



**Etude de prévalence des troubles de la continence anale
parmi la population adulte en Rhône-Alpes**

**O. Guye, A. Seigneurin, F. Long, A. Sonko*
H. Damon, F. Mion****

Juillet 2004

Etude réalisée par l'ORS Rhône-Alpes, en collaboration avec le Collège Lyonnais de Colo-proctologie, et financée dans le cadre du FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville)

*ORS Rhône-Alpes, 9 quai J. Moulin 69001 Lyon – 04.72.07.46.20 – courrier@ors-rhone-alpes.org

** Collège Lyonnais de Colo-proctologie, 1 Rue Laborde - 69500 Bron - 04.78.75.25.81

Nous tenons à exprimer nos remerciements à toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette étude.

Introduction

Cette étude de prévalence de l'incontinence anale est réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes (ORS) à la demande du Collège Lyonnais de Colo-Proctologie (CLCP). Elle entre dans le cadre d'une étude d'opportunité préalable à la mise en place d'un réseau et est financée par le FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville).

L'incontinence anale (IA) peut être définie comme l'impossibilité de retarder volontairement le passage du contenu intestinal à travers l'anus, jusqu'à la possibilité de le faire quand et où cela est socialement possible.

Largement méconnue l'incontinence anale serait selon les quelques études épidémiologiques disponibles fortement prévalente. Ainsi une étude réalisée en France en 1989 auprès d'une population d'âge supérieur à 45 ans identifiait une prévalence de 11% pour l'incontinence anale et de 6 % pour l'incontinence fécale (incontinence limitée aux matières)⁽¹⁾. Les autres études disponibles, qui ont toutes été réalisées dans d'autres pays (anglo-saxons principalement) donnent des résultats variables selon les définitions, les méthodes utilisées et les populations ciblées, mais qui s'échelonnent de 2% à 17%⁽²⁻¹²⁾. La méconnaissance et la sous-estimation de cette pathologie semblent être liées au caractère intime et « tabou » de cette pathologie peu recherchée par les médecins et surtout cachée par les patients.

La rareté (en France particulièrement), l'ancienneté et l'imprécision des données épidémiologiques justifient la réalisation d'une mesure de la prévalence pour valider, sur ce point, l'opportunité de la mise en place d'un réseau de prise en charge de l'incontinence anale sur la région. Outre cette supposée forte prévalence la création de ce réseau est motivée principalement par l'altération importante de la qualité de vie engendrée par l'IA, par sa méconnaissance, son impact économique et par la complexité de la prise en charge de cette pathologie.

Les objectifs de l'étude sont de déterminer la prévalence de l'IA dans la population générale adulte de Rhône-Alpes et parmi la patientèle des médecins gastro-entérologues et gynécologues, ainsi que ses principales caractéristiques (type d'incontinence, gravité, retentissement sur la qualité de vie) et de préciser le profil des personnes qui en souffrent (âge, sexe,...).

Pour déterminer la prévalence de l'IA dans la population adulte nous proposons deux volets complémentaires. D'une part, une enquête postale auprès de la population générale âgée de plus de 18 ans (volet 1) et d'autre part une enquête auprès des patients de médecins gastro-entérologues et gynécologues (volet 2) qui sont les praticiens chez qui la prévalence de l'IA parmi la clientèle est, a priori, la plus élevée.

Ces deux volets indépendants mais complémentaires sont présentés en parallèle ci-après.

Matériel et méthodes

L'incontinence anale apparaît plus fréquente chez le sujet âgé, mais l'effet âge n'est pas établi avant 60 ans et il est difficile de déterminer un âge seuil. Ainsi, dans la littérature, certaines études ont ciblé des populations plus âgées (ex. : plus de quarante cinq ans pour l'étude menée en France¹) et d'autres ont été menées sur l'ensemble de la population adulte^(2, 6-12). Au vu de l'objectif c'est cette deuxième option qui a été retenue pour la présente étude.

→ Volet 1 : Enquête en population générale

Cette étude descriptive s'est déroulée au cours du dernier trimestre 2003 dans l'ensemble de la région Rhône-alpes.

Un questionnaire anonyme (avec enveloppe pré-affranchie pour le retour) a été adressé par voie postale à un échantillon de 2 800 individus majeurs, tirés au sort sur la base des listes électorales. Cet échantillon a été obtenu par un tirage aléatoire à deux degrés (au niveau des communes puis au niveau des individus). Ainsi, 56 grappes de 50 personnes ont été tirées au sort sur les listes électorales de 48 communes en assurant une représentativité géographique selon les huit départements de la région et une représentativité selon la taille de la commune (3 strates : communes de plus de 20 000 habitants, de 5 000 à 20 000 et moins de 5 000).

Le questionnaire (Cf. annexe) était constitué de 44 questions (presque exclusivement fermées) réparties en quatre catégories : caractéristiques de la personne, antécédents et traitements en cours, fuites anales et urinaires, qualité de vie.

Les troubles de la continence anale ont été mesurés par le questionnaire et le score de Wexner⁽¹⁵⁾ (questions 31 à 35 du questionnaire) qui s'échelonne entre 0 (continence normale) et 20 (incontinence totale), en fonction des réponses aux 5 questions. Nous avons retenu comme critère de définition de l'incontinence anale un score de Wexner supérieur ou égal à 5. Un score supérieur ou égal à 10 caractérise une incontinence anale sévère relevant souvent d'un traitement chirurgical. Le calcul de ce score nécessite d'avoir les réponses aux 5 questions qui le caractérisent, un score de 0 a donc été attribué aux quelques cas de non réponses observés sur les questions 21 et 22 (mauvaise compréhension de la consigne de remplissage).

Les caractéristiques générales de la population incontinente et de la population continente ont été étudiées : âge, sexe, antécédents obstétricaux, chirurgicaux, l'association à une

incontinence urinaire et la prise de traitements pour un diabète, une dysthyroïdie, une pathologie digestive, une pathologie neurologique ou un syndrome dépressif.

Outre les questions sur le retentissement direct des troubles de la continence sur la vie quotidienne des personnes, la qualité de vie a été évaluée à l'aide du questionnaire SF-12[®] (version 2) dont les réponses sont réparties en huit dimensions : physique, mentale, sociale... Pour chaque dimension un score de 0 à 100 (le 100 correspondant aux capacités maximales) est attribué en fonction des réponses aux questions correspondant à la dimension. Ce questionnaire, américain mais adapté en Français, a été choisi pour sa validité et sa taille réduite (12 questions). Une licence d'utilisation a été achetée pour cette étude.

Pour l'analyse, l'échantillon des répondants a été redressé sur l'âge et le sexe des individus en prenant comme référence les données régionales du recensement de 1999. Cette technique repose sur l'affectation d'un poids à chaque répondant, de telle sorte que la répartition des répondants selon l'âge et le sexe soit la même dans notre échantillon redressé que dans la région Rhône-Alpes¹. Cela permet d'obtenir des valeurs valables pour la population adulte rhônalpine dans son ensemble.

En raison d'un problème de routage, les envois non parvenus n'ont pu être récupérés et comptabilisés. Pour en évaluer le nombre, des estimations du taux de validité des listes électorales ont été réalisées en mobilisant des informations transmises par certaines communes de l'échantillon et par l'INSEE. Selon ces éléments, nous avons estimé le taux moyen de non validité des listes électorales (décès, déménagement ...) à l'époque de l'étude (actualisation en fonction des événements électoraux) à environ 12% pour les communes de plus de 20 000 habitants, 7% pour les communes de 5 000 à 20 000 habitants et 3% pour les communes comprenant moins de 5 000 habitants.

Les analyses statistiques ont été effectuées grâce au logiciel SAS[®]. Les intervalles de confiance à 95 % des prévalences ont été obtenus avec la loi de Fisher. Les comparaisons de fréquences ont été réalisées avec le test du Chi-2 (test exact de Fisher pour les petits échantillons) et les comparaisons de moyennes par le test t de Student. Le seuil de significativité retenu pour l'ensemble des tests est de 0,05.

¹ Ainsi si une classe d'âge et de sexe donnés représente 10% des répondants et 12% dans la population de référence, une pondération de 1,2 sera affectée à chaque répondant et cette classe représentera alors 12% de l'échantillon redressé. L'effectif total de l'échantillon redressé est identique à celui de l'échantillon brut.

