



## L'autonomie des personnes : prévenir l'incontinence

**26 novembre 2013 – Montréal**

Docteur Paul LECHUGA, Directeur de la Santé Publique Poitou-Charentes

Peut - on envisager aujourd'hui de  
construire de véritables politiques de  
santé publique directement en prise  
avec le problème de l'I.U. ?

## LE POIDS INVISIBLE DES DÉTERMINANTS CULTURELS



### L'ÉCHO LOINTAIN DES PROXIMITÉS PHILOLOGIQUES

#### « Incontinencia »

- Impuissance à retenir
- Avidité insatiable
- Intempérance
- Excès

#### « *Incontinens sui.... qui ne sait pas se maîtriser* »

Nouveau dictionnaire de latin-français par  
E. De Suckau  
Chargé de cours à la Faculté d'Aix  
1865



### Un modèle historique « très médical »... « le dictionnaire pratique de thérapeutique médicale »

P. OBNASKA, L. PERLEMUTER, J. QUEVAUVILLIERS  
Edition 1975

- L'incontinence est l'incapacité de retenir l'urine
- C'est un symptôme et non une maladie
- L'essentiel est d'en faire le diagnostic étiologique pour appliquer un traitement efficace
- Toute I.U. nécessite une exploration urologique complète clinique, biologique, radiologique, endoscopique
- Ces examens permettent le diagnostic étiologique et le traitement
- Trois mentions particulières chez l'homme, la femme, l'enfant :
  - Incontinence de l'homme après chirurgie de adénome prostatique
  - Incontinence orthostatique d'effort chez la femme
  - Enurésie



UN SILENCE DES PATIENTS & UNE CECITÉ PROFESSIONNELLE  
QUI DEVIENNENT INSUPPORTABLES

**« Ne sachant pas écouter, ils ne savent pas non plus parler »**

Héraclite



MON POINT DE VUE...

- Population,
- Déterminants,
- Politiques publiques de santé



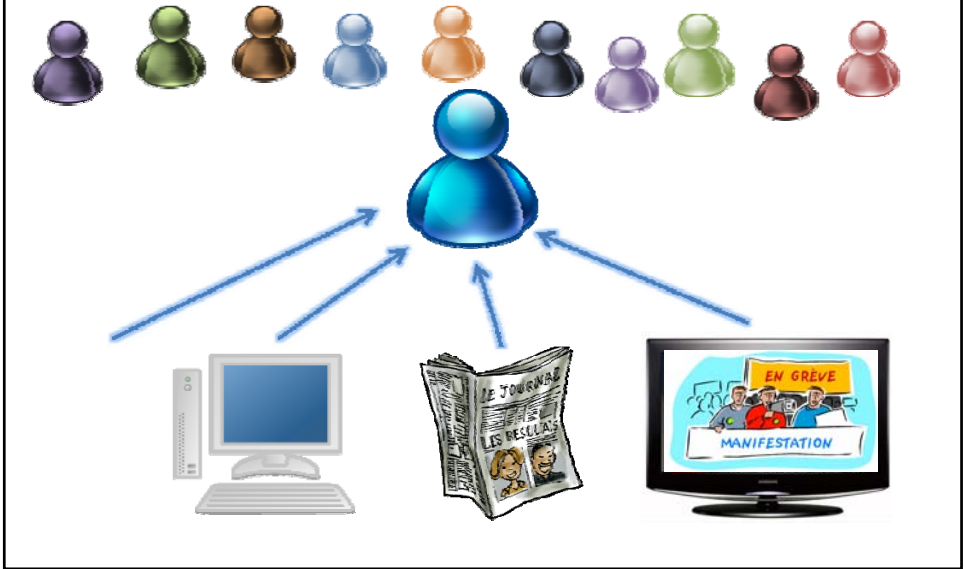
LE POINT DE VUE DE ...

- Médecin généraliste
- Gynécologue - Obstétricien
- Chirurgien urologue
- Physiothérapeute
- Infirmière spécialisée

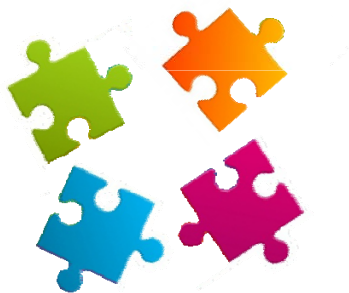
**« Il est sage que ceux qui ont écouté, non moi, mais le discours, conviennent que tout est un »**

Héraclite

**La tentation du couple  
individualisation / communication au lieu d'une politique**



Une somme de programmes de santé ...



