Les traitements pharmaceutiques sont efficaces et sûrs pour de nombreux patients souffrant d'II, et grâce aux progrès des technologies médicales, les effets indésirables de ces médicaments continueront idéalement à diminuer. Il reste néanmoins un sous-groupe de patients pour qui les traitements pharmaceutiques sont inefficaces pour contrôler leur II.

Emploi de médicaments au Canada

⁵¹ LEVY, R. et N. MULLER. « Urinary incontinence: economic burden and new choices in pharmaceutical treatment », *Advanced Therapy*, juillet-août 2006, n° 23, vol. 4, pages 556 à 573.

⁵² Gouvernement de l'Ontario. *Sacral Nerve Stimulation for the Management of Urge Incontinence, Urgency-Frequency, Urinary Retention, and Fecal Incontinence*, mars 2005, http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/tech/reviews/pdf/rev_sns_030105.pdf (consulté le 1^{er} décembre 2007)

⁵³ DESGAGNE, A. et J. LELORIER. « Incontinence drug utilization patterns in Quebec, Canada », *Value in Health*, 1999, n° 2, pages 452 à 458.

Le tableau suivant énumère certains des médicaments employés au Canada pour la gestion d'II et des éventuels effets indésirables.

TABLEAU : Ordonnances pour le traitement d'II⁵⁴, ⁵⁵

Médicament	Type de médicament	Dose typique	Effets indésirables
Oxybutynine (Ditropan et médicaments génériques) Libération modifiée (Ditropan XL) Timbre transdermique (Oxytrol)	Anticholinergique/ spasmolytique	2,5 mg deux ou trois fois par jour Une fois par jour Appliquer le timbre tous les 3 ou 4 jours	<ul style="list-style-type: none"> • sécheresse de la bouche • sensibilité lumineuse • vision floue • sécheresse des yeux • réduction de la sudation • bouffée congestive • somnolence • constipation
Toltérodine (Detrol) Libération prolongée (Detrol LA)	Anticholinergique	2 mg deux fois par jour (4 mg par jour pour le LA)	<ul style="list-style-type: none"> • sécheresse de la bouche • vision anormale • sensibilité lumineuse
Imipramine (parfois jumelé en ordonnance avec l'oxybutine ou la toltérodine)	Anticholinergique/ antidépresseur	25 à 75 mg par jour	<ul style="list-style-type: none"> • problèmes gastro-intestinaux • somnolence • faiblesse/fatigue • sécheresse de la bouche • excitation/anxiété
Flavoxate (Urispas et médicaments génériques)	Anticholinergique/ antispasmodique	2,5 à 5,0 mg jusqu'à quatre fois par jour	<ul style="list-style-type: none"> • sécheresse de la bouche • nausée et vomissements • maux de tête • somnolence
Oxybutynine CR	Anticholinergique/	10 à 15 mg	<ul style="list-style-type: none"> • sécheresse de la bouche

⁵⁴ Gouvernement de l'Ontario. *Sacral Nerve Stimulation for the Management of Urge Incontinence, Urgency-Frequency, Urinary Retention, and Fecal Incontinence*, mars 2005, http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/tech/reviews/pdf/rev_sns_030105.pdf (consulté le 1^{er} décembre 2007)

⁵⁵ Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) www.continence-fdn.ca

(Uromax)	antispasmodique	une fois par jour	<ul style="list-style-type: none"> • pharyngite
Darifénacine (Enblex)	Anticholinergique (bloqueur sélectif de M3)	7,5 à 15 mg une fois par jour	<ul style="list-style-type: none"> • sécheresse de la bouche • constipation • vision floue
Solifénacine (Vesicare)	Anticholinergique	5 à 10 mg une fois par jour	<ul style="list-style-type: none"> • sécheresse de la bouche • constipation • vision floue
Tropium (Trosec)	Anticholinergique	20 mg deux fois par jour	<ul style="list-style-type: none"> • sécheresse de la bouche • constipation • dyspepsie • maux de tête

Pessaires

Le pessaire est un traitement non chirurgical pour certains problèmes causés par une faiblesse des muscles pelviens, comme l'IU. Un pessaire est un appareil de caoutchouc que l'on insère dans la partie supérieure du vagin, où il rejoint le col de l'utérus. Une fois installé, le pessaire comprime l'urètre à travers la paroi vaginale et soutient le col de la vessie et l'utérus. Il peut également comprimer l'urètre et ainsi le bloquer pour aider à maintenir l'urine dans la vessie. Habituellement, il n'est pas nécessaire de retirer le pessaire afin d'uriner. Les contractions normales de la vessie peuvent généralement faire sortir l'urine par l'urètre, même comprimé.