➔ Volet 2 : Enquête auprès de la patientèle de médecins spécialistes

L'étude s'est déroulée au cours du premier semestre 2004 parmi les médecins de Rhône-alpes. L'échantillon des patients vus en consultation chez les médecins est issu d'un sondage aléatoire de médecins gastro-entérologues, gynécologues-obstétriciens et gynécologues médicaux à exercice libéral (partiel ou exclusif) à partir du fichier ADELI des professionnels de santé transmis par la DRASS.

L'objectif initial était d'inclure 80 médecins (40 gastro-entérologues, 30 gynécologues-obstétriciens et 10 gynécologues médicaux selon la répartition de ces spécialités sur la région Rhône-Alpes) qui devaient inclure 10 patients chacun, soit 800 patients.

Chaque médecin a été destinataire d'un courrier de présentation de l'étude cosigné par l'ORS et le CLCP puis a fait l'objet d'un contact téléphonique pour recueillir son accord de participation à l'étude.

Les médecins ayant accepté de participer à l'étude ont reçu un dossier comprenant un guide opératoire pour réaliser l'enquête, les questionnaires (2 volets), les feuilles de consentement éclairé à faire signer par le patient et une enveloppe retour pré-affranchie.

Les médecins devaient inclure les 10 premiers patients adultes, ne présentant pas de pathologie maligne en cours d'évolution et acceptant de participer à l'étude (signature du consentement), quelque soit le motif de la consultation. Dans un souci d'allègement le médecin pouvait changer le mode d'inclusion tant que celui-ci ne faisait pas intervenir de sélection par le médecin (ex. : inclure les 5 premiers patients des deux premières consultations, ou les deux premiers patients de 5 consultations,...).

Le questionnaire comprenait deux volets reprenant les 44 questions du questionnaire utilisé pour la population générale (cf. volet 1 en annexe) et deux questions supplémentaires destinées au médecin.

Le premier volet du questionnaire rempli par le médecin portait sur les antécédents et sur les traitements suivis ainsi qu'une question sur la connaissance par le médecin d'éventuels troubles de la continence anale chez le patient. Le deuxième volet rempli par le patient de façon confidentielle et remis au médecin sous enveloppe portait sur les caractéristiques de la personne, les fuites anales et urinaires et la qualité de vie.

Un suivi et une relance téléphonique régulière a été faite auprès des médecins jusqu'à réception des dossiers ou abandon du médecin.

Chaque médecin était indemnisé pour sa participation (1,5 C pour la participation à l'étude et 1 C par patient inclus).

Les troubles de la continence anale ont été mesurés par le questionnaire et le score de Wexner de la même façon que pour l'enquête sur la population générale. Les mêmes caractéristiques générales de la population incontinente ont été étudiées que dans le volet population générale. L'analyse statistique a été réalisée de manière identique à celle de la population générale.

Résultats

→ Volet 1 : Enquête en population générale

Un total de 713 questionnaires a été retourné, correspondant à un taux de retour de 30% par rapport à l'échantillon initial (après estimation de la validité des listes électorales, *cf. supra*). Sept questionnaires n'étaient pas renseignés au niveau du sexe ou de l'âge, chiffrant à 706 le nombre de questionnaires exploitables.

La répartition par âge et sexe de l'échantillon initial et de l'échantillon redressé pour correspondre à la population rhônalpine (*cf. chap. Matériel et méthode*) est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Répartition selon le sexe et l'âge de l'échantillon avant et après redressement.

	Echantillon brut			Echantillon redressé		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
18-29	5,1%	10,6%	15,7%	10,7%	10,5%	21,2%
30-39	7,5%	9,5%	17,0%	9,6%	9,7%	19,3%
40-49	8,4%	9,2%	17,6%	9,1%	9,3%	18,4%
50-59	9,5%	11,8%	21,2%	7,7%	7,6%	15,3%
60-69	6,9%	7,8%	14,7%	5,5%	6,1%	11,6%
70-79	6,2%	4,5%	10,8%	4,1%	5,5%	9,6%
80+	1,7%	1,3%	3,0%	1,5%	3,3%	4,8%
Total	45,3%	54,7%	100,0%	48,1%	51,9%	100,0%

Les analyses ont été réalisées sur l'échantillon redressé et les résultats exprimés en pourcentage proviennent de cet échantillon.

Quarante pour cent des répondants proviennent d'une commune de moins de 5 000 habitants, 33% d'une commune de 5 000 à 20 000, et 27% d'une commune de plus de 20 000 habitants.

La prévalence de l'incontinence anale :

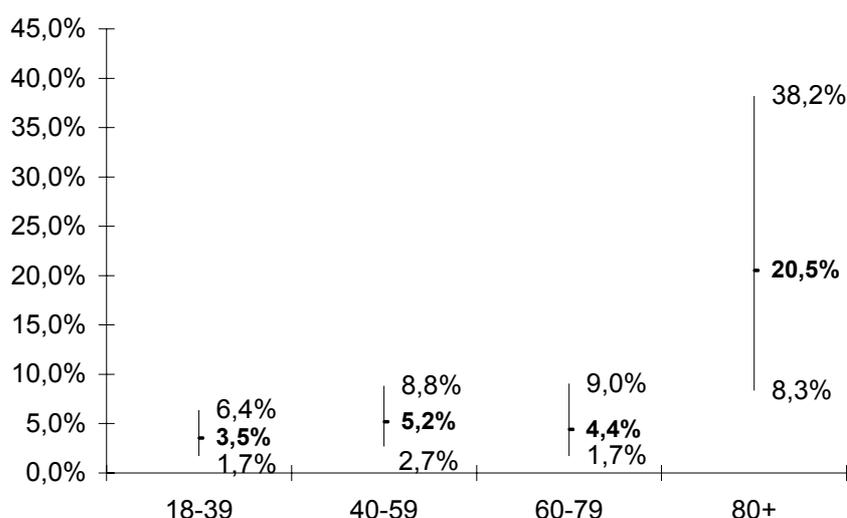
Parmi la population étudiée, le score de Wexner est compris entre 1 et 4 pour 29,5% des sujets, entre 5 et 9 pour 4,3% des sujets et supérieur à 10 pour 0,7% des sujets.

La prévalence de l'incontinence anale (score de Wexner supérieur ou égal à 5) dans l'ensemble de la population est ainsi de 5,1% [IC 95% : 3,6-7,0], (soit 36 personnes). L'incontinence anale sévère (score de Wexner supérieur ou égal à 10) qui peut relever d'un traitement chirurgical a une prévalence de 0,7% [IC 95 % : 0,2-1,6].

La prévalence chez les femmes de 7,5 % [5,0-10,7] est significativement supérieure à celle chez les hommes : 2,4% [1,1-4,7].

On n'observe pas d'effet âge significatif sur la prévalence de l'incontinence, excepté pour les personnes de la tranche d'âge la plus élevée (plus de 80 ans) où la prévalence est de 20,5 % [8,3-38,2]. Cette prévalence n'est pas significativement différente (effectif de plus de 80 ans réduit) de celle de la classe d'âge précédente (60-79 ans) mais elle l'est avec l'ensemble de la population des moins de 80 ans : 4,3 % [2,9-6,1]. (Graphique 1).

Graphique 1 : Intervalle de confiance à 95 % de la prévalence de l'incontinence anale dans la population générale selon la classe d'âge.



Caractéristiques des fuites anales :

Les fuites anales peuvent être de trois sortes : fuites incontrôlées de gaz, fuites incontrôlées de selles liquides, et fuites incontrôlées de selles formées.

Les fuites anales les plus fréquentes sont celles de gaz, elles touchent le tiers des personnes. Viennent ensuite les fuites incontrôlées de selles liquides qui touchent 9,4 % des individus et 0,7 % rapportent des fuites de selles liquides plus d'une fois par semaine. Les fuites incontrôlées de matières touchent 1,7 % des individus dont 0,4 % de façon au moins hebdomadaire (Tableau 2).

