



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RECOMMANDATION

Recommandations concernant l'incontinence urinaire de la personne âgée : construction et validation de l'algorithme décisionnel GRAPPPA



Guidelines concerning urinary incontinence in elderly:
Construction and validation of GRAPPPA algorithm

**G. Amarenco^{a,*}, X. Gamé^b, A.-C. Petit^c, B. Fatton^d,
C. Jeandel^e, G. Robain^f, C. Scheiber-Nogueira^g,
J.-M. Vetel^h, P. Mares^d, pour Groupe de recherche
appliquée à la pathologie pelvi-périnéale de la
personne âgée (GRAPPPA)**

^a Service de neuro-urologie, hôpital Tenon, AP-HP, GRC01 UPMC GREEN, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^b Département d'urologie, transplantation rénale et andrologie, CHU Rangueil, 31059 Toulouse, France

^c Centre de santé, 8, rue Neibecker, 93440 Dugny, France

^d Service de gynécologie, CHU de Nîmes, place R.-Debré, 30029 Nîmes cedex 9, France

^e Service de gériatrie, CHU de Montpellier, avenue Charles-Flahault, 34295 Montpellier cedex, France

^f Service de médecine physique et de réadaptation, hôpital Rothschild, Paris AP-HP, GRC01 UPMC GREEN, 75571 Paris cedex 12, France

^g 17, place de l'Europe, 69006 Lyon, France

^h Service de gériatrie, CH Le Mans, 194, avenue Rubillard, 72037 Le Mans cedex, France

Reçu le 8 novembre 2013 ; accepté le 28 novembre 2013

Disponible sur Internet le 1^{er} janvier 2014

MOTS CLÉS

Incontinence urinaire ;
Urgenturie ;

Résumé

Objectifs. – Définir des recommandations, sous forme d'un algorithme, pour l'évaluation pratique et le traitement de première ligne de l'incontinence urinaire de la personne âgée.

Méthodes. – Élaboration de recommandations de bonne pratique par consensus formalisé validé par un groupe de 40 experts puis par un groupe de lecture et d'analyse indépendant

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gerard.amarenco@tnn.aphp.fr (G. Amarenco).

Hyperactivité vésicale ;
Incontinence urinaire d'effort ;
Personne âgée ;
Algorithme ;
Gériatrie

multidisciplinaire (urologue, médecin généraliste, neurologue, gynécologue, gériatre, médecin de médecine physique et de réadaptation).

Résultats. — Après 3 tours d'interrogation du panel d'experts, l'algorithme GRAPPPA a pu être établi. Cet algorithme prend en considération tant l'évaluation que le traitement de première ligne des différents types d'incontinence urinaire observés dans cette population âgée (incontinence d'urgence, d'effort ou mixte). L'évaluation initiale doit dépister une rétention d'urine (et sa cause tel un fécalome, la prise d'anticholinergiques ou de morphiniques), une infection urinaire et des altérations cognitives. Une hématurie, des douleurs pelvi-vésicales, des antécédents de radiothérapie ou de chirurgie pelvienne récente doivent conduire à référer le patient à une équipe spécialisée. Le traitement de première ligne repose sur la rééducation périnéale, l'estrogénothérapie locale pour les femmes, les mesures hygiéno-diététiques. En cas d'incontinence sur urgence mictionnelle, les anticholinergiques peuvent être essayés.

Conclusion. — Le respect de cet algorithme devrait permettre une meilleure prise en charge pratique de l'incontinence urinaire de la personne âgée.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Urinary incontinence;
Urgency;
Overactive bladder;
Stress incontinence;
Elderly;
Algorithm

Summary

Objectives. — Provide guidelines presented as an algorithm for practical evaluation and first line therapy of urinary incontinence in elderly.

Patients and methods. — Guidelines using formalized consensus guidelines method. These guidelines have been validated by a group of 40 experts quoting proposals, subsequently reviewed by an independent group of multidisciplinary experts (urologist, general practitioner, neurologist, gynecologist, geriatrist, specialist in physical medicine and rehabilitation).