Les pessaires aident à garder les organes pelviens à leur place et peuvent réduire l'inconfort causé par les prolapsus de l'utérus, de la vessie ou du rectum. Ces appareils peuvent également offrir une solution intérimaire aux patientes avant qu'une date d'opération ne soit fixée, ou pour les aider à se remettre d'une intervention chirurgicale.

Certains pessaires sont gonflables, et peuvent être plus faciles à insérer que les appareils de plastique ou de caoutchouc.

Traitements chirurgicaux

Il se peut que la chirurgie soit la meilleure chance pour certaines femmes de se surmonter l'IE. On a conçu diverses interventions chirurgicales visant à guérir les patients de l'IU, dont notamment :

Technique de suspension rétropubienne (aussi connue sous le nom de colposuspension ou de procédé de Burch)

Au cours de cette opération, on pratique des sutures dans la paroi vaginale, du côté de l'urètre, pour ensuite les coudre soit à la symphyse pubienne, soit à l'avant de l'os

pubien, afin de fournir un soutien rigide pour l'urètre. Les résultats de cette intervention ont fait preuve de bonne efficacité à long terme.

Suspension par bandelette

Cette intervention consiste en une greffe de fascia (la membrane dense qui enveloppe les muscles) sous l'urètre pour le soutenir, en fixant la greffe à la paroi abdominale.

L'installation de la bandelette est une intervention moins efficace très efficace pour la réduction de symptômes associés à l'IE chez les femmes pour qui les traitements conventionnels, comme les exercices des muscles pelviens et la modification comportementale, n'ont pas produit de résultats⁵⁶.

Pour effectuer cette intervention, on place une bandelette à mailles lâches de polypropylène (soutenue par la paroi abdominale en passant par l'espace rétropubien) sous l'urètre. L'opération exige un minimum de dissection vaginale et seulement une faible dose d'anesthésie. Les mailles de polypropylène sont installées autour du milieu de l'urètre de manière à le soutenir fermement. On obtient ainsi le soutien sans avoir à fixer le col de la vessie.

Technique par transobturateur

Plutôt que de rattacher la bandelette à la paroi abdominale, un groupe de chirurgiens français ont créé un moyen de la soutenir en passant par la zone de l'os pubien ou du transobturateur. Cela permet au chirurgien d'éviter la cavité abdominale, et donc réduire le risque de saignements et d'autres complications. L'opération demeure peu efficace et n'exige aucune hospitalisation ; on la considère équivalente aux autres techniques de bandelettes.

Comparaison des approches chirurgicales

On a établi des comparaisons de ces interventions, notamment dans l'étude par Leach *et al.*,⁵⁷ dont les résultats ont indiqué une assez bonne durée pour le procédé de Burch et la bandelette. Les options moins efficaces, telles que la suspension à l'aiguille, comportaient moins de risques et un taux plus faible de morbidité, mais affichaient des résultats inférieurs à long terme. Les résultats de cette étude sont parus en 1997.

La colposuspension, par voie abdominale ouverte ou par laparoscopie, s'était imposée par le passé comme norme d'excellence en matière d'intervention chirurgicale pour l'IE. Les résultats de certains ont démontré que les bandelettes sont aussi efficaces que la

⁵⁶ CCTS. *Midurethral Slings for Women with Stress Urinary Incontinence*, le 21 février 2006
http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/tech/recommend/rec_mus_022106.pdf
(consulté le 1^{er} décembre 2007)

⁵⁷ LEACH, G.E., R.R. DMOCHOWSKI, R.A. APPELL, J.G. BLAIVAS, H.R. HADLEY, K.M. LUBER et autres. « Female Stress Urinary Incontinence Clinical Guidelines Panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence », *Journal of Urology*, 1997, n°158, pages 875 à 880.

colposuspension par voie abdominale ouverte, et plus efficaces encore que la colposuspension par laparoscopie. L'insertion d'une bandelette est singulièrement plus rapide qu'une colposuspension. De plus, l'opération pour la bandelette n'exige aucune hospitalisation en Ontario, contrairement à la colposuspension.⁵⁸