... ne fait pas ...



... une politique publique



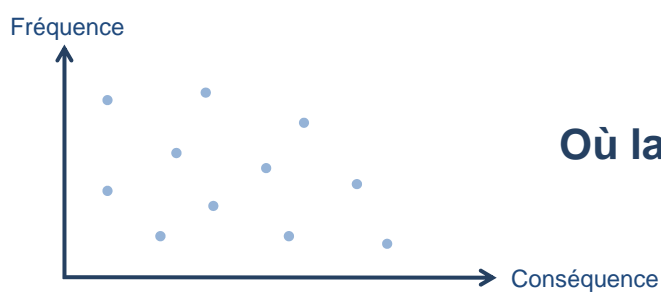
## Où en est-on à l'échelle nationale ?

### ENQUÊTES IRDES / ESPS / 2006

#### De la santé des femmes en France – DREES

- **Appartenance à un ménage d'ouvriers non qualifiés**  
Taux de prévalence de 14,7% (supérieur de 20% au taux moyen observé pour l'ensemble des femmes à âge comparable)
- **Peu de lien avec le niveau de revenu par unité de consommation**
- **Lieu important avec la taille du ménage (Max >6) et donc la multiparité**
- **Fréquence plus élevée en zones rurales** (éloignement des compétences médicales spécialisées, du recours à la rééducation périnéale)
- **Déclaration d'un sentiment d'être en « moins bonne santé »** (mauvais ou très mauvais état de santé déclaré)
- **Association déclarée avec une maladie chronique (21% / 8,5%)**
- **Association à une limitation fonctionnelle déclarée : très forte 31% ou forte 22% / 9%**

## L'I.U. DEVRAIT FIGURER COMME UNE PRIORITE



## Une seule mention explicite de l'I.U.

Dans l'évaluation des objectifs de santé publiques par le haut conseil de la santé publique

Vieillesse / santé des personnes âgées

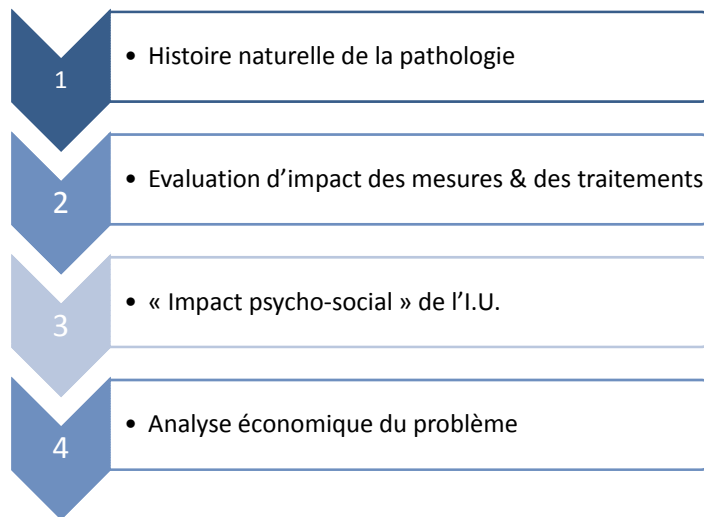
*Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme*

Réduire la fréquence et les conséquences de l'I.U.

Sous-estimation par les enquêtes déclaratives et évolution défavorable de ce problème

## LES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT HAAB – Avril 2007

### Un premier essai de systématisation



- **M1 Programme d'information du public**
- **M2 Programme d'évaluation du public aux prises avec un problème d'I.U.**
- **M3 Evocation active des problèmes d'énurésie chez l'enfant**
- **M4 Plan d'action I.U. spécifique du sujet âgé**
  - Education du public
  - Sensibilisation et formations des professionnels
  - Dépistage précoce des troubles vésico-sphinctériens
  - Amélioration de « l'évaluation gériatriques » PATHOS, AGGIR
  - Standardisation des conduites à tenir par la MAS
  - Recherche épidémiologique &G
  - Prises en charges des solutions palliatives(de l'APA sur le budget des soins)
- **M5 Mettre en œuvre une stratégie de Prévention de l'I.U.**
  - P. Primade : Liée aux grossesses et accouchements
  - Promotion des bonnes pratiques préventives : R.P., manœuvre instrumentale, poids de naissance, multi parité
  - Repérage de l'I.U. & des troubles vésico-sphinctériens dans les consultations préventives en pré- et post-partum
  - En médecine du travail
  - En médecine scolaire