Results. — By means of 3 rounds of interrogation of the expert panel, GRAPPPA algorithm was constructed. This algorithm take in account both evaluation and first line therapeutic options in the different type of incontinences observed in this population (urge, stress and mixed incontinence). Initial evaluation consists to track down urinary retention (and subsequently fecal stool impaction, use of anticholinergic or morphinic drugs), urinary tract infection and cognitive impairment. Haematuria, bladder-pelvic pain, history of radiotherapy or recent pelvic surgery, lead to refer the patient to a specialized unit. First line therapy is in all the cases pelvic floor training, use of local oestrogenotherapy and dietetic measures. In urge incontinence, anticholinergic drugs may be used.

Conclusions. — Implementation of this algorithm may promote best practice in management of urinary incontinence in elderly.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'incontinence urinaire, définie par l'International Continence Society (ICS) comme une perte involontaire d'urine [1], est un symptôme d'une grande fréquence tout particulièrement chez la personne âgée où elle touche au moins 20% de cette population [2]. Ces troubles ont des conséquences physiques nombreuses telles des lésions cutanées, des infections urinaires ou encore le risque de chutes [3]. Ils impactent aussi significativement la qualité de vie des personnes qui en souffrent [3]. L'incontinence urinaire est aussi un fardeau important tant sociétal que pour le personnel de soins ou l'entourage [4,5] (dépendance, contraintes, institutionnalisation, coût de la santé). Pourtant ces troubles ne sont pas toujours pris en charge [6] ou pas toujours, quand c'est le cas, de manière optimale. Des recommandations existent pourtant notamment établies chez la femme [7,8]. Des recommandations spécifiques sur la personne âgée incontinente ont aussi été publiées [9–12] et présentées sous forme d'algorithmes décisionnels (ICI, EAU). Mais ces recommandations et algorithmes ne sont que le reflet de consensus d'experts sans validation formelle et nous

ne disposons ainsi à l'heure actuelle, d'aucun algorithme spécifique validé concernant l'évaluation et la stratégie thérapeutique à adopter pour ces patients âgés. C'était le but de ce travail que de construire et de valider un tel outil.

Matériel et méthodes

Dans le but d'établir des recommandations et de les formaliser sous la forme d'un algorithme décisionnel, un groupe de travail indépendant multidisciplinaire (GRAPPPA, Groupe de recherche appliquée à la pathologie pelvi-périnéale de la personne âgée, <http://grapppa.jimdo.com>) a été constitué.

En raison de l'absence ou de l'insuffisance de littérature de fort niveau de preuve répondant spécifiquement aux questions d'évaluation de l'incontinence urinaire de la personne âgée, l'élaboration de recommandations de bonne pratique par la méthode de recommandations pour la pratique clinique (RPC) n'a pas été utilisée et la méthode de recommandations par consensus formalisé (RCF) a donc été nécessaire. Cette méthode a l'avantage d'identifier le degré d'accord, de désaccord ou d'indécision entre experts sur

plusieurs propositions qui leur sont soumises de manière indépendante. La procédure utilisée a été celle publiée en 2010 par la Haute Autorité de Santé [13].

La première étape de la méthode Delphi utilisée pour la mise au point de cet algorithme, a été de générer, à partir d'une analyse des données bibliographiques et d'une discussion relative aux pratiques existantes, des propositions de recommandations. À cette étape du groupe expert initial, ces propositions ont été structurées et regroupées dans une arborescence décisionnelle (algorithme) afin d'obtenir une pré-version ouverte à la critique et à toute modification de fond et de forme.

La revue systématique de la littérature a été effectuée sur PubMed à partir des mots clés suivants : *urinary incontinence, elderly, female, male, algorithm, frail elderly, consensus*. Par une sélection MESH ((« Frail Elderly » [Mesh]) AND) AND « Urinary Incontinence » [Mesh]), 94 articles ont été individualisés et cinquante-trois articles ont été retenus. Vingt-deux algorithmes ont été analysés. La recherche s'est limitée aux articles publiés en anglais et en français. L'analyse des articles a porté sur le consensus d'évaluation et de première ligne thérapeutique, et sur l'existence d'un algorithme décisionnel.