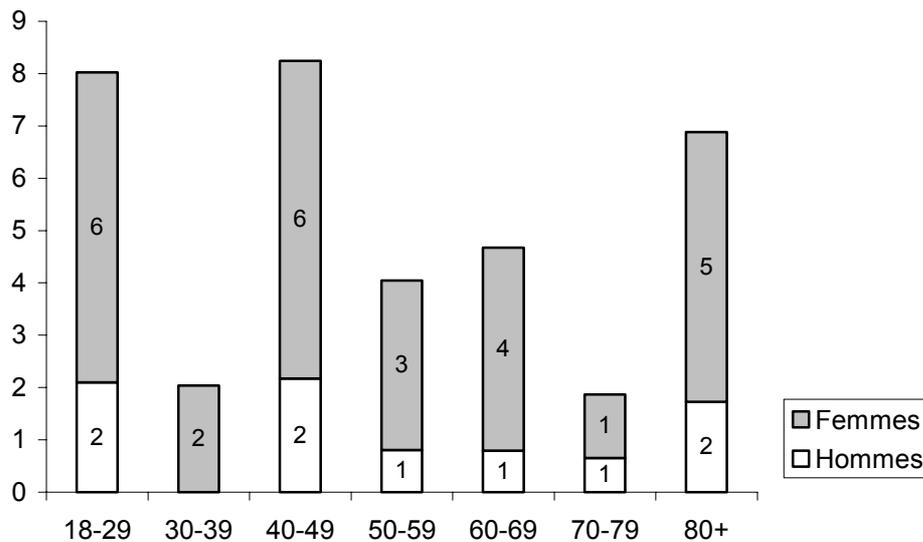
Tableau 2 : Fréquence des fuites anales.

	jamais	< 1/mois	< 1/sem.	> 1/ sem.	quotidien
de gaz	67,1%	13,2%	7,9%	6,6%	5,2%
de liquide	90,5%	8,3%	0,5%	0,6%	0,1%
de matières	98,3%	0,9%	0,4%	0,1%	0,3%

Caractéristiques des personnes présentant des troubles de la continence anale : (Tableau 3).

Plus de trois quarts (77,8 %) des personnes incontinentes sont des femmes. La proportion de femmes parmi les personnes incontinentes est significativement supérieure à celle des personnes continentes (50,6 %). L'âge moyen des personnes incontinentes est plus élevé mais de manière non significative par rapport à celui des personnes continentes (51,4 ans vs 46,2 ans). Les femmes incontinentes sont plus nombreuses que les hommes incontinents pour toutes les classes d'âge. (Graphique 2).

Graphique 2 : Distribution des personnes incontinentes selon l'âge et le sexe.



Les indices moyens de masse corporelle ne diffèrent pas significativement chez les incontinents et chez les continentes : 24,0 et 23,8.

Les trois quarts (75,0 %) des personnes incontinentes présentent au moins un antécédent chirurgical, chiffre équivalent à celui des personnes sans troubles de la continence (69,1%). En revanche, les antécédents de chirurgie utérine sont significativement plus fréquents chez les femmes incontinentes (36,1% vs 9,7%) ainsi que les antécédents de chirurgie vésicale (tous sexes confondus), (16,7 % vs 3,9 %).

En ce qui concerne les antécédents obstétricaux, le nombre moyen d'accouchements et les proportions de femmes ayant accouché au moins trois fois ne diffèrent pas significativement. En revanche, l'existence d'une déchirure après un accouchement (77,8 % vs 41,3 %) ou d'un épisode de troubles de la continence anale après au moins un accouchement (27,8 % vs 5,2 %) est plus fréquent parmi la population incontinente.

Pour les traitements médicamenteux, on observe une prévalence significativement plus élevée dans le groupe des personnes incontinentes de traitement antidépresseurs (22,2 % vs 7,8 %) ainsi que pour les traitements à visée neurologique (16,7 % vs 3,4 %).

Si la prévalence des différents troubles digestifs (transit) apparaît uniformément supérieure chez les personnes souffrant de troubles de la continence, ces différences ne sont toutefois pas significatives statistiquement. Parmi les personnes incontinentes, près de la moitié (42,5 %) se déclarent incapables de se retenir pendant plus de 15 minutes lorsqu'elles ont envie d'aller à la selle et 2,3 % prennent un médicament pour se constiper.

On met, par contre, en évidence une association entre troubles urinaires et troubles anaux avec 40 % des personnes incontinentes déclarant présenter des fuites d'urines (de « moyennement » à « beaucoup ») précédées d'un besoin urgent d'uriner contre 7,6 % des personnes sans trouble de la continence anale. De même, 40,0 % des personnes incontinentes déclarent présenter des fuites urinaires d'effort (de « moyennement » à « beaucoup ») contre 8,0 % dans la population des personnes continentales.

Tableau 3 : Caractéristiques des continents et des incontinents.

	Continents score de Cleveland < 5	Incontinents score de Cleveland ≥ 5	Test
Sexe féminin n=706	50,6%	77,8%	*
Age moyen n=706	46,2	51,4	
Indice moyen de masse corporelle n=698	23,8	24,0	
Antécédents chirurgicaux n=700	69,1%	75,0%	
chirurgie intestinale, rectale ou anale	10,4%	13,9%	
chirurgie vésicale	3,9%	16,7%	*
chirurgie utérine	9,7%	36,1%	*
Antécédents obstétricaux			
<i>Parmi les femmes</i> n=351			
nombre d'accouchements supérieur ou égal à trois	19,9%	28,0%	
nombre moyen d'accouchement	1,5	1,8	
<i>Parmi les femmes ayant accouché</i> n=248			
utilisation de forceps	24,0%	33,3%	
déchirure	41,3%	77,8%	*
épisiotomie	43,5%	61,1%	
incontinence urinaire après un accouchement	24,9%	33,3%	
incontinence anale après un accouchement	5,2%	27,8%	*
Traitement n=706			
diabète	3,0%	5,6%	
maladie de la thyroïde	3,4%	8,3%	
maladie digestive	7,2%	13,9%	
maladie neurologique	3,4%	16,7%	*
dépression	7,8%	22,2%	*
Troubles digestifs n=706			
utilisation régulière ou en continu de laxatifs	4,2%	11,1%	
difficultés d'évacuation des selles régulières ou continue	4,8%	11,1%	
fréquence des selles inférieure à une fois par semaine	0,9%	5,6%	
utilisation de lavements ou suppositoires de façon régulière	1,3%	2,8%	
évacuation digitale des selles régulière	0,9%	5,6%	
Troubles urinaires n=695			
fuites d'urine (moyennement ou beaucoup) précédées d'un besoin urgent d'uriner	7,6%	40,0%	*
fuites d'urine à l'effort (moyennement ou beaucoup)	8,0%	40,0%	*
<i>Parmi ceux qui ont des fuites urinaires</i> n=87			
utilisation de garnitures au moins de temps en temps	50,7%	64,7%	
existence d'un retentissement des fuites urinaires sur la qualité de vie	64,3%	82,4%	
nombre moyen de garnitures par jour	0,8	1,8	

* : différence significative statistiquement

Causes identifiées de l'incontinence anale :

Une grande majorité de personnes incontinentes (70,0 %) n'identifie aucune cause responsable de leur incontinence anale. L'accouchement est mis en cause par 10,9 % des personnes, la chirurgie par 2,5 % et la ménopause pour 2,0 % d'entre elles. Par ailleurs d'autres causes ont été mentionnées : l'alimentation, un trouble digestif (diverticules, maladie intestinale), le

stress, des maladies neurologiques (syndrome de la queue de cheval), des causes iatrogènes (laxatifs, suppositoires de glycérine) ou infectieuses (amibes), une pathologie prostatique.

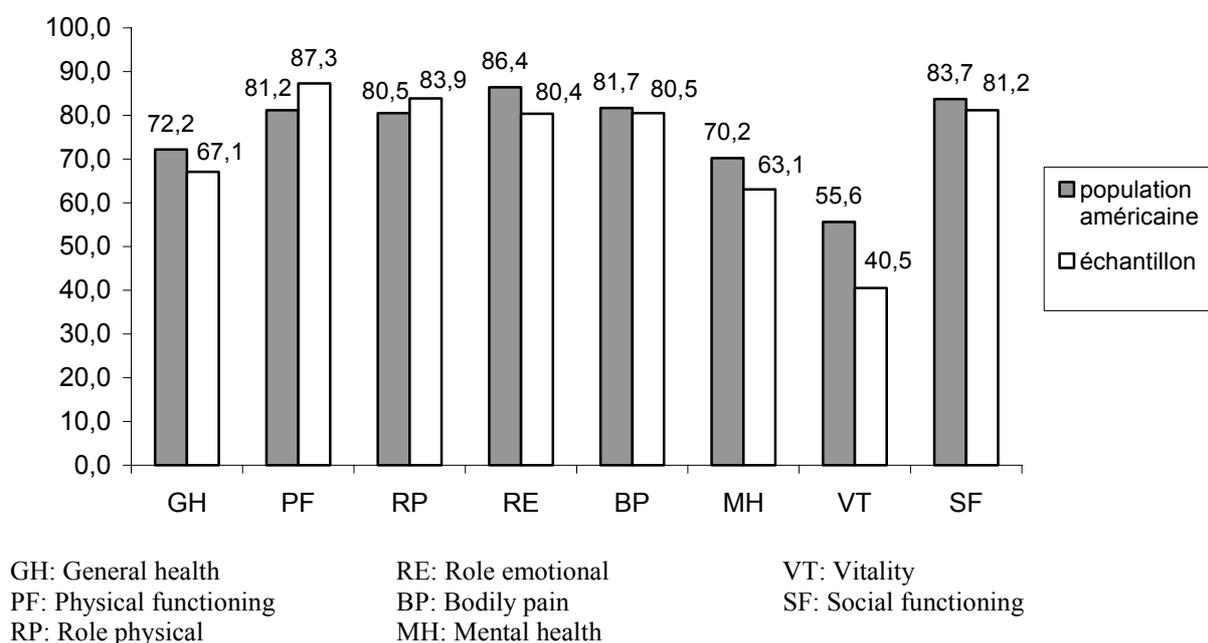
Retentissement de l'incontinence anale sur la qualité de vie :