En Ontario, les tendances en matière d'interventions chirurgicales pour traiter l'IE entre les années 1998-1999 et 2004-2005 indiquent une préférence croissante à la longue pour la suspension par bandelette plutôt que la colposuspension. Malgré une augmentation d'environ 4 millions de dollars du coût de traitement des femmes atteintes d'IE entre les années 1998-1999 et 2004-2005, près de deux fois le nombre de patientes ont reçu un traitement en 2004-2005 par rapport à 1998-1999.⁵⁹ La bandelette transvaginale sans tension (ou TVT) a fait son apparition il y a de cela 10 à 15 ans. De nombreux groupes de patients ont été traités grâce à cette intervention, mais il a fallu attendre la publication du premier essai prospectif aléatoire de comparaison entre la bandelette TVT et le procédé de Burch pour qu'elle soit beaucoup mieux reçue.⁶⁰ L'étude a comparé la bandelette TVT au procédé de Burch 6 mois après le traitement sur les mêmes groupes de patients, puis après 2 ans : leur durabilité et leur efficacité contre l'IE était équivalente. Par contre, la bandelette TVT affichait dans l'ensemble un meilleur taux de morbidité et une meilleure qualité de vie pour les patients. On estime que le coût de l'opération pour la suspension par bandelette serait de 2 600 dollars, y compris les frais professionnels et hospitaliers et le coût du matériel. La colposuspension, quant à elle, coûterait environ 3 700 dollars.⁶¹

(On a apporté une série de modifications à l'intervention pour la bandelette TVT, dont la possibilité d'insérer l'appareil soit par voie vaginale, soit par la paroi abdominale, et le concept de stabilisation latérale de la bandelette à travers le foramen du obturator.)

Selon l'évaluation systématique de la Cochrane Collaboration, parue en mai 2005 : « les exercices musculaires peuvent aider, et il existe des méthodes chirurgicales pour améliorer le soutien ou corriger des problèmes. La colposuspension rétropubienne par voie abdominale ouverte consiste en un relèvement des tissus entourant la jonction de la vessie et de l'urètre. L'évaluation des essais a constaté qu'il s'agit d'un traitement chirurgical efficace pour l'IE et l'incontinence mixte chez les femmes, et qu'il offre une guérison à long terme pour la plupart de ces dernières. De nouvelles techniques, dont notamment l'installation de bandelettes (y compris la bandelette TVT) et la colposuspension par laparoscopie, sont prometteuses mais devront être étudiées davantage, surtout au point de vue du rendement à long terme. »⁶² (traduction libre)

⁵⁸ CCTS. *Midurethral Slings for Women with Stress Urinary Incontinence*, le 21 février 2006 http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohnac/tech/recommend/rec_mus_022106.pdf (consulté le 1^{er} décembre 2007)

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ WARD, K. et P. HILTON. « Prospective multicentre randomised trial of tension-free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress incontinence ». *British Medical Journal*, 2002; vol.325, pages 67 à 73.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² LAPITAN, M.C., D.J. CODY et A.M. GRANT. « Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, n°1 (n° d'article : CD002912).

Résection transurétrale de la prostate

La résection transurétrale de la prostate a été proposée comme traitement pour l'IR chez les hommes. Cette intervention sert généralement à traiter l'hypertrophie bénigne de la prostate (renflement de la prostate nuisant à l'évacuation d'urine). L'opération consiste à enfiler un mince tube dans le pénis, en passant par l'urètre, pour atteindre la prostate. Le tube se termine en une boucle de fil métallique chauffée par un courant électrique, qui sert à exciser une petite section de la prostate.

Modulation des nerfs sacrés (MNS)

La MNS s'effectue par l'implantation d'un dispositif servant à stimuler les nerfs sacrés à l'aide de courants électriques, de manière à gérer les conditions médicales nuisant à l'évacuation. L'intervention est réversible, en ce sens que l'appareil peut être retiré sans séquelles permanentes. La MNS vise à aider les patients pour lesquels ni les traitements comportementaux ou pharmaceutiques, ni la stimulation externe (dans les cas d'II).

Les nerfs sacrés ont un rôle fondamental dans la miction (processus d'évacuation d'urine). Le réflexe de miction est un cycle à deux étapes : le remplissage (et l'emmagasinage) et l'évacuation. Pour le bon fonctionnement du réflexe, les deux systèmes doivent être intacts. Tout d'abord, les récepteurs et les neurotransmetteurs doivent être équilibrés afin que les muscles opèrent convenablement. Ensuite, les voies neurosensorielles du cerveau, de la colonne vertébrale et de la vessie doivent être intactes. Les récepteurs vésicaux signalent aux nerfs sacrés le niveau d'urine dans la vessie. Toute interruption de ce signal entraîne des difficultés d'évacuation. La MNS a pour but de rétablir la communication entre le système nerveux et la vessie, pour que l'évacuation normale puisse reprendre. En stimulant les nerfs sacrés à l'aide de pulsations électriques, le dispositif imite le signal nécessaire à la miction normale.