Afin d'être exhaustif, complétant l'analyse bibliographique, une recherche Google a de principe été menée afin de chercher des algorithmes spécifiques portant sur l'incontinence de la personne âgée qui n'auraient pas été publiés/indexés PubMed/Medline et élaborés par des structures gouvernementales (autorités de santé) ou non (sociétés savantes, structures hospitalières, groupes de travail interdisciplinaires, industrie pharmaceutique). Ces algorithmes étaient présentés en réunion pour avis sur leur organisation générale et sur les nœuds décisionnels.

Le groupe initial était composé de 8 membres (1 urologue, 2 gynécologues, 2 gériatres, 1 neurologue, 1 médecin de médecine physique, 1 médecin généraliste), tous impliqués dans la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme âgée. Cette version initiale de recommandations issue de la littérature a été proposée à un premier tour de cotations par voie électronique à un panel de 50 experts multidisciplinaires reconnus dans l'évaluation et la prise en charge des troubles urinaires notamment de la personne âgée.

Quarante-quatre questions ont été générées représentant, pour l'essentiel, les nœuds décisionnels de l'algorithme initial.

Chaque membre de ce panel devait coter chaque proposition avec une note de 1 à 9, 1 correspondant à une proposition totalement inappropriée, 9 à une proposition totalement appropriée, 5 à une indécision. Pour chaque proposition il était possible d'y adjoindre des commentaires pour préciser ou nuancer la réponse. Une première analyse et synthèse des réponses a été faite par les experts du groupe initial. La recommandation était acceptée en cas d'accord fort du panel (médiane de cotations supérieure ou égale à 7 et cotations comprises entre 7 et 9). Les questions restant sans consensus ont fait l'objet d'un deuxième « round » d'interrogation du panel après que le groupe expert se soit réuni pour discuter les points équivoques ou inappropriés et les propositions du panel d'experts interrogés afin de modifier la formulation des questions litigieuses et d'en retirer certaines. Au cours de ce deuxième round,

les membres du panel étaient toujours invités à expliciter les réponses aux questions par un commentaire libre explicite.

À l'issue de ce deuxième tour, le groupe de cotation s'est alors réuni une troisième fois afin d'arbitrer les derniers points consensuels ou équivoques et d'élaborer l'algorithme définitif en fonction des réponses obtenues.

Résultats

Sur les 50 praticiens individualisés dans le champ de la pelvopérinéologie ayant une expertise particulière en matière d'évaluation et de prise en charge de l'incontinence urinaire de la personne âgée, 39 réponses ont été obtenues, soit 78%.

L'ensemble du questionnaire, soit 44 questions, a été renseigné, sans aucune donnée manquante (pour 2 des experts ayant omis de scorer respectivement 1 et 2 questions, une sollicitation complémentaire par e-mail a permis d'obtenir l'exhaustivité des réponses).

Sur les 44 questions, d'emblée 33 ont permis d'obtenir des réponses consensuelles, les 11 restantes étant scorées de 4 à 6.

Le consensus obtenu initialement portait sur les points suivants :

- la réalisation d'un catalogue mictionnel est indispensable dans l'évaluation et la stratégie thérapeutique de l'incontinence urinaire de la personne âgée ;
- la recherche d'un résidu post-mictionnel est indispensable dans l'évaluation et la stratégie thérapeutique de l'incontinence urinaire de la personne âgée ;
- la recherche d'un résidu post-mictionnel peut se faire par échographie, bladder scanner ou cathétérisme transurétral (aller-retour) ;
- le seuil de résidu post-mictionnel significatif est ≥ 100 mL ;
- la constatation d'un résidu post-mictionnel implique de rechercher un fécalome (et l'évacuer), un traitement anticholinergique ou morphinique (et l'arrêter) ;
- la recherche d'une infection urinaire est systématique dans l'évaluation et la stratégie thérapeutique de l'incontinence urinaire de la personne âgée ;
- la réalisation d'une bandelette urinaire peut suffire dans le dépistage et elle est complétée par un ECBU en cas de positivité ;
- le traitement d'une éventuelle infection urinaire est systématique dans le traitement de l'incontinence urinaire de la personne âgée ;
- La réalisation d'une endoscopie urinaire n'est pas systématique dans l'évaluation et la stratégie thérapeutique de l'incontinence urinaire de la personne âgée ;
- douleurs pelvi-vésicales, antécédents de radiothérapie, de chirurgie pelvienne récente ou la présence d'une hématurie macroscopique, conduisent à systématiquement référer la personne âgée avec incontinence urinaire ;
- l'appréciation des fonctions cognitives du patient est indispensable dans l'évaluation et la stratégie thérapeutique de l'incontinence urinaire de la personne âgée ;
- l'appréciation des fonctions cognitives peut se faire auprès du patient lui-même éventuellement aidée par des

tests spécifiques (Mini Mental Status [MMS] par exemple) ou par interrogatoire de son entourage ;