➤ **M6 Améliorer la prise en charge chirurgicale (30 000 à 40 000)**

PHRC sur le développement de la chirurgie des bandelettes sous urétrales

Matéριο-vigilance, ETP chez les opérés, cadre réglementaire

➤ **M7 Création de centres de référence pour prise en charge de l'incontinence des incontinence d'origine neurologique**

➤ **M8 Création de centres de référence pour la prise en charge de l'incontinence de l'enfant**

➤ **M9 Reconnaissance & labellisation des filières de rééducation périnéale**

➤ **M10 Augmenter le niveau général de sensibilité à ce problème des professionnels par la formation initiale & le DPC**

➤ **M11 Création d'une nouvelle spécialisation professionnelles centrée sur l'analyse du comportement mictionnel, la maîtrise des facteurs de risque individuels, l'éducation du patient**

• Lien ville-hôpital

• Programmes promotionnel

- Evaluation des facteurs de risque

- Catalogue mictionnel et comportement

- Souvent utiliser les solutions palliatives

- Programme de rééducation mictionnelle

- Ed. & ETP

- Auto-sondage

• Les coûts et le financement

➤ **M12 Financement des dispositifs palliatifs pour I.U.**

➤ **M13 Améliorer des critères de la prise en charge médicamenteuse de l'incontinence urinaire et en particulier:**

• **Le traitement de l'hyperactivité vésicale de l'adulte**

• **Le traitement de l'incontinence d'effort**



Où en est-on à l'échelle régionale ?

Le cas du Poitou-Charentes ...

POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE  
*Conçue, formulée, adoptée, évaluée*

AUCUNE POLITIQUE RÉGIONALE  
DE SANTÉ PUBLIQUE LIÉE **DIRECTEMENT**  
A L'I.U.

DES DISPOSITIFS & QUELQUES PROGRAMMES  
SONT DEDIÉS AUX DÉTERMINANTS DE CE  
PROBLÈME



## LES DYNAMIQUES EN COURS

### Sur lesquelles nous pouvons compter aujourd'hui

- **LE SHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIAL / P.A.**
  - Coordination des S.S.I.A.D.
  - Prise en charge des pathologies neuro-dégénératives
  - Équipements des lieux de vie
  - Aide aux aidants
  
- **LE SHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION**
  - Dépistage précoce des maladies neuro-dégénératives
  - Lutte contre l'épidémie de surpoids – d'obésité
  - Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD
  - Dépistage des maladies respiratoires
  
- **LA POLITIQUE DE L'APA (*Allocation contre la perte d'autonomie*)  
Pour les personnes > 60 ans**
  - Achat des protections
  - Achat des petits matériels d'appui

### ➤ LE DÉVELOPPEMENT DES TECHNIQUES D'INTERVENTION PROMOTIONNELLE

- Prévention de l'incontinence urinaire postnatale par la rééducation périnéale
- L'éducation & la culture professionnelle centrée sur la « *rééducation périnéale* »
- Les ateliers du « *bien vieillir* » ( Association de santé, d'éducation et de prévention – Groupe MSA)

### ➤ LE DÉVELOPPEMENT ORIENTÉ DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE

- Licence professionnelle « *vieillessement & activité physique adapté* » Faculté des Sciences et du Sport
- Association Ciel Bleu . Montage d'ateliers d'activités physique adaptées

### ➤ DES RESSOURCES D'INFORMATION GÉNÉRALE & DE PÉDAGOGIE

- AMELI. I.U.
  - Qu'est ce que c'est ?
  - Comment reconnaître ?
  - Quel traitement ?
  - Vivre avec ...
  - Comment prévenir ?