Ce traitement peut aider à guérir trois types de problèmes de la vessie : le SVH avec ou sans incontinence, le syndrome de douleur vésicale/la cystite interstitielle et la dysfonction mictionnelle.

Emploi de la modulation des nerfs sacrés en Ontario et au Canada

En date du mois de janvier 2005, 6 centres de soins de santé dans 4 provinces du Canada (l'Alberta, l'Ontario, le Québec et la Nouvelle-Écosse) offraient la MNS. L'Alberta est la province où ce traitement est le plus répandu, si l'on calcule par habitant. Un seul hôpital en Ontario effectue la MNS : le Toronto Western Hospital. Celui-ci finance 12 interventions de MNS par année. En janvier 2005, le Toronto Western Hospital signalait que sa liste d'attente comptait 47 noms⁶³ et estimait que dans la zone d'influence de la Région métropolitaine de Toronto (environ 5 millions

DOI: 10.1002/14651858.CD002912.pub2), <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab002912.html> (consulté le 1^{er} décembre 2007).

⁶³ Communication personnelle, janvier 2005.

d'habitants), 50 nouveaux patients par année souffrant d'II, 12 de rétention urinaire, et 20 d'urgence ou de fréquence mictionnelle seraient portés candidats pour la MNS (c'est-à-dire de 80 à 85 interventions de MNS par année dans la RMT).⁶⁴ ⁶⁵ En Nouvelle-Écosse, on installe de 15 à 20 dispositifs de MNS par année.

Autres traitements

De nouveaux traitements à base de cellules souches ont commencé les premières phases de recherche.

⁶⁴ Communication personnelle, décembre 2004.

⁶⁵ Gouvernement de l'Ontario. *Sacral Nerve Stimulation for the Management of Urge Incontinence, Urgency-Frequency, Urinary Retention, and Fecal Incontinence*, mars 2005, http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohnac/tech/reviews/pdf/rev_sns_030105.pdf (consulté le 1^{er} décembre 2007)

ENJEUX EN POLITIQUES PUBLIQUES ET DE LA SANTÉ TOUCHANT L'INCONTINENCE

Réticence de signalement de l'IE

Il est difficile d'obtenir une idée précise du nombre de personnes atteintes d'IU, puisque ces dernières manifestent souvent des réticences quand au signalement de leur condition médicale. Ce phénomène découle en partie de la formulation de certains questionnaires (par ex., lorsqu'on demande « Avez-vous reçu un diagnostic d'IE? » ou « Avez-vous subi un écoulement involontaire d'urine? »), des tabous associés à l'IU et d'un manque général de sensibilisation à l'égard de cette condition médicale.

Éducation du public

L'IU est une condition médicale méconnue, au sujet de laquelle peu de gens s'informent auprès de leur médecin, même s'ils en souffrent. Une campagne de sensibilisation sur la santé publique aiderait à rompre les tabous de l'IU et à informer les gens quant aux possibilités de traitement les plus efficaces.

De la même façon, il existe très peu d'information facilement disponible de manière discrète pour les personnes atteintes d'IU. Selon un sondage réalisé auprès de sites Web canadiens qui fournissent des renseignements sur l'IU :

- les sites Web canadiens sur l'IU possèdent un minimum de contenu canadien;
- le niveau de lecture nécessaire pour consulter la majorité de ces sites est trop élevé pour le consommateur moyen;
- la qualité de l'information sur l'IU dans ces sites Web est inférieure.

Longues périodes d'attente pour les soins

Si un patient réussit à vaincre sa réticence et aborde l'IU avec son médecin, il lui faudra souvent attendre 6 à 9 mois avant de voir un spécialiste. L'attente se prolonge généralement de 4 à 6 mois de plus avant de recevoir l'évaluation de leur incontinence et, si la chirurgie entre en jeu, le patient peut demeurer en attente jusqu'à deux ans avant d'avoir droit au traitement chirurgical nécessaire.⁶⁶

Manque de disponibilité des traitements et produits contre l'IU

Bon nombre de traitements contre l'IU (comme les traitements par injection, dont le coût peut atteindre 2000 \$) ne sont pas couverts par les régimes privés ou publics de soins de santé, ce qui signifie que le patient doit assumer le coût du traitement au complet.

Manque d'accès aux médicaments les plus récents

⁶⁶ CARR, L. *Shedding light on a neglected women's health issue stress urinary incontinence* (présentation), Sunnybrook Health Sciences, 22 septembre 2006.