- la détermination de la typologie de l'incontinence (incontinence sur urgence mictionnelle, incontinence liée à l'effort, incontinence mixte) est indispensable dans l'évaluation et la stratégie thérapeutique de l'incontinence urinaire de la personne âgée ;
- le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort de la personne âgée repose en première ligne sur l'estrogénothérapie locale et la rééducation périnéale (cette dernière en l'absence de troubles cognitifs importants) ;
- le traitement de l'incontinence urinaire par urgence mictionnelle repose en première ligne sur l'estrogénothérapie locale, la rééducation périnéale (en l'absence de troubles cognitifs importants), les mesures hygiéno-diététiques ;
- devant une incontinence urinaire sur urgence mictionnelle et en cas d'échec du traitement de première ligne, un traitement anticholinergique peut être proposé (en l'absence de troubles cognitifs importants).

Les points équivoques ont fait l'objet de 4 questions spécifiques (par regroupement des 11 restantes scorées de 4 à 6) :

- la durée d'un catalogue mictionnel est d'au moins 3 jours ;
- l'incontinence urinaire peut être soit constatée, soit rapportée par le patient ou l'entourage pour être prise en compte dans son évaluation et son traitement ;
- le patient doit être systématiquement référé dans un centre spécialisé s'il s'agit d'un homme ;
- le patient doit être systématiquement référé dans un centre spécialisé si le résidu est > 200 mL.

Le consensus obtenu portait sur les points suivants :

- l'algorithme (évaluatif et thérapeutique) peut être décliné que l'incontinence soit déclarée par le patient, l'entourage ou le personnel de soins éventuel ;
- le patient homme doit être référé après que la première partie de l'algorithme ait été décliné (recherche et traitement d'un fécalome, d'une infection urinaire, ...) ;
- la durée d'un catalogue mictionnel est idéalement de 3 jours mais mieux vaut un catalogue exhaustif sur 1 ou 2 jours qu'un catalogue mal rempli sur 3 jours ;
- le patient doit être référé si le résidu est > 200 mL.

Par la recherche Medline/PubMed et Google, aucun algorithme publié en français n'a été retrouvé. Aucune société savante francophone (SIFUD-PP, AFU, CNGOF) n'a édictée de recommandations spécifiques sous forme d'algorithme décisionnel concernant l'incontinence urinaire de la personne âgée. Un guide de bonne pratique des soins en Ehpad sous l'égide de la Société française de gériatrie et de gérontologie a été rendu public en 2007 avec un algorithme décisionnel particulier sur l'incontinence destiné spécifiquement aux équipes soignantes [14]. Des recommandations sous forme algorithmique (non publiées) ont été effectuées par la Hong Kong Continence Society [15] ainsi que par un collectif inter-sociétés savantes à Singapour (Management of urinary incontinence Clinical practice guidelines) [16]. Les recommandations publiées sans arbre de décision algorithmique et sans processus de validation restent aussi peu nombreuses [9]. Les algorithmes décisionnels publiés sur la

prise en charge de l'incontinence urinaire de la personne âgée sont au nombre de 3 [10–12].

L'algorithme final GRAPPA est présenté en annexe (Fig. 1).

Discussion

L'incontinence urinaire de la personne âgée est un problème de santé publique en raison de la fréquence de ce trouble, de la contrainte de soins qu'il impose parfois et des effets sociaux auxquels il peut conduire (institutionnalisation).

La fréquence habituellement rapportée est d'au moins 20% [2,17] en sachant qu'elle est bien probablement sous-estimée [18].

Sur le plan physiopathologique, les mécanismes sont nombreux, impliquant soit la vessie elle-même (hyperactivité du détrusor, trouble sensitif), soit les structures uréthro sphinctériennes de continence (incompétence sphinctérienne, dysréflexie urétrale, hyper mobilité urétrale).