### ➤ DES ACTEURS RESSOURCES

- Association d'aide aux personnes incontinents
- Association française d'urologie
- Le collectif des usagers de la santé
- Les CODERPA
- La conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie

## « L'IMPASSE DU MODÈLE ETP CLASSIQUE »

Effectifs théoriques du Poitou-Charentes

10 % de la population des femmes « concernées » > 76 800

25 % en parlent à leur médecins > 19 200

25 % des médecins à même de proposer un parcours & un projet de type ETP > 4 800

15 Séances de « rééducation » proposées en moyenne  
 $750 \text{ €} \times 4\,800 = 3\,600\,000 \text{ €}$  pour une distribution géographique homogène

Soit 1.63 fois le coût total des crédits de promotion des programmes ETP

## Files actives adultes et enfant des programmes par groupe pathologique et par département – 2012-

Territoire / Pathologie	Vienne	Deux Sèvres	Charente Maritime	Charente	Régional
Diabète	1 871	1 501	903	1 171	<b>5 446</b>
Obésité		257	12	70	<b>339</b>
Maladies respiratoires chroniques	354	352	154	100	<b>960</b>
Maladies cardiovasculaires	332	215	377	595	<b>1 519</b>
Maladie rénale chronique	803	82	7	30	<b>922</b>
Cancers		73			<b>73</b>
Maladies neurodégénératives	58	23	33	44	<b>158</b>
Rhumatismes inflammatoires chroniques et ostéoporose	62	130		33	<b>225</b>
Maladies infectieuses (VIH/VHC)	178	380		300	<b>858</b>
Maladies rares	68				<b>68</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3 726</b>	<b>3 013</b>	<b>1 486</b>	<b>2 343</b>	<b>10 568</b>

## « INSUFFISANCE DE LA RÉPONSE SPÉCIALISÉE »

Le traitement chirurgicale de l'I.U. d'effort chez la femme de plus de 18 ans

19 % de la population concerné

20 % Nécessiterons une intervention chirurgicale

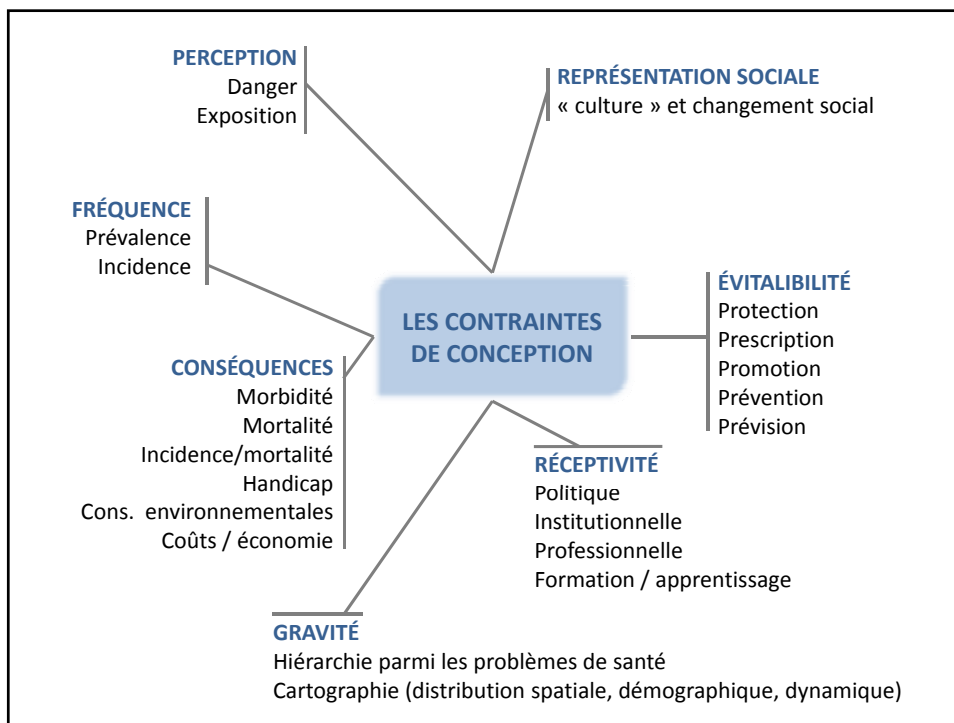
5 % Des besoins seront couverts par une activité chirurgicale adaptée

Une politique en vue ...

*« Soigner, c'est aussi une politique »*

**Paul VALERY**

Comment construire une politique publique ?