La majorité des traitements pharmaceutiques contre le SVH qui figurent aux listes de médicaments provinciales sont plus anciens et comportent des effets secondaires indésirables. De nouveaux médicaments plus efficaces peuvent soulager les symptômes des personnes atteintes de SVH, mais puisque ces produits n'apparaissent pas dans les listes publiques, toute personne souffrant d'IU qui souhaiterait avoir recours à ces traitements plus récents et plus efficaces devrait se charger elle-même de toutes les dépenses. Étant donné que la prévalence d'IU augmente avec le vieillissement, les personnes âgées, au revenu fixe, sont souvent désireuses de se procurer ces médicaments sans en avoir la capacité financière.

Coût des produits pour traiter l'IU

Une personne souffrant d'IU et vivant à domicile dépensera en moyenne 1000 à 1500 dollars par année sur des produits pour composer avec l'IU. Ces produits ne sont pas couverts par les régimes provinciaux de soins de santé, ni par la plupart des compagnies d'assurance privées, ce qui veut dire que le coût des produits doit être pris en charge entièrement par la personne atteinte d'IU.

Manque de connaissances de la part des médecins

Selon les résultats d'un sondage réalisé dernièrement au sujet des connaissances, des attitudes et des pratiques des médecins de famille, « bien que la majorité des répondants aient affirmé que l'IU était commune dans leur pratique, moins de la moitié (soit 46 p. cent) ont démontré une bonne compréhension de l'IU, et seulement 37,9 p. cent d'entre eux disposaient d'un plan organisé de traitement de l'IU. À peine 35 p. cent des répondants se sont dits bien à l'aise en composant avec l'IU. »⁶⁷ Ces résultats indiquent que lorsqu'une personne souffrant d'IU prend son courage à deux mains et consulte son médecin, dans la grande majorité des cas elle ne recevra pas le traitement approprié, étant donné que les niveaux de connaissances et d'aise par rapport au traitement de cette condition médicale varient tant d'un médecin de famille à un autre.

Début des soins de longue durée

La perte de contrôle de la vessie est l'une des raisons les plus communes pour lesquelles les aidants placent leurs parents âgés dans un établissement; il s'agit d'une situation difficile pour tous au niveau psychologique, en raison des sentiments d'humiliation et de culpabilité.⁶⁸ En outre, les adultes plus âgés qui doivent se lever la nuit pour uriner courent un plus grand risque de chute à la noirceur que ceux qui n'ont pas ce problème. Les chutes peuvent causer des fractures de la hanche, autre raison très commune de mise en établissement et de perte d'indépendance chez les adultes plus âgés.

⁶⁷ SWANSON, J.G., J. SKELLY, B. HUTCHISON, J. KACZOROWSKI. « Urinary Incontinence in Canada », *Canadian Family Physician*, janvier 2002.

⁶⁸ Femmes en santé

http://www.femmesensante.ca/facts/quick_show.cfm?subject=Incontinence%20urinaire%20

Si un patient âgé est admis à un établissement de soins de longue durée sans souffrir d'IU, il est probable que la condition se manifeste au cours de la première année de séjour. Les facteurs de risque pour l'IU au cours de la première année comptent le sexe masculin, l'incontinence fécale, la démence, la mobilité réduite et les difficultés d'ajustement comportemental à la maison de soins.⁶⁹

De plus, comme le traitement comportemental est considéré le premier choix de traitement, il se fait rarement en maison de soins de santé étant donné le poids qu'il représente en termes de ressources (afin d'être à son plus efficace, le traitement exige le temps du personnel et l'accès aux infirmières ou physiothérapeutes chevronnés). De nombreux établissements de soins de longue durée s'inquiètent du coût croissant des ressources humaines et du coût des soins de leurs patients.

Par contre, si l'IU ne reçoit aucun traitement, les coûts augmenteront : l'incontinence peut mener à d'autres conditions médicales nécessitant encore plus de traitements, comme la dépression, les chutes, les fractures (dont le traitement est considérable) et les lésions cutanées.

CONCLUSION

L'incontinence urinaire est une condition médicale importante et répandue, qui touche la vie de nombreux Canadiens et Canadiennes. Les personnes atteintes d'IU qui vivent au Canada n'ont plus à souffrir en silence : il existe une variété de traitements offerts, en allant des plus conventionnels (exercices périnéaux ou comportementaux) aux produits pharmaceutiques et aux interventions chirurgicales. Ces traitements pourront permettre aux personnes incontinentes de vivre sans produits encombrants comme les couches pour adultes ou les serviettes hygiéniques, de réduire leurs dépenses personnelles en matière de santé, d'augmenter leur qualité de vie, de revenir à une vie sans symptômes et de réduire le coût de la santé pour l'ensemble du système.

Il faut sensibiliser les gens aux niveaux du public, des fournisseurs de soins de santé et des décideurs quant à l'étendue de cette condition médicale et de ses conséquences.