Les facteurs étiopathogéniques sont souvent sommés chez la personne âgée avec dans nombre de cas un substratum neurogénique qu'il s'agisse d'une atteinte centrale, périphérique ou végétative, d'éléments purement mécaniques (hypertrophie prostatique, prolapsus), hormonaux (carence estrogénique), humoraux et tissulaires (modification des récepteurs et de la modulation des neurotransmetteurs). Le vieillissement physiologique de l'appareil vésicosphinctérien notamment structurel (modifications collagéniques détrusorienne) et l'intervention de facteurs cognitifs (sénescence cérébrale, détérioration, processus focaux) ou psycho-comportementaux (dépression, anxiété, angoisse, difficultés d'adaptation socio-environnementale) complexifient encore l'analyse des troubles et multiplient les cibles thérapeutiques potentielles.

Pour autant les réponses en termes de stratégies évaluatives et de thérapies, au moins de première ligne, doivent être modélisées de manière simple et non invasives en raison des contraintes induites par la sénescence globale, rendant plus limitées les différentes options thérapeutiques qu'elles soient médicales, rééducatives ou chirurgicales.

Des recommandations ont ainsi été édictées concernant l'incontinence urinaire de la personne âgée [9–12] par diverses sociétés savantes et présentées sous forme d'algorithme décisionnel. Mais ces recommandations n'ont fait l'objet que d'un consensus d'experts sans validation formelle. Notre étude permet une telle validation après l'utilisation d'une méthode Delphi [19]. Nous avons pu obtenir un consensus après 3 tours d'interrogation du panel d'experts. Cet algorithme prend en considération tout à la fois l'évaluation et le traitement de première ligne des différents types d'incontinences observées dans cette population qu'il s'agisse d'incontinence d'urgence dans le cadre d'un syndrome clinique d'hyperactivité vésicale, d'incontinence urinaire à l'effort ou d'incontinence mixte.

La première étape de cet algorithme concerne l'évaluation initiale qui a pour but de dépister certaines causes immédiatement curables d'incontinence urinaire telle une rétention d'urine (et sa cause comme un fécalome, la prise d'anticholinergiques ou de morphiniques) ou une infection urinaire. Une hématurie, des douleurs pelvi-vésicales, des antécédents de radiothérapie ou de

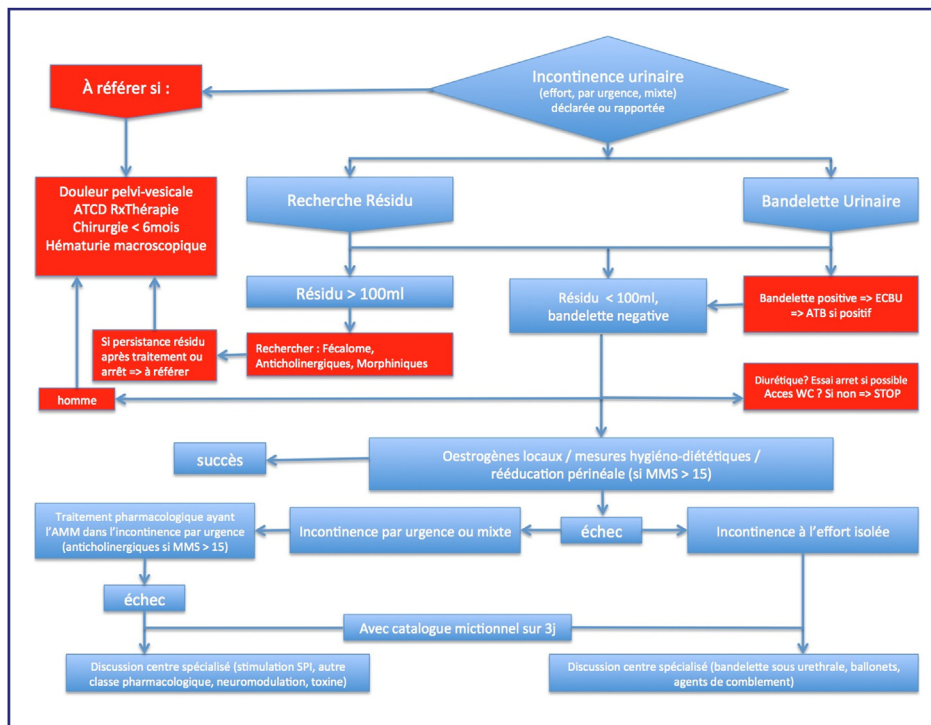


Figure 1. Algorithme GRAPPPA.

chirurgie pelvienne récente conduit à référer le patient à une équipe spécialisée.