## LES CONDITIONS DE L'IDÉAL LOINTAIN d'une politique de santé publique de l'I.U.

### Conditions liées au problème

- Défini
- Mesuré
- Inscrit dans le champs de la « perception publique »
- Portée par les médiateurs publics de la santé
- Représentations symboliques et sociales « acceptables »
- Inscrit à l'agenda
- Bien hiérarchisé dans l'ensemble actif des politiques publiques et assimilable par le politiques prioritaires
- Disposant de stratégies « d'évitabilité » éprouvées et acceptées par la communauté professionnelle
- Susceptibles de faire l'objet de programmes et d'interventions sans conditions lourdes d'investissement, de réorganisation des services ou de formation à long terme

### Conditions liées au plan

- Visant à une meilleure appréhension d'un phénomène complexe
- Mobilisant tout le « continuum » de santé publique
- Percutant les perceptions et les représentations du public et des professionnels
- Construisant un recours thérapeutique spécialisé, gradué, intègre, et réorganisé
- Généralisant les occasions d'évaluation dans le parcours de prévention à tous les âges.
- Tendant à la promotion de modes d'intervention centrés sur l'approche éducative
- Révélateur du poids économique de ce problème





**Les freins**

- Peu convergent et peu associé aux grandes politiques publiques légitimes, financées et disposant de relais bien organisé
- Insuffisamment adossé à un réseau institutionnel local porteur
- Trop hétérogène dans sa stratégie (objectifs trop nombreux, trop différents dans les approches et les mises en œuvre) et insuffisamment hiérarchisés
- Trop dépendant d'innovations lourdes et de contraintes difficiles à maîtriser

### POINTS FORTS / POINT FAIBLES pour la proposition d'une politique publique de l'I.U.

**Structurée, pérenne & inscrite à la planification régionale**

<p> <b>Points forts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grande prévalence dans une grande étendue démographique</li> <li>• Déterminants portant des politiques publiques fortes &amp; structurées (obésité, activité physique, autonomie, maternité sous risques...)</li> <li>• Expérience individualisante &amp; largement partagée propice au plaidoyer</li> <li>• Propice aux modèles d'information &amp; d'éducation &amp; de témoignage charismatique</li> </ul>	<p> <b>Points faibles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spectre étiologique large, fragmentations des groupes &amp; des intérêts à agir.</li> <li>• Lobbying trop spécialisé, peu porté en proximité, trop descendant</li> <li>• Difficulté de traitement direct d'une politique spécifique (monter très vite un ensemble de mesures complémentaires)</li> <li>• Part importante de subjectivité dans l'évaluation</li> <li>• Pas d'espace dans la mise en œuvre du modèle d'ETP (priorités ALD, faible financement)</li> </ul>
---	---





### Points forts suite ...

- Mode d'interventions pour l'évaluation initiale des situations d'I.U. facile à imager, à organiser et à porter en proximité territoriale
- Développement fort de politiques publiques permettant le « renforcement coopératif »
- Modèle existant de ressources – compétences pour prendre en charge l'évaluation & le suivi
- Montée en puissance de la démocratie sanitaire



### Points faibles suite ...

- Sur-spécialisation du discours médical de recours (indications chirurgicales, explorations, mode d'étude de la qualité de vie) indications thérapeutiques, évaluation du bénéfice / risque, compliance, mode de surveillance)
- Sur spécialisation des approches « santé publique ».
  - Épuisement dans les études de prévalence
  - Peu d'approche globales & comparatives de modèles de politiques publiques (locale, régionale, nationale)
- Distribution inégales des compétences
- Recours de proximité non organisé ou inexistant
- Développement des parcours & des lieux « ville-hôpital », parcours du patient

## I.U. : 8 MESURES POSSIBLES POUR UNE POLITIQUE

1

- **Ne pas perdre trop d'énergie pour légitimer épidémiologiquement l'ouverture d'une politique de santé publique directement liée à l'I.U.**

2

- **Rechercher systématiquement l'arrimage aux grandes politiques traitant les déterminants de l'I.U. > lier les budgets**

3

- **Faire un lobbying ascendant & démocratique**

4

- **Structurer un effort systématique de formations des professionnels dans une large gamme de situations** (consultations, soins, résidence, travail, sport, maternité, contraception, autonomie, etc...)