Une très grande majorité des personnes incontinentes (87,9 %) estime que les fuites anales, quelle qu'en soit la nature, ont un retentissement sur leur qualité de vie. Plus du tiers (36,2 %) jugent que leur sexualité en est affectée et 40,3 % doivent porter des garnitures du fait de leur incontinence dont 15,3 % souvent ou toujours.

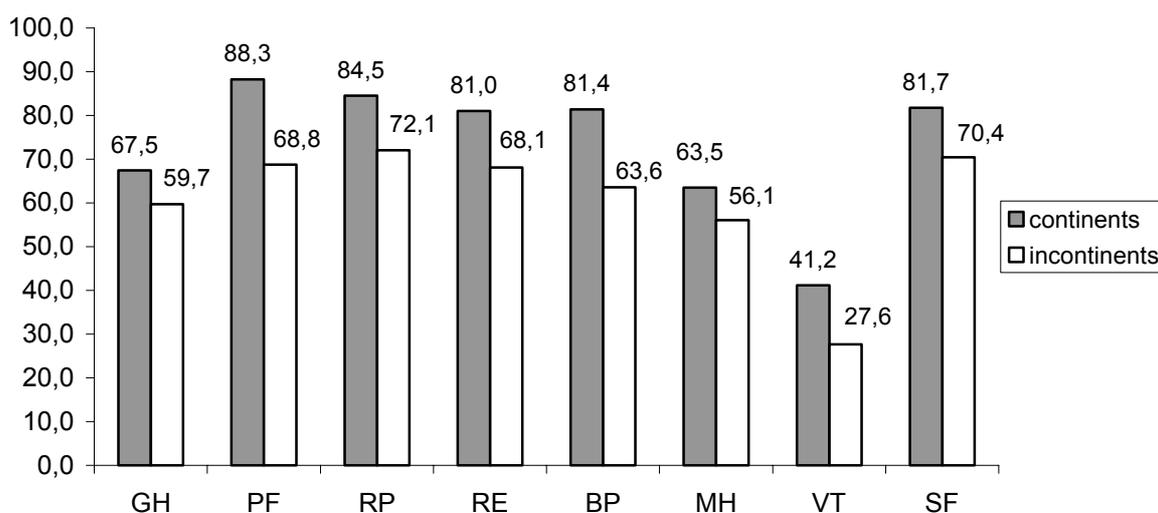
Alors que le profil général des scores du questionnaire SF-12[®] pour notre échantillon total est similaire à celui d'une population générale de référence (ici la population américaine, cf. Graphique 3), les scores obtenus sont significativement moins élevés dans les huit catégories pour la population incontinente par rapport à la population continente (Graphique 4).

Les écarts entre les scores moyens s'échelonnent de 7,4 (pour la catégorie « *mental health* ») à 19,5 (pour la catégorie « *physical functioning* »), le score moyen pour la catégorie « *general health* » est de 59,5 pour la population incontinente versus 67,5 pour la population continente.

Graphique 3 : Scores de qualité de vie dans l'échantillon de l'étude et dans la population américaine.



Graphique 4 : Qualité de vie et score de Wexner.



➔ Volet 2 : Enquête auprès de la patientèle de médecins spécialistes

Sur les 183 médecins contactés par courrier, 123 (67,2 %) ont accepté de participer à l'étude et parmi ces derniers, 84 (68,3 %) ont renvoyé leurs questionnaires complétés. Les questionnaires d'un médecin ont été exclus de l'étude en raison d'un biais de sélection. Ces 83 médecins, se répartissent en 44 (53,0 %) gastro-entérologues pour 436 dossiers, 31 (37,3 %) gynécologues obstétriciens pour 321 dossiers et 8 (9,6 %) gynécologues médicaux pour 78 dossiers. Un total de 835 questionnaires exploitables a été retourné soit une moyenne de 10,1 dossiers par médecin, 7 en ont envoyé entre 6 et 9, 27 en ont envoyé 11 (11 questionnaires vierges étaient adressés à chaque médecin), 49 ont retourné 10 dossiers.

Les caractéristiques d'âge et de sexe des répondants sont présentées dans le tableau 4.

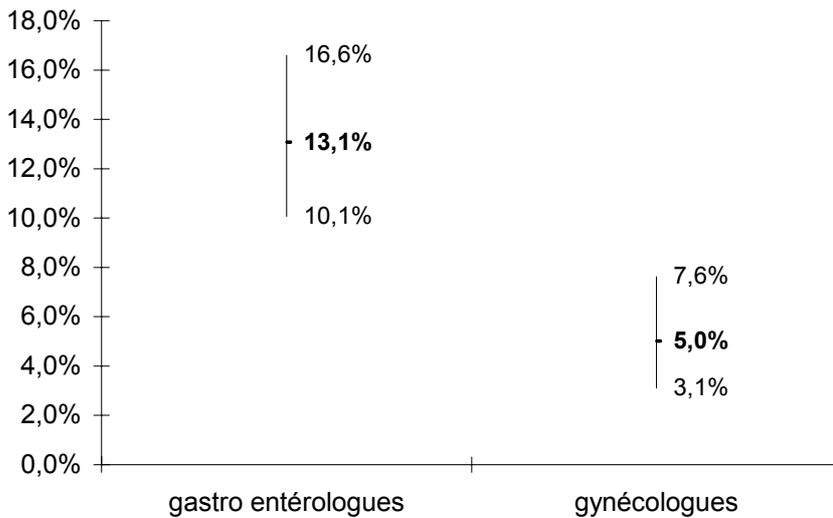
Tableau 4 : Classe d'âge et sexe des répondants.

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	Total
Total n = 825								
hommes	1,1%	2,9%	3,0%	5,7%	2,3%	1,5%	0,1%	16,6%
femmes	11,6%	18,9%	15,8%	18,7%	10,7%	6,2%	1,6%	83,4%
total	12,7%	21,8%	18,8%	24,4%	13,0%	7,6%	1,7%	100,0%
Gastro-entérologues n = 432								
hommes	2,1%	5,6%	5,8%	10,9%	4,4%	2,8%	0,2%	31,7%
femmes	6,5%	7,9%	11,8%	17,8%	11,3%	10,6%	2,3%	68,3%
total	8,6%	13,4%	17,6%	28,7%	15,7%	13,4%	2,5%	100,0%
Gynécologues n=393								
hommes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
femmes	17,3%	31,0%	20,1%	19,6%	9,9%	1,3%	0,8%	100,0%
total	17,3%	31,0%	20,1%	19,6%	9,9%	1,3%	0,8%	100,0%

La prévalence de l'incontinence anale chez les patients :

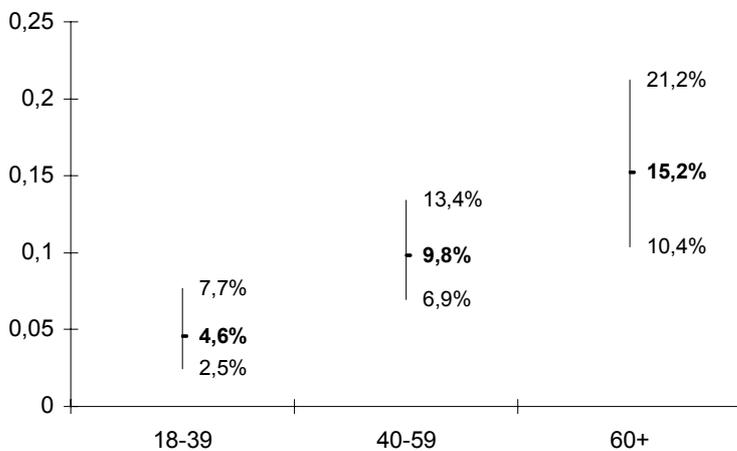
La prévalence de l'incontinence anale (score de Wexner supérieur ou égal à 5) parmi la clientèle des gastro-entérologues et des gynécologues est de 9,2 % [IC 95% : 7,3-11,4] ce qui représente 77 personnes incontinentes. La prévalence est significativement différente parmi la clientèle des gastro-entérologues : 13,1 % [IC 95% : 10,1-16,6] par rapport à la clientèle des gynécologues : 5,0 % [3,1-7,6]. (Graphique 5).