Le traitement de première ligne repose dans tous les cas, quel que soit le type d'incontinence, sur la rééducation périnéale si celle-ci est possible c'est-à-dire en l'absence de troubles cognitifs importants tel un MMS > 15, associée à des mesures hygiéno-diététiques et à une estrogénothérapie locale chez la femme.

Si l'algorithme GRAPPPA ne décline pas les différentes modalités de la rééducation périnéale chez la personne âgée ni le contenu ou les spécificités éventuelles des mesures hygiéno-diététiques à adopter chez la personne âgée, il semble néanmoins qu'il n'y ait peu de différence dans les modalités d'application de la rééducation périnéale chez la personne âgée en comparaison avec les femmes jeunes [20]. Cependant, la prise en compte de la trophicité locale peut nécessiter un traitement estrogénique préalable avant le début d'une rééducation par biofeedback par voie endocavitaire pour éviter douleur et partant une acceptation du traitement diminuée. De même, en cas de biofeedback, des électrodes de surface plutôt que des sondes endovaginales ou endorectales peuvent être privilégiés ce d'autant que l'on connaît la synergie de fonctionnement des muscles du plancher pelvien. Enfin, il ne semble pas que le facteur âge puisse intervenir dans le résultat de la rééducation périnéale [21].

Les mesures hygiéno-diététiques n'ont pas non plus de spécificité chez la personne âgée.

Dans cette population, on est souvent moins fréquemment confronté au risque d'hyperdiurèse (au contraire), ni à l'abus de certaines substances potentiellement irritantes ou réflexogènes pour l'équilibre vésical (soda, café, alcool). En revanche, la personne âgée peut partager avec la population plus jeune les mêmes types de recommandations (perte

de poids) et parfois même d'une manière plus aiguë (traitement de la constipation si fréquente dans cette tranche d'âge éventuellement associée à l'incontinence).

En cas d'échec de ce traitement dans le cadre d'incontinence sur urgence mictionnelle, les anticholinergiques peuvent être essayés, là encore en l'absence de troubles cognitifs importants. La prescription d'anticholinergiques chez le sujet âgé peut être très efficace pour améliorer le syndrome clinique d'hyperactivité vésicale [22,23]. Mais ces substances peuvent aussi induire des effets secondaires parfois très délétères à cet âge [23]. Ces effets secondaires sont le fait d'une action atropinique périphérique à type de constipation, de sécheresse de la bouche, de flou visuel. Ces effets sont de plus à même de potentialiser des dysfonctionnements d'autres origines déjà observés chez la personne âgée. Ainsi, la constipation est très fréquente et multifactorielle (régime alimentaire peu souvent équilibré, hypo-hydratation, diminution de l'activité physique, prise d'autres médicaments parasympholytiques), de même que l'hyposialie ou les troubles visuels avec le risque de décompensation d'un glaucome à angle fermé. Les anomalies de la conduction cardiaque sont un autre problème et peuvent constituer une vraie contre-indication. Mais l'effet secondaire le plus fréquent est l'apparition ou la majoration de troubles cognitifs [24,25], les médications anticholinergiques impactant négativement la mémoire et plus généralement les fonctions cognitives [26–28]. C'est dire qu'avant toute prescription d'anticholinergiques pour un syndrome clinique d'hyperactivité vésicale chez le sujet âgé, il convient, d'une part, de vérifier l'absence de contre-indications (notamment cardiovasculaires et cognitives), d'autre part, de vérifier l'absence de prise simultanée d'anticholinergiques à visée non vésicale, et enfin d'établir

une surveillance stricte (notamment cognitive) et de privilégier les médications réputées les moins pourvoyeuses d'effets secondaires cérébraux. Une méta-analyse [29] et des travaux récents suggère l'efficacité et la bonne tolérance dans cette population âgée du tropsium chlorure en raison de sa faible liposolubilité et de son absence de passage de la barrière hématoencéphalique [30].

