



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



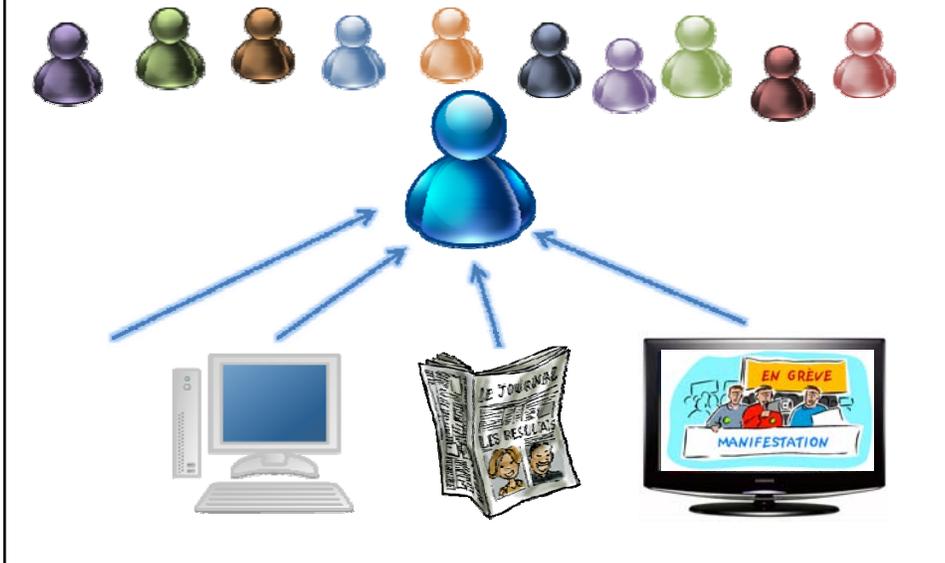
LE POINT DE VUE DE ...

- 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



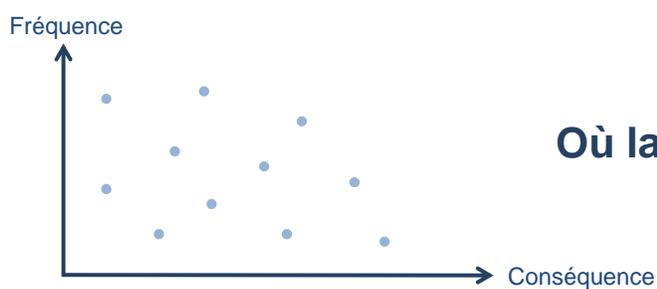
Où en est-on à l'échelle nationale ?

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

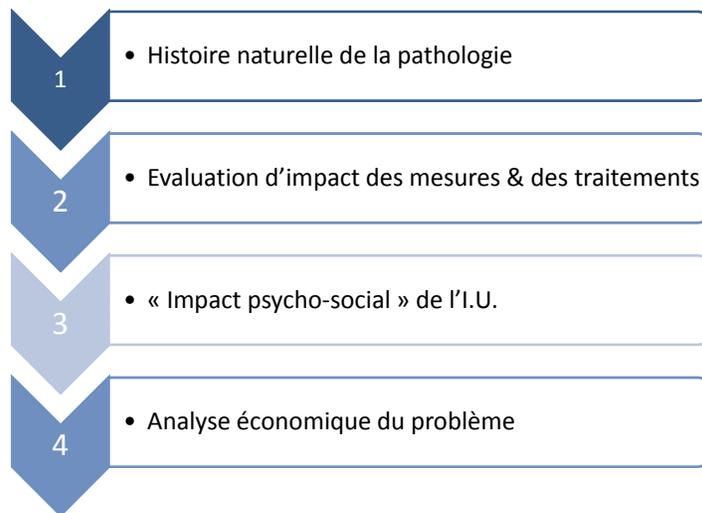
Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme

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

« 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

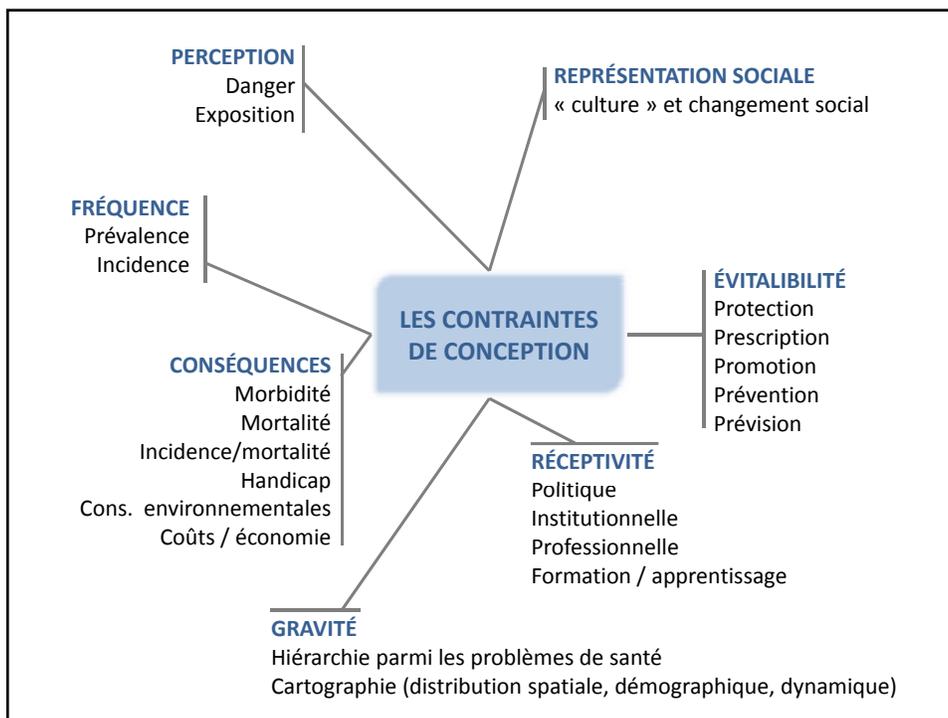
5 % Des besoins seront couverts par une activité chirurgicale adaptée

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



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...)