Graphique 5 : Intervalle de confiance à 95 % de la prévalence de l'incontinence anale parmi les clientèles des gastro-entérologues et des gynécologues obstétriciens.



Parmi la clientèle des gastro-entérologues, la prévalence chez les hommes est de 9,4 % [5,1-15,6] et de 14,8 % [10,9-19,3] chez les femmes. Le niveau de prévalence augmente avec l'âge et la classe d'âge des plus de 60 ans a une prévalence de l'incontinence anale significativement supérieure à celle de la classe d'âge des moins de 40 ans. (Graphique 6).

Graphique 6 : Intervalle de confiance à 95 % de la prévalence de l'incontinence anale selon la classe d'âge pour la clientèle des gastro-entérologues.



Caractéristiques des fuites anales:

Les fuites anales de gaz touchent 39,8 % des patients, les fuites de selles liquides 12,4 % dont 2,2 % plus d'une fois par semaine, les fuites de selles solides 3,8 % dont 0,7 % de façon au moins hebdomadaire. (Tableau 5).

Tableau 5 : Fréquence des fuites anales.

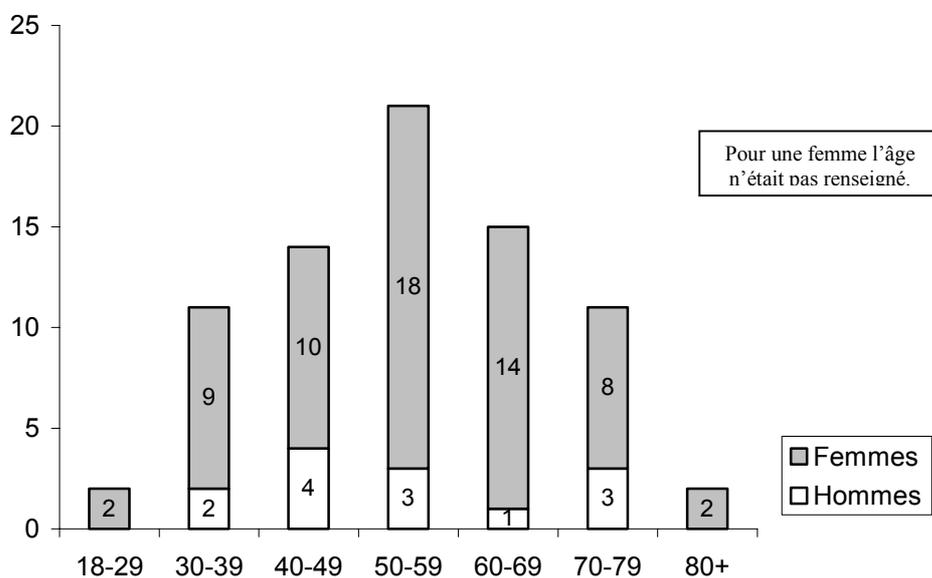
	jamais	< 1/mois	< 1/sem.	> 1/sem.	quotidien
de gaz	60,2%	15,1%	7,8%	10,4%	6,5%
de liquide	87,6%	8,6%	1,6%	1,7%	0,5%
de solide	96,2%	2,5%	0,6%	0,6%	0,1%

Caractéristiques des personnes présentant des troubles de la continence anale : (Tableau 6).

Les 77 personnes présentant des troubles de la continence anale (Score de Wexner ≥ 5) se répartissent en 64 femmes et 13 hommes, la répartition par âge est présentée dans le graphique 7. L'âge moyen des incontinents (54,6 ans) est significativement supérieur à l'âge moyen des personnes continentes (46,9 ans).

L'indice moyen de masse corporelle des incontinents est supérieur à celui des continents (24,7 pour 23,6).

Graphique 7 : Distribution des personnes incontinentes selon l'âge et le sexe.



Les trois quarts (74,0 %) des personnes incontinentes présentent au moins un antécédent chirurgical pour une proportion non significativement différente chez les continents (63,5 %), proportion qui reste équivalente quelque soit le type de chirurgie.

La proportion de patientes multipares (au moins 3 accouchements) est supérieure parmi les personnes incontinentes (34,0 % vs 22,0 %). De plus, le nombre moyen d'accouchements par

femme est supérieur chez les personnes incontinentes : 2,2 pour 1,7 chez les personnes continentes.

En ce qui concerne les traitements, la prise d'un traitement pour une maladie de la thyroïde est plus fréquente parmi les personnes incontinentes (18,4 % pour 7,1 %).

On observe parmi les troubles digestifs une fréquence supérieure chez les personnes incontinentes de difficulté régulière ou continue d'évacuation des selles (28,9 % vs 9,6 %), d'évacuation digitale régulière des selles (28,6 % vs 8,9 %) et d'utilisation régulière ou continue de laxatifs (19,5 % vs 9,7 %), par rapport aux personnes continentes. Plus de la moitié (51,4 %) des incontinents ne peuvent se retenir plus de 15 minutes lorsqu'ils ont envie d'aller à la selle et 12,7 % des incontinents prennent un médicament pour se constiper. Les fuites urinaires (de "moyennement" à "beaucoup") précédées d'un besoin urgent d'uriner ou à l'effort sont plus fréquentes parmi les personnes présentant des troubles de la continence anale : 39,5 % vs 10,9 % et 41,6 % vs 14,9 %.

Tableau 6 : Caractéristiques des continents et des incontinents.

	Continents	Incontinents	Test
	score de Wexner < 5	score de Wexner ≥ 5	
Sexe féminin n=835	83,5%	83,1%	
Age moyen n=825	46,9	54,6	*
Indice moyen de masse corporelle n=818	23,6	24,7	*
Antécédents chirurgicaux n=827	63,5%	74,0%	
chirurgie intestinale, rectale ou anale	23,8%	26,0%	
chirurgie vésicale	4,7%	7,8%	
chirurgie utérine	17,9%	24,7%	
Antécédents obstétricaux			
<i>Parmi les femmes</i> n=686			
nombre d'accouchement supérieur ou égal à trois	22,0%	34,0%	*
nombre moyen d'accouchement	1,7	2,2	*
<i>Parmi les femmes ayant accouché</i> n=570			
utilisation de forceps	22,9%	30,9%	
déchirure	35,7%	49,1%	
épisiotomie	54,3%	47,3%	
incontinence urinaire après un accouchement	23,8%	32,7%	
incontinence anale après un accouchement	2,9%	7,3%	
Traitement			
diabète	3,8%	6,5%	
maladie de la thyroïde	7,1%	18,4%	*
maladie digestive	25,9%	33,8%	
maladie neurologique	2,7%	3,9%	
dépression	9,9%	17,1%	
Troubles digestifs n=817			
utilisation régulière ou en continu de laxatifs	9,7%	19,5%	*
difficultés d'évacuation des selles régulière ou continue	9,6%	28,9%	*
fréquence des selles inférieure à une fois par semaine	1,9%	4,2%	
utilisation de lavements ou de suppositoires de façon régulière	3,0%	5,3%	
évacuation digitale des selles régulière	8,9%	28,6%	*
Troubles urinaires n=816			
fuites d'urine (moyennement ou beaucoup) précédées d'un besoin urgent d'uriner	10,9%	39,5%	*
fuites d'urine (moyennement ou beaucoup) à l'effort	14,9%	41,6%	*
<i>Parmi ceux qui ont des fuites urinaires</i> n=173			
utilisation de garnitures au moins de temps en temps	50,4%	57,9%	
existence d'un retentissement des fuites urinaires sur la qualité de vie	60,0%	71,1%	
nombre moyen de garnitures par jour	1,3	1,3	