Si ce traitement anticholinergique de première ligne échoue, le patient doit alors être référé à un centre spécialisé avec un catalogue mictionnel sur 3 jours pour discuter d'autres stratégies thérapeutiques (neuromodulation, toxine botulique, beta3agonistes en cas d'incontinence sur urgence; chirurgie de type soutènement sous-urétral, ballonnet ou agent de comblement en cas d'incontinence à l'effort).

Notre algorithme diffère quelque peu des algorithmes publiés.

Concernant l'évaluation initiale, notre algorithme est volontairement plus simple que ceux de l'ICI ou de l'EAU. Volontairement, des impasses diagnostiques ont ainsi été réalisées car semblant peu réalistes en pratique quotidienne en dehors de centres spécialisés (recherche de fistule, catalogue mictionnel exhaustif sur 3 jours) ou d'items redondants pris en compte dans d'autres évaluations (prolapsus grade 3 intervenant en fait dans la genèse d'une rétention urinaire).

Concernant la stratégie thérapeutique, là encore nous avons tenté un effort de simplification pragmatique, validée par le panel d'experts. C'est ainsi que pour le traitement de première ligne, nous n'avons pas discriminé le type d'incontinence et proposé quelle que soit la typologie du trouble, un traitement indifférencié comportant des mesures hygiénodététiques, de la rééducation périnéale et une oestrogénothérapie locale, de nombreuses publications ayant démontré l'effet de ces traitements quel que soit le type d'incontinence. Nous n'avons pas non plus proposé de traitement alpha-bloquant compte tenu de leur risque potentiel d'utilisation chez le sujet âgé et sur des données d'efficacité pauvres [10].

Conclusion

Nous disposons avec l'algorithme GRAPPPA d'un outil simple et validé d'évaluation et de traitement de première ligne de l'incontinence urinaire de la personne âgée.

Groupe expert

Berrol Juan, Bosio Le Goux Brigitte, Christophe Roth, Conquy Sophie, Damphousse Mireille, Daraï Emile, De Seze Marianne, Deffieux Xavier, Dompeyre Philippe, Even Alexia, Faltin Daniel, Giaccardi Yvette, Giraudet Geraldine, Godard Anne Laure, Grise Philippe, Guinet Amandine, Jacquelin Bernard, Jousse Marylene, Kerdraon Jacques, Lagoidet Jean Pierre, Le Breton Frederique, Le Normand Loïc, Lisy Anne Marie, Loche Catherine, Manunta Andrea, Marit Ducamp Elisabeth, Passadori Yves, Peyrat Laurence, Robain Gilberte, Ruffion Alain, Saussine Christian, Seux Marie Laure, Thubert Thibaut, Verollet Delphine, Wolf Nicolas, Zimmern Philippe.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Abrams P, Cardozo L, Fall M. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167–78.
- [2] Collerton J, Davies K, Jagger C. Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *BMJ* 2009;339:b4904.
- [3] Norton P, MacDonald L, Sedgwick P, Stanton SL. Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency and urgency in women. *BMJ* 1988;297:1187–9.
- [4] Thom D, Haan M, Van den Eeden S. Medically recognized urinary incontinence and risks of hospitalization, nursing home admission and mortality. *Age Ageing* 1997;26:367–74.
- [5] Department of Health. The national service framework for older people. Department of Health; 2001, www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/publicationsPolicyAndGuidance/DH_4003066.
- [6] Wagg A, Potter J, Peel P, Irwin P, Lowe D, Pearson M. National audit of continence care for older people: management of urinary incontinence. *Age Ageing* 2008;37:39–44.
- [7] Hermieu JF, Denys P, Fritel X. [Critical review of guidelines for female urinary incontinence diagnosis and treatment]. *Prog Urol* 2012;22:636–43.
- [8] Hermieu JF, Conquy S, Leriche B, Debodinance P, Delorme E, Boccon Gibod L, et al. Synthesis of the guidelines for the treatment of non-neurological urinary incontinence in women. *Prog Urol* 2010;20(Suppl. 2):S94–9.
- [9] DuBeau C, Kuchel G, Johnson T, Palmer M, Wagg A. Incontinence in the Frail Elderly: report From the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodynam* 2010;29:165–78.
- [10] Thuroff J, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple C, Drake M, et al. EAU guidelines on urinary incontinence. *Europ Urol* 2011;387–400.
- [11] Bettez M, Le Mai T, Carlson K, Corcos J, Gajewski J, Jolivet M, et al. 2012 Update: Guidelines for Adult Urinary Incontinence Collaborative Consensus Document for the Canadian Urological Association. *Can Urol Assoc J* 2012;6:354–63.
- [12] Nishizawa O, Ishizuka O, Okamura K, Gotoh M, Hasegawa T, Hirao T. Guidelines for management of urinary incontinence. *Int J Urol* 2008;15:857–74.
- [13] HAS. Élaboration de recommandations de bonne pratique: méthode «Recommandations par consensus formalisé»; 2010.
- [14] Guide de bonne pratique des soins en EHPAD (<http://www.sfgg.fr/wp-content/uploads/2009/11/Guide-de-bonnes-pratiques-de-soins-en-EHPAD1.pdf>).
- [15] Clinical Guidelines on Geriatric Urinary Incontinence, http://www.hkcs.hk/member/Clinical_guidelines_geriUI.pdf
- [16] Management of urinary incontinence. Clinical practice guidelines. http://www.sfcs.org.sg/medi_page/site_web_sfcs_images/sfcs_pub.cpg.pdf
- [17] Perry S, Shaw C, Assassa P, Dallosso H, Williams K, Brittaion KR, et al. An epidemiological study to establish the prevalence of urinary symptoms and felt need in the community: the Leicestershire MRC Incontinence Study. *J Public Health Med* 2000;22:427–34.
- [18] Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C, Allan R. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Fam Pract* 2001;18:48–52.