⁶⁹ PALMER, M.H. « Urinary Incontinence in Long Term Care », *Business Briefings: Long Term Healthcare Strategies*, 2003, http://www.touchbriefings.com/pdf/14/lth031_r_palmer.PDF (consulté le 1^{er} décembre 2007)

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMS, P., L. CARDOZO, M. FALL, 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, n°21, pages 167 à 178.

BERGHMANS, L.C.M., H.J.M. HENDRIKS, R.A. DE BIE, E.S.C. VAN WAALWIJK VAN DOORN, K. BO et P. VAN KERREBROECK. « Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials », *British Journal of Urology International*, 2000, n°85, vol.3, pages 254 à 263.

BIRNBAUM, H., S. LEONG, E. OSTER, K. KINCHEN et P. SUN. « Cost of Stress Urinary Incontinence: A Claims Data Analysis », *Pharmacoeconomics*, 2004, n°22, vol.2, pages 95 à 105.

BROLMANN, H.A.M. « Pelvic Floor Disorders: Diagnosis, Management and New Developments », *Gynaecology Forum*, http://www.medforum.nl/gynfo/leading_article10.htm (consulté le 1^{er} décembre 2007).

BROWN, J.S., E. VITTINGHOFF, J.F. WYMAN et autres. « Urinary incontinence: Does it increase risk for falls and fractures? », *Journal of the American Geriatrics Society*, 2000, n°48, pages 721 à 725.

CARR, L. *Shedding light on a neglected women's health issue stress urinary incontinence* (présentation), Sunnybrook Health Sciences, 22 septembre 2006.

« Comparison of levator ani muscle defects and function in women with and without pelvic organ prolapse », *Obstetrics & Gynecology*, février 2007, n°109, vol.2.

DESGAGNE, A. et J. LELORIER. « Incontinence drug utilization patterns in Quebec, Canada », *Value in Health*, 1999, n°2, pages 452 à 458.

DORAN, Christopher M., Pauline CHIARELLI et Jill COCKBURN. « Economic costs of urinary incontinence in community-dwelling Australian women », *Medical Journal of Australia*, 2001, n°174, pages 456 à 458.

FARRELL, K.D., L.M. ROBINSON, S.A. BAYDOCK, S.A. FARRELL, L.E. IRVING et C.M. O'CONNELL. « A Survey of Canadian Websites Providing Information About Female Urinary Incontinence », *Journal of Obstetrics and Gynaecology in Canada*, août 2006.

FEDORKOW, D.M. « Prevalence of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and anal incontinence in women », dir. par DRUTZ, H.P., S. HERSCHOM et N.E. DIAMANT, *Female pelvic medicine and reconstructive pelvic surgery*, Londres, Springer, 2003, pages 11 à 24.

FINKLESTEIN, M.M. « Medical Conditions, Medications, and Urinary Incontinence », *Canadian Family Physician*, janvier 2002, vol.48.

FLOOD, G.C. et H.P. DRUTZ. « Physicians' perception of urinary incontinence as a health care problem in Women », *International Urogynecology Journal*, mars 1995, n°2, vol. 6.

GIRMAN, C.J., S.J. JACOBSEN, T. TSUKAMOTO, F. RICHARD, W.M. GARRAWAY, P.P. SAGNIER, H.A. GUESS, T. RHODES, P. BOYLE et M.M. LIEBER. « Health-related quality of life associated with lower urinary tract symptoms in four countries », *Urology*, 1998, n°3, vol.51, pages 428 à 436.

GNANADESIGAN, N., D. SALIBA, C.P. ROTH, D.H. SOLOMON, J.T. CHANG, J. SCHNELLE et autres. « The quality of care provided to vulnerable older community-based patients with urinary incontinence », *Journal of American Medical Directors' Association*, 2004, n°5, vol.3, pages 141 à 146.

Gouvernement de l'Ontario. *Sacral Nerve Stimulation for the Management of Urge Incontinence, Urgency-Frequency, Urinary Retention, and Fecal Incontinence*, mars 2005, http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohnac/tech/reviews/pdf/rev_sns_030105.pdf (consulté le 1^{er} décembre 2007)

HAY-SMITH, E., K. BO, M. BERGMARK, H. HENDRIKS, R.A. DE BIE et E.S.C. VAN WAALWIJK VAN DOORN. « Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women » (évaluation Cochrane), *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, n°1 (n° d'article : CD001407. DOI: 10.1002/14651858.CD001407.pub2.)