* : différence significative statistiquement

Causes de l'incontinence anale d'après les patients:

Près de la moitié (45,2 %) des personnes incontinentes n'identifie aucune cause responsable de l'incontinence. La première cause identifiée par les patients est l'accouchement (11,3 %) suivie de la chirurgie (6,5 %) puis de la ménopause (3,2 %). Près du tiers des patients (33,9 %) identifie une autre cause responsable de l'incontinence : des troubles digestifs

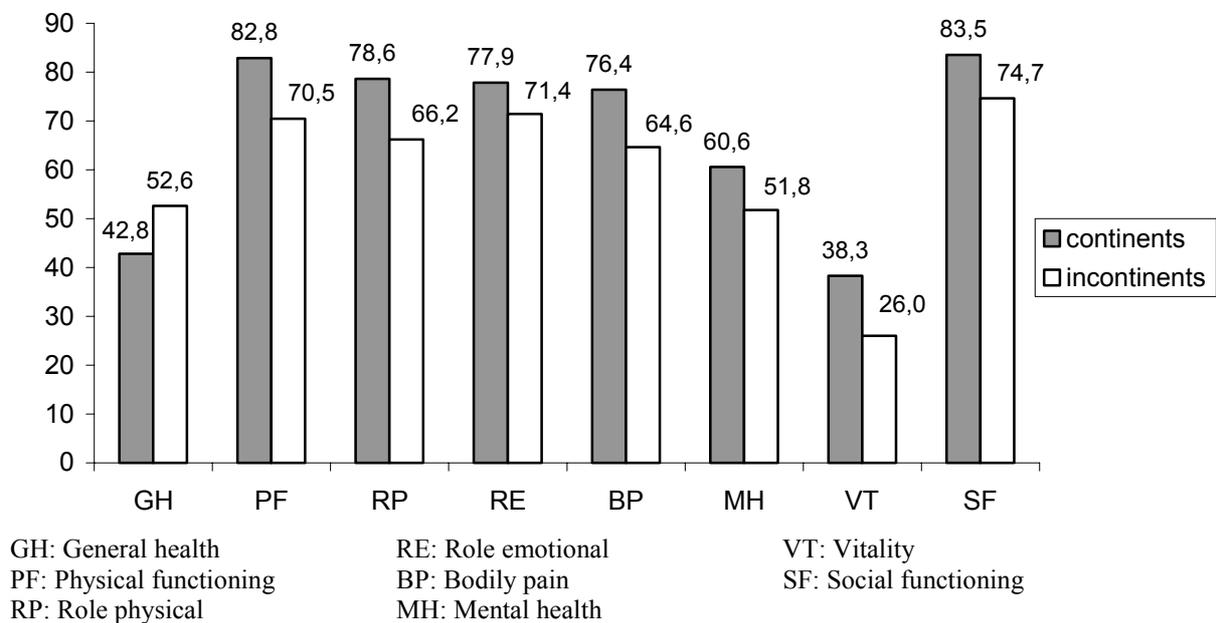
(ballonnement, constipation, météorisme, aérophagie, diarrhée), certains aliments (café, pruneaux), des pathologies digestives (colite ulcéro-hémorragique, hémorroïde, maladie de Crohn), la sclérose en plaque, le stress ou l'anxiété, des causes iatrogènes (radiothérapie, laxatifs).

Retentissement de l'incontinence anale sur la qualité de vie:

Pour plus de deux tiers (70,2 %) des personnes incontinentes, les fuites anales ont un retentissement sur leur qualité de vie. Un peu moins du tiers (29,5 %) estime que leur sexualité est affecté et plus de la moitié (54,5 %) doit porter des garnitures à cause de l'incontinence.

Les scores obtenus par les réponses au questionnaire SF-12® sont significativement moins élevés dans sept dimensions pour la population incontinente par rapport à la population continente. La dimension "general health" est par contre significativement plus élevée dans la population des incontinents par rapport aux continents : 42,8 pour 52,6. Les écarts entre les scores moyens s'échelonnent de 6,4 pour la catégorie "role emotional" à 12,4 pour les catégories "physical functioning" et "role physical". (Graphique 8).

Graphique 8 : Qualité de vie et score de Wexner.



Connaissance de l'incontinence anale par les médecins:

Sur l'ensemble des médecins gastro-entérologues, gynécologues obstétriciens et gynécologues médicaux, les problèmes de continence anale sont méconnus pour 84,8 % des personnes incontinentes. Les gastro-entérologues connaissent les problèmes de continence anale pour

15,2 % des personnes incontinentes et les gynécologues obstétriciens ou médicaux connaissent ces problèmes pour 15,0 % des personnes incontinentes.

Discussion

Prévalence

L'étude réalisée en population générale permet d'avoir une estimation de la prévalence de l'incontinence anale qui est globalement de 5,1% parmi la population adulte de la région Rhône-Alpes. Les taux de prévalence retrouvés dans chaque classe d'âge appliqués à la population générale de la région, conduisent à une estimation de 220.000 personnes souffrant de troubles de la continence anale (de 102.000 et 405.000 selon les estimations basses ou hautes).

Si les comparaisons avec les données de la littérature ne sont pas aisées du fait des différences de population (générale ou spécifiques telles résidents de maison de retraite, femmes en post-partum, patients diabétiques etc....) et surtout en raison de la définition de l'incontinence anale utilisée - incontinence anale (gaz, liquide, solide) ou fécale (liquide et solide), fréquence, quantité, impact sur la qualité, - ces chiffres apparaissent cohérents avec les données de la littérature et se situent dans la moyenne de celles-ci.

Parmi les diverses études publiées, la prévalence de l'incontinence anale varie entre 2,2 et 17% ^(2,9,10) et la prévalence de l'incontinence fécale qui exclut l'incontinence de gaz varie de 3,1 à 15 % ^(4,7,8,11,12). La seule étude commise en France retrouve une prévalence de l'incontinence anale de 11 % et de l'incontinence fécale de 6 % auprès d'une population de plus de 45 ans ⁽¹⁾. La prévalence de l'incontinence anale (score de Wexner ≥ 5) en Rhône-Alpes de 5,1 % [3,6-7,0] se situe ainsi dans l'intervalle des valeurs retrouvées dans les précédentes études.

La prévalence plus élevée de l'incontinence anale parmi les femmes (3 fois plus élevée dans le volet population générale de notre étude et 1,5 fois dans le volet patient) se retrouve dans plusieurs études. Ainsi pour Nelson⁽⁹⁾, le sexe féminin est associé à un odds ratio de 1,51 [1,10-2,11] et pour Denis P⁽¹⁾, l'incontinence anale est plus fréquente parmi les femmes en population générale de plus de 45 ans. En revanche, quelques études mettent en évidence une prévalence équivalente⁽⁷⁾ voire supérieure parmi les hommes⁽⁸⁾.

Plusieurs études mettent en évidence une prévalence plus forte de l'incontinence anale avec l'augmentation de l'âge notamment l'étude de Nelson ⁽⁹⁾ qui montre que l'âge supérieur à 65 ans est un facteur de risque avec un odds ratio de 3,9 [2,7-5,6]. Nos résultats évoquent également une élévation de la prévalence sur les tranches d'âges les plus élevées mais pas d'effet âge en deçà.

Parmi la clientèle des praticiens rhônalpins, les taux de prévalence sont équivalents chez les patientes de gynécologues et significativement supérieurs chez les patients et patientes de gastro-entérologues. Ces résultats apparaissent cohérents avec ceux du volet population générale, la patientèle des gynécologues (pour une part asymptomatique : consultation de suivi, prescription de contraception, suivi de grossesse,...) étant plus proche de la population générale féminine que la patientèle des gastro-entérologues majoritairement porteuse de pathologies et notamment de pathologies digestives.

Sources de biais

Pour définir l'incontinence anale, le score de Wexner a été retenu par les auteurs, du fait de son usage de plus en plus large, de sa simplicité, de sa sensibilité et de la gradation qu'il permet. La valeur seuil a ici été fixée à 5 pour accroître la spécificité du test en éliminant notamment toutes les situations de fuites anales isolées de gaz sans retentissement sur la qualité de vie. Ce choix peut cependant conduire à une baisse de la sensibilité et donc à une éventuelle sous-estimation de la prévalence des troubles de la continence anale de même que les quelques cas de réponses incomplètes aux questions du test de Wexner (attribution d'un score de 0 aux non-réponses et sous-cotation possible du score total).