- [19] Jones J, Hunter D. Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995;311:376–80.
- [20] Perrin L, Dauphinée S, Corcos J, Hanley J, Kuchel G. Pelvic floor muscle training with biofeedback and bladder training in elderly women: a feasibility study. *J. Wound Ostomy Continence Nurs* 2005;32:186–99.
- [21] Betschart C, Mol SE, Lütolf-Keller B, Fink D, Perucchini D, Scheiner D. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence: a comparison of outcomes in premenopausal versus postmenopausal women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2013;19:219–24.
- [22] Natalin R, Lorenzetti F, Dambros M. Management of OAB in those over age 65. *Curr Urol Rep* 2013;14:379–85.
- [23] Wagg A. Antimuscarinic treatment in overactive bladder: special considerations in elderly patients. *Drugs Aging* 2012;29:539–48.
- [24] Drinka P. Antimuscarinic drugs for overactive bladder and their potential effects on cognitive function in older patients. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:1004–5.
- [25] Geller E, Crane A, Wells E, Robinson B, Jannelli M, Khandelwal C, et al. Effect of anticholinergic use for the treatment of overactive bladder on cognitive function in postmenopausal women. *Clin Drug Investig* 2012;32:697–705.
- [26] Nishiyama K, Sugishita M, Kurisaki H, Sakuta M. Reversible memory disturbance and intelligence impairment induced by long-term anticholinergic therapy. *Intern Med* 1998;37:514–8.
- [27] Lechevallier-Michel N, Molimard M, Dartigues JF, Fabrigoule C, Fourrier-Réglat A. Drugs with anticholinergic properties and cognitive performance in the elderly: results from the PAQUID Study. *Br J Clin Pharmacol* 2005;59:143–51.
- [28] Fox C, Richardson K, Maidment I, Savva G, Matthews FE, Smithard D, et al. Anticholinergic medication use and cognitive impairment in the older population: the medical research council cognitive function and ageing study. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1477–83.
- [29] Buser N, Ivic S, Kessler T, Kessels A, Bachmann L. Efficacy and adverse events of antimuscarinics for treating overactive bladder: network meta-analyses. *Eur Urol* 2012;62:1040–60.
- [30] Sand P, Johnson L, Rovner E, Ellsworth P, Oefelein M, Staskin D. Trosipium chloride once-daily extended release is efficacious and tolerated in elderly subjects (aged ≥ 75 years) with overactive bladder syndrome. *BJU Int* 2011;107:612–20.