HERSCHORN, S., J. CORCOS, J. GAJEWSKI, J. SCHULZ et E. CIU. « Canadian Urinary Bladder Survey: Population-Based Study of Symptoms and Incontinence », *Neurology and Urodynamics*, 2003, vol.22, partie 5.

LAPITAN, M.C., D.J. CODY et A.M. GRANT. « Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, n°1 (n° d'article : CD002912. DOI: 10.1002/14651858.CD002912.pub2), <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab002912.html> (consulté le 1^{er} décembre 2007).

LEACH, G.E., R.R. DMOCHOWSKI, R.A. APPELL, J.G. BLAIVAS, H.R. HADLEY, K.M. LUBER et autres. « Female Stress Urinary Incontinence Clinical Guidelines Panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence », *Journal of Urology*, 1997, n°158, pages 875 à 880.

LEVY, R. et N. MULLER. « Urinary incontinence: economic burden and new choices in pharmaceutical treatment », *Advanced Therapy*, juillet-août 2006, n°23, vol.4, pages 556 à 573.

McCORMICK, K.A., M. CELLA, A. SCHEVE et B.T. ENGEL. « Cost effectiveness of treating incontinence in severely mobility-impaired long term care residents », *Quality Review Bulletin*, décembre 1990, n°16, vol.12, pages 439 à 443.

Medical-Net. « Physiotherapy is effective in treating stress incontinence », le 20 mai 2005, <http://www.news-medical.net/?id=10257> (consulté le 1^{er} décembre 2007)

MINASSIAN, V.A. et H.P. DRUTZ. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003, n°82, pages 327 à 338.

CCTS. *Midurethral Slings for Women with Stress Urinary Incontinence*, le 21 février 2006
http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohac/tech/recommend/rec_mus_022106.pdf
(consulté le 1^{er} décembre 2007)

PALMER, M.H. « Urinary Incontinence in Long Term Care », *Business Briefings: Long Term Healthcare Strategies*, 2003, http://www.touchbriefings.com/pdf/14/lth031_r_palmer.PDF (consulté le 1^{er} décembre 2007)

PEYRAT, L., O. HAILLOT, F. BRUYERE, J.M. BOUTIN, P. BERTRAND et Y. LANSON.
« Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence in Young and Middle Aged Women », *British Journal of Urology International*, janvier 2002, n°89, vol.1, pages 61 à 66.

SCHULTZ, S.E. et J.A. KOPEC. « Impact of chronic conditions », *Health Reports*, 2003, n°4, vol.14, pages 41 à 53.

SHIH, Y.C., A.G. HARTZEMA, S. TOLLESON-RINEHART. « Labor costs associated with incontinence in long term care facilities » *Urology*, septembre 2003, n°62, vol.3, pages 442 à 446.

SONKE, G.S., D. KOLMAN, J.J. DE LA ROSETT, L.H. DONKERS, P. BOYLE et L.A. KIEMENEY. « Prevalence of lower urinary tract symptoms in men and its influence on their quality of life: Boxmeer Study » [article en néerlandais], *Ned Tijdschr Geneesk*, le 30 décembre 2000, n°144, vol.53, pages 2558 à 2563.

SUBAK, L.L., J.S. BROWN, S.R. KRAUS, L. BRUBAKER, F. LIN, H.E. RICHTER, C.S. BRADLEY, D. GRADY et le groupe Diagnostic Aspects of Incontinence Study (DAISy). « The "costs" of urinary incontinence for women », *Obstetrics & Gynecology*, avril 2006, n°107, vol.4, pages 908 à 916.

SWANSON, J.G., J. KACZOROWSKI, J. SKELLY, M. FINKELSTEIN. « Urinary Incontinence. A Common Problem Among Women over 45 », *Canadian Family Physician*, le 10 janvier 2005, n°51, vol.1, page 85.

SWANSON, J.G., J. SKELLY, B. HUTCHISON, J. KACZOROWSKI. « Urinary Incontinence in Canada », *Canadian Family Physician*, janvier 2002.

TEDIOSI, F., F. PARAZZINI, A. BORTOLOTTI et L. GARATTINI. « The Cost of Urinary Incontinence in Italian Women: A Cross-Sectional Study », *Pharmacoeconomics*, janvier 2000, n°1, vol.17, pages 71 à 76.

TEUNISSEN, T.A.M., A. DE JONGE, C. VAN WEEL, A.L.M. LAGRO-JANSSEN. « Treating urinary incontinence in the elderly--conservative measures that work: a systematic review », *Journal of Family Practice*, 2004, n°53, pages 25 à 32.

THOM, D. « Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type », *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, vol.46, pages 473 à 480.