Pour l'enquête population générale, le questionnaire auto-administré adressé par voie postale au domicile des personnes semble la méthode de recueil la plus adaptée pour ce type de thème mais elle présente plusieurs risques de biais.

Un risque de sous-estimation de la prévalence par l'exclusion des personnes les moins bien portantes (difficultés de réponse) et des personnes en établissement. On sait notamment que la prévalence de l'incontinence fécale est importante parmi la population des établissements d'accueil pour personnes âgées ^(1, 13).

Et un risque de surestimation par auto-sélection des personnes souffrant de troubles de la continence (plus grande motivation pour participer à l'étude). Ce risque est d'autant plus important que le taux de retour est faible. Le taux de 30% de notre étude, bien qu'habituel et conforme aux attentes pour ce type d'enquête anonyme sans relance, ne permet pas d'exclure cette possibilité de biais.

Cependant, la cohérence des résultats mentionnés ci-dessus, le profil des répondants (sexe, âge, type de commune de résidence) proche de la population générale (excepté pour les âges élevés), les résultats du test SF-12 similaires à ceux d'une population générale de référence, et

la fréquence équivalente à ce qui est retrouvé dans la littérature observée pour certaines variables (ex. : prise de traitement médicamenteux), plaident pour une bonne représentativité de l'échantillon de population obtenu.

Pour l'enquête auprès de la clientèle des médecins, la sélection aléatoire et la participation importante de ceux-ci (accord de participation pour plus de 2 médecins sur 3, notablement supérieur à ce qui est habituellement obtenu) permet d'envisager une bonne représentativité des praticiens rhônalpins. Le protocole d'inclusion des patients et le suivi rapproché des médecins participant ont limité les risques de sélection des patients.

Une pathologie sous estimée et mal connue

Bien qu'au vu de ces chiffres de prévalence, l'incontinence anale apparaisse comme un trouble fréquent dans la population générale et dans la clientèle des gastro-entérologues et des gynécologues, elle est largement méconnue de ces médecins, puisque moins d'un patient sur 6 porteurs de troubles est repéré. Ce constat soulève des questions restant à explorer sur les causes de cette mauvaise identification : gêne du patient, problème d'orientation du patient qui ne sait où s'adresser, méconnaissance ou sous-évaluation de cette pathologie par les praticiens, difficultés de ceux-ci pour aborder ces questions, méconnaissance des possibilités de prise en charge,...

De la même manière, les personnes incontinentes semblent peu connaître leur pathologie puisqu'une majorité d'entre elles (de près de la moitié en population générale à 70 % parmi la clientèle des gastro-entérologues et des gynécologues) n'identifie aucune cause à l'incontinence.

Ce problème de méconnaissance de l'incontinence anale se retrouve dans la littérature. Une étude australienne⁽⁷⁾ montre notamment que le médecin traitant n'a demandé que pour 14,6 % des patients incontinents s'ils souffraient d'incontinence anale, et dans l'étude de Johansson⁽⁸⁾, seulement un tiers des personnes atteintes d'incontinence fécale ont déjà évoqué ce problème avec un médecin.

Le retentissement sur la qualité de vie

Une perte de qualité de vie est très largement associée aux troubles de la continence anale par les personnes qui en souffrent. Ceci souligne l'impact de ces troubles qui s'oppose à une banalisation de cette pathologie.

Cette moindre qualité de vie est également objectivée par les scores moyens des huit dimensions du test SF-12[®] qui sont plus faibles parmi les personnes incontinentes par rapport aux personnes continentes dans la population générale. Parmi la clientèle des gastro-entérologues et des gynécologues le même phénomène s'observe avec une exception pour la catégorie santé générale pour laquelle le score est inférieur parmi les personnes continentes. Ceci peut s'expliquer par le fait que la population de la clientèle des médecins est composée de personnes malades qui ont un score de santé générale plus bas que celui de la population générale.

Cependant, il faut souligner que le score de qualité de vie obtenu par le SF-12[®] n'est pas directement mis en relation avec les troubles de la continence et que celui-ci peut également révéler le moins bon état de santé général des personnes qui souffrent d'incontinence.

Ces résultats se retrouvent dans une autre étude ⁽⁷⁾ qui montre que les sujets incontinents pensent être en plus mauvaise santé que les personnes continentes.

Les différents facteurs de risque identifiés dans la littérature.

Il convient d'interpréter avec prudence les différences de fréquence retrouvées pour les divers antécédents ou traitements entre les continents et les incontinents. En effet, l'étude n'a pas pour objectif de mettre en évidence les facteurs de risque de l'incontinence anale et nous pouvons seulement constater des différences de fréquence de certains antécédents ou traitements entre les populations porteuses ou non de troubles de la continence.

Des facteurs de risque ou des facteurs associés de l'incontinence anale sont identifiés dans la littérature et la présente étude retrouve une fréquence supérieure parmi les incontinents pour quelques uns d'entre eux.

Il en est ainsi de l'association avec les troubles de la continence urinaire⁽¹⁾ qui sont très fréquents parmi la population incontinente anale de notre étude. Alors que certains types de chirurgie sont associés à un risque d'incontinence fécale - sphinctérotomie anale, fistulectomie ⁽¹³⁾, chirurgie périanale ⁽⁷⁾ - nous retrouvons en population générale une fréquence accrue de chirurgie vésicale et utérine parmi la population incontinente.

Plusieurs médicaments sont reconnus comme étant des facteurs de risque de l'incontinence anale avec des mécanismes physiopathologiques variés. Les traitements pour maladies neurologiques et pour dépression sont plus fréquents chez les incontinents étudiés parmi la population générale de Rhône-Alpes. Divers troubles digestifs sont associés avec l'incontinence anale. Parmi la clientèle des gastro-entérologues et des gynécologues, la difficulté d'évacuation des selles régulière ou continue et l'utilisation régulière ou continue de

laxatifs plus fréquente chez les incontinents témoignent de problèmes de constipation. Enfin, le rôle des antécédents obstétricaux tels la multiparité et l'existence d'au moins un épisode d'incontinence anale post-partum sont évoqués par notre étude.

Conclusion

Cette étude de prévalence basée sur une enquête postale en population générale et une enquête auprès de patients de médecins gastro-entérologues et gynécologues permet d'apporter des éléments de réponses concernant les hypothèses à l'origine du projet de création d'un réseau :

- la prévalence des troubles de la continence anale est largement sous-estimée puisqu'elle concernerait à des degrés divers 5,1% de la population adulte (220.000 personnes en Rhône-Alpes) ;
- cette pathologie semble plus prévalente aux âges élevés mais est largement présente sur toutes les tranches d'âges de la population adulte ;
- ces troubles ont un retentissement important sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent ;
- malgré cela, ces patients évoquent très peu ces problèmes avec leurs médecins qui eux-mêmes repèrent peu cette pathologie ;
- il existe pour 4 personnes sur 10 une incontinence urinaire associée, traduisant une atteinte globale du périnée ;
- ces éléments évoquent un retard et un défaut de prise en charge de ces troubles.

On peut par ailleurs, souligner, l'excellente participation des praticiens à cette étude et l'intérêt que nombre d'entre eux ont fait montre pour celle-ci.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - Denis P, Bercoff E, Bizien M, Brocker P, Chassagne P, Lamouliatte H, et al. Etude de la prévalence de l'incontinence fécale chez l'adulte. *Gastroenterol Clin Biol* 1992; 16: 344-50.
- 2 - Lynch AC, Dobbs BR, Keating J, Frizelle FA. The prevalence of faecal incontinence and constipation in a general New Zealand population; a postal survey. *N Z Med J* 2001 Oct 26; 114(1142): 474-7.
- 3 - Walter S, Hallbook O, Gotthard R, Bergmark M, Sjodahl R. A population based study on bowel habits in a swedish community : prevalence of faecal incontinence and constipation. *Scan J Gastroenterol* 2002 Aug; 37(8): 911-6.
- 4 - Perry S, Shaw C, MacGrother C and col. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more loiving in the community. *Gut* 2002 Apr; 50(4): 480-4.
- 5 - Edwards NI, Jones D. The prevalence of faecal incontinence in older people living at home. *Age ageing* 2001 Nov; 30(6): 503-7.
- 6 - Francombe J, Carter PS, Hershman MJ. The aetiology and epidemiology of faecal incontinence. *Hosp Med* 2001 Sep; 62(9): 529-32.
- 7 - Kalantar JS, Howell S, Talley NJ. Prevalence of faecal incontinence and associated risk factors. *MJA* 2001 Jan; 176: 54-57.
- 8 - Johansson J, Lafferty J. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 33-6.
- 9 - Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community-based prevalence of anal incontinence. *Jama* 1995; 274(7): 559-61.
- 10 - Miguel, M, Rodriguez, JM, Ortiz, H, Yarnoz, MC, Marzo, J, Artieda, C (1999) "Prevalence of alterations in the defecatory function in the population of Navarra" *Anales Sistema Sanitario Navarra*; 22 : 17-24.
- 11 - Lam, TCF, Kennedy, ML, Chen, FC, Lubowski, DZ, Talley, NJ (1999) "Prevalence of faecal incontinence: obstetric and constipation-related risk factors; a population-based study" *Colorectal Dis*; 1: 197-203.
- 12 -Thompson, W, Irvine, E, Pare, P, Ferrazzi, S, Rance, L (2002) "Functional gastrointestinal disorders in Canada. First population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire" *Dig Dis Sci*; 47: 225-35.
- 13 - Richard L. Nelson. Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology* 2004; 126: S3-S7.
- 14 - Ware JE Jr, Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. How to score version 2 of the SF-12[®] health survey. Lincoln RI : Qualitymetric incorporated 2002, 267 p.
- 15 - Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77-97.

Annexe

Questionnaire utilisé pour l'enquête en population générale (volet 1)

Questionnaire à retourner à l'Observatoire Régional de la Santé dans l'enveloppe jointe

Ne rien inscrire

Partie I

Q.1 Quel est votre âge ?

/ _ /

Q.2 Quel est votre poids actuel (en kilos) ?

/ _ /

Q.3 Quelle est votre taille en centimètres (ex : 170 pour 1m70) ?.....

/ _ /

Q.4 Quel est votre sexe ? (**Cochez la bonne réponse**)

Féminin

Masculin

/ _ /

Partie II (Cochez la bonne réponse)

Q.5 Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

₁ Excellente ₂ Très bonne ₃ Bonne ₄ Médiocre ₅ Mauvaise

/ _ /

Q.6 En raison de votre état de santé **actuel**, êtes-vous limité pour :

des efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules ?

₁ Oui, beaucoup limité ₂ Oui, un peu limité ₃ Non, pas du tout limité

/ _ /

monter **plusieurs étages** par l'escalier ?

₁ Oui, beaucoup limité ₂ Oui, un peu limité ₃ Non, pas du tout limité

/ _ /

Q.7 Au cours de ces **4 dernières semaines**, et en raison de votre état **physique** :

avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

₁ Toujours ₂ La plupart du temps ₃ Souvent ₄ Parfois ₅ Jamais

/ _ /

avez-vous été limité pour faire certaines choses ?

₁ Toujours ₂ La plupart du temps ₃ Souvent ₄ Parfois ₅ Jamais

/ _ /

Q.8 Au cours de ces **4 dernières semaines**, et en raison de votre état **émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

₁ Toujours ₂ La plupart du temps ₃ Souvent ₄ Parfois ₅ Jamais

/ _ /

avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire **avec autant de soin et d'attention** que d'habitude

₁ Toujours ₂ La plupart du temps ₃ Souvent ₄ Parfois ₅ Jamais

/ _ /

Q.9 Au cours de ces **4 dernières semaines**, dans quelle mesure vos **douleurs physiques** vous ont -elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

₁ Pas du tout ₂ Un petit peu ₃ Moyennement ₄ Beaucoup ₅ Enormément

/ _ /

Q.10 Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces **4 dernières semaines**. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?

₁ Toujours ₂ La plupart du temps ₃ Souvent ₄ Parfois ₅ Jamais

/ _ /

y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?

₁ Toujours ₂ La plupart du temps ₃ Souvent ₄ Parfois ₅ Jamais

/ _ /

y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?

₁ Toujours ₂ La plupart du temps ₃ Souvent ₄ Parfois ₅ Jamais

/ _ /

Q.11 Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- ₁ Toujours ₂ La plupart du temps ₃ Souvent ₄ Parfois ₅ Jamais

Ne rien inscrire

/

Partie III : Antécédents (Cochez la bonne réponse)

Q.12 Au cours de votre vie, avez-vous déjà été opéré ?

- Oui (continuer à la question **Q.13**) Non (passer à la question **Q.16**)

/

Q.13 Avez-vous déjà été opéré au niveau de l'anus, du rectum ou de l'intestin ?

- Oui Non Si oui, précisez quelle(s) opération(s)

/

Q.14 Avez-vous déjà été opéré au niveau de la vessie ?

- Oui Non Si oui, précisez quelle(s) opération(s)

/

Q.15 Avez-vous déjà été opéré au niveau de l'utérus ?

- Oui Non Si oui, précisez quelle(s) opération(s)

/

Q.16 Prenez-vous un traitement pour les maladies suivantes ?

a. diabète Oui Non Ne sais pas

/

b. maladie de la thyroïde Oui Non Ne sais pas

/

c. maladie digestive Oui Non Ne sais pas

/

d. maladie neurologique Oui Non Ne sais pas

/

e. dépression Oui Non Ne sais pas

/

Si vous êtes une femme (les hommes ne remplissent pas les questions Q.17 à Q.24)

Q.17 Combien de fois avez-vous accouché (nombre total d'accouchements) ?

/

a. nombre d'accouchements par voie naturelle (par le vagin) ?

/

b. nombre d'accouchements par césarienne ?

/

c. Votre dernier accouchement date-t-il de moins de 6 mois ?

/

- Oui Non

Q.18 A-t-on utilisé les forceps ou une ventouse pour **au moins un** de vos accouchements ?

/

- Oui Non Ne sais pas

Q.19 Avez-vous eu une déchirure pour **au moins un** de vos accouchements ?

/

- Oui Non Ne sais pas

Q.20 Avez-vous eu une épisiotomie pour **au moins un** de vos accouchements ?

/

- Oui Non Ne sais pas

Q.21 Avez-vous eu des problèmes de pertes d'urines (incontinence) après un accouchement (même pendant une courte période) ?

/

- Oui Non Ne sais pas

Q.22 Avez-vous eu des problèmes de pertes de matières (selles ou gaz) après un accouchement (même pendant une courte période) ?

/

- Oui Non Ne sais pas

Q.23 Etes-vous ménopausée ?

/

- Oui Non

Q.24 Si oui, depuis quand (noter l'année) ?

/

Ne rien inscrire

Q.36 Les fuites anales ont-elles un retentissement sur votre sexualité ?

- (0) Non (3) Beaucoup
 (1) Légèrement (4) Considérablement
 (2) Un peu

/ ___ /

Q.37 Quelle est selon vous, la cause de votre incontinence ?

- (0) Chirurgie (3) Autre Préciser
- (1) Accouchements (4) Aucune cause identifiée
 (2) Ménopause

/ ___ /

Q.38 Prenez-vous des médicaments pour vous constiper (diminuer le nombre de selles) ?

- (0) Non (2) Oui

/ ___ /

Q.39 Quand vous avez envie d'aller à la selle, êtes-vous capable de vous retenir pendant plus de 15 minutes ?

- (0) Oui (4) Non

/ ___ /

Q.40 Avez-vous eu des fuites d'urines précédées d'un besoin urgent d'uriner ?

- (0) Pas du tout (2) Moyennement
 (1) Très légèrement (3) Beaucoup

/ ___ /

Q.41 Avez-vous eu des fuites d'urines à l'effort, lors d'activité physique, de la toux, de l'éternuement ?

- (0) Pas du tout (2) Moyennement
 (1) Très légèrement (3) Beaucoup

/ ___ /

Q.42 Avez-vous recours à des garnitures (protège-slips, serviettes, couches) en cas de pertes d'urines ?

- (0) Jamais (3) Régulièrement
 (1) Rarement (4) Tous les jours
 (2) De temps en temps

/ ___ /

Q.43 Combien utilisez-vous de garnitures par jour ?

/ ___ /

Q.44 Les fuites urinaires ont-elles un retentissement sur la qualité de votre vie ?

- (0) Non (3) Beaucoup
 (1) Légèrement (4) Considérablement
 (2) Un peu

/ ___ /

L'Observatoire Régional de la Santé vous remercie d'avoir rempli ce questionnaire, à renvoyer dans l'enveloppe pré-affranchie jointe.