U.S. Department of Health and Human Services, *Pamphlet: Urinary Incontinence in Adults: Acute and Chronic Management*, le 15 mars 1996.

VEGA, C. « Physiotherapy helpful for persistent postnatal stress urinary incontinence », le 23 septembre 2004, <http://www.medscape.com/viewarticle/489935>

VESTERGOM, M. « Take control of a leaky bladder », <http://www.homemakers.com/Health&Fitness/womenshealth/take-control-of-a-leaky-bladder-n234223p1.html> (consulté le 1^{er} décembre 2007).

VIGOD, S.M. et D.E. STEWART. « Major Depression in Female Urinary Incontinence », *Psychosomatics*, avril 2006, n°47, pages 147 et 151.

WAGNER, T.H. et T. HU. « Economic costs of urinary incontinence in 1995 », *Urology*, 1998, n°51, pages 355 à 361.

WALLACE, S.A., B. ROE, K. WILLIAMS et M. PALMER. « Bladder training for urinary incontinence in adults », *Cochrane Database of Systematic Reviews 2004*, n°1 (n° d'article : CD001308. DOI: 10.1002/14651858.CD001308.pub2)

WARD, K. et P. HILTON. « Prospective multicentre randomised trial of tension-free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress incontinence ». *British Medical Journal*, 2002; vol.325, pages 67 à 73.

ZORN, B.H., H. MONTGOMERY, K. PIEPER, M. GRAY et W.D. STEERS. « Urinary incontinence and depression », *Journal of Urology*, 1999, n°102, pages 82 à 84.

SITES WEB

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, *BC HealthGuide*
<http://www.bchealthguide.org/>

Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) www.continence-fdn.ca

Collège des médecins de famille du Canada
<http://www.cfpc.ca/English/cfpc/programs/patient%20education/urinary%20incontinence/default.asp?s=1>

Cochrane Collaboration, Systematic Reviews
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab002912.html>

National Institutes of Health, Consensus Development Program
<http://consensus.nih.gov/1988/1988UrinaryIncontinence071html.htm>

Agence de la santé publique du Canada, Vieillesse et aînés http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/info_exchange/incontinence/exch6_f.htm

Riverview Health Centre <http://www.riverviewhealthcentre.com/index.cfm?pageID=121>

University of Michigan Health System, Department of Obstetrics and Gynaecology
<http://www.med.umich.edu/obgyn/pelvicfloor/understanding.htm>

Women's Bladder Health <http://www.womensbladderhealth.com/>

Femmes en santé
http://www.femmesensante.ca/facts/quick_show.cfm?subject=Incontinence%20urinaire%20

LA FONDATION D'AIDE AUX PERSONNES INCONTINENTES (CANADA)

Fondée en 1986, la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) - anciennement appelée la Fondation Simon pour la continence (Canada) - est le seul organisme national à but non lucratif à défendre les intérêts des personnes incontinentes. L'organisme est dirigé par des personnes atteintes d'incontinence et par des professionnels représentant diverses disciplines de la santé. La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) est financée par des dons provenant du public, des professionnels de la santé et du secteur privé.

La mission de la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) est d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées par l'incontinence - celles qui en souffrent et celles qui leur procurent des soins - en les incitant à chercher différents traitements et en les aidant à y accéder. À cette fin, la Fondation s'engage à promouvoir l'éducation du public et des professionnels en matière d'incontinence, à fournir du soutien aux personnes qui en sont atteintes, à défendre leurs intérêts et à appuyer les programmes de recherche en vue d'améliorer les traitements ainsi que la gestion de l'incontinence.

ACTIVITÉS :

- La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) offre une mine de renseignements sur l'incontinence sous forme de livres, de cassettes vidéo et de bulletins. Obtenez gratuitement la trousse d'information en composant le 1 800 265-9575.
- Chaque année, la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) répond à de nombreuses demandes de renseignements et d'éducation de la part de personnes atteintes d'incontinence, de professionnels de la santé de l'industrie.
- La Fondation entretient des relations avec les médias en vue de sensibiliser le public à l'incontinence, d'accroître ses connaissances et d'encourager les personnes incontinentes à chercher de l'aide. L'organisme fournit également sur demande la liste des spécialistes qui desservent les régions.
- La Fondation a lancé le Mois de sensibilisation aux problèmes d'incontinence, un événement pan-canadien qu'elle coordonne chaque année pendant le mois de novembre. Cette opération de sensibilisation aux problèmes de l'incontinence et aux activités éducatives connexes s'adresse autant public qu'aux professionnels.
- La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) appuie la recherche axée sur l'amélioration des traitements et sur la gestion de l'incontinence.