



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

# Prévalence et prise en charge initiale de l'hyperactivité vésicale en France : une étude transversale



*Prevalence and initial management of overactive bladder in France: A cross-sectional study*

J.-N. Cornu<sup>a,\*</sup>, G. Amarengo<sup>b,c</sup>, F. Bruyere<sup>d</sup>,  
E. Chartier-Kastler<sup>e</sup>, B. Fatton<sup>f</sup>, P. Grise<sup>a</sup>,  
F. Haab<sup>g</sup>, R. Bourouina<sup>h</sup>

<sup>a</sup> Chirurgie urologique, université de Rouen, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

<sup>b</sup> Sorbonne universités, UPMC université Paris 06, GRC 01, GREEN, Group of Clinical Research in Neuro-Urology, 75005 Paris, France

<sup>c</sup> Service de neuro-urologie et d'explorations périnéales, hôpital Tenon, AP-HP, 75020 Paris, France

<sup>d</sup> Chirurgie urologique, CHRU Le Bretonneau, 2, boulevard Tonnelé, 37000 Tours, France

<sup>e</sup> Faculté de médecine Pierre-et-Marie-Curie, Paris 6, hôpital universitaire Pitié-Salpêtrière, AP-HP, 83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

<sup>f</sup> Gynécologie/obstétrique, CHU Caremeau, 4, rue Professeur-Robert-Debré, 30029 Nîmes, France

<sup>g</sup> Centre urologie Paris Opéra, 75009 Paris, France

<sup>h</sup> Astellas Pharma, 26, quai Michelet, CS 90067, 92309 Levallois-Perret cedex, France

Reçu le 23 février 2016 ; accepté le 1<sup>er</sup> avril 2016

Disponible sur Internet le 20 avril 2016

## MOTS CLÉS

Hyperactivité vésicale ;  
Traitement ;  
Anticholinergiques

## Résumé

**Objectifs.** – Déterminer la prévalence de l'hyperactivité vésicale (HAV) en France et obtenir des données sur le parcours de soin initial des patients atteints d'HAV.

**Matériels et méthodes.** – Un questionnaire comportant 41 questions a été envoyé à 12 000 patients représentatifs de la population française, comportant des renseignements sur

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jeannicolas.cornu@gmail.com](mailto:jeannicolas.cornu@gmail.com) (J.-N. Cornu).

les données socio-démographiques, les antécédents médicaux, le score Profil de Symptômes Urinaires, la gêne, l'historique des symptômes, les recours aux soins et les traitements reçus. Le critère d'évaluation principal (définissant une HAV) était la présence d'urgentes au moins plusieurs fois par semaine, ou un traitement contre l'HAV. Les facteurs associés à l'HAV ont été étudiés par analyse uni- et multivariée.

**Résultats.** — Sur les 8842 questionnaires analysés, 14,4% des patients souffraient d'HAV. La prévalence de l'HAV était plus marquée chez les femmes, et augmentait avec l'âge. Les facteurs associés étaient : obésité, colopathie fonctionnelle, infection urinaire, énurésie dans l'enfance, constipation, anxiété/dépression, maladies neurologiques et pathologie rachidienne, apnée du sommeil, asthme, bronchite chronique, diabète et hypertension artérielle. Seuls 34,6% des patients atteints d'HAV avaient consulté un médecin pour ce motif, principalement un médecin généraliste. Soixante-douze pour cent ont eu un examen complémentaire qui était le plus souvent un examen d'urine, et seuls 6% des patients avaient eu un calendrier mictionnel. Le traitement reçu le plus fréquent (12,5%) était un anticholinergique. Une rééducation a été prescrite dans 26% des cas, des conseils hygiéno-diététiques dans 26% des cas.

**Conclusions.** — L'HAV est un symptôme fréquent dont la prévalence augmente avec l'âge, et qui concerne souvent des patients polyopathologiques. Un écart important entre la pratique clinique et les recommandations de prise en charge initiale a été constaté.

**Niveau de preuve.** — 3.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Overactive bladder;  
Management;  
Antimuscarinics

## Summary

**Aims.** — To determine the prevalence of overactive bladder (OAB) syndrome in France and gather data about initial patient trajectories in the healthcare system.

**Methods.** — A dedicated questionnaire (41 questions) has been sent to a 12,000 sample of people representative of the global population. The following data were investigated: social and demographic features, medical history, Urinary Symptom Profile questionnaire, bother, history of symptoms, care seeking and treatments received. Patient were considered having OAB in case if presenting at least two episodes of urgency per week, or being under treatment of OAB. OAB prevalence was the main outcome, and associated factors were characterized by univariate and multivariate analysis.

**Results.** — Based on 8842 available questionnaires, the global prevalence of OAB was estimated to be 14.4%. Prevalence was significantly higher in women, older age groups, as well as obesity, irritable bowel syndrome, urinary tract infections, enuresia, constipation, anxiety/depression, neurological diseases, sleep apnea syndrome, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes and hypertension. Only 34.6% of patients with OAB had visited a health practitioner for this problem. General practitioners were most frequently implicated in patient primary care and evaluation. Seventy-two percent of patients with OAB had had additional investigations (mostly a urine culture) and only 6% of patients had to complete a bladder diary. The most frequent treatment option was oral antimuscarinics. Physical therapy and rehabilitation have been prescribed in 26% of cases, as well as dietary advice.

**Conclusions.** — OAB is a frequent syndrome. Its prevalence increases with age, and OAB frequently concern elderly frail people with many other associated diseases.

**Level of evidence.** — 3.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

L'hyperactivité vésicale (HAV) est un syndrome ou regroupement de symptômes urologiques défini par la présence d'urgentes, éventuellement associées à une pollakiurie, une nycturie, et une incontinence urinaire par urgenterie (IUU) [1]. La prévalence de l'HAV dans les pays développés

est élevée et augmente avec l'âge selon plusieurs études épidémiologiques [2–4]. Les étiologies de l'HAV sont nombreuses, incluant les infections urinaires, les pathologies vésicales (tumeur, corps étranger intravésical), les pathologies neurologiques et les pathologies prostatiques chez l'homme (obstruction sous-vésicale notamment). Néanmoins, l'HAV est très souvent idiopathique, et bien que des

facteurs tels que le stress ou le vieillissement de l'appareil urogénital soient évoqués pour expliquer cette situation, la physiopathologie et les déterminants de l'HAV idiopathique restent incomplètement élucidés [5,6].

Le traitement de première ligne de l'HAV idiopathique, outre les règles hygiéno-diététiques et une éventuelle rééducation repose sur l'administration des anticholinergiques par voie orale. Bien que cette classe thérapeutique ait montré son efficacité sur les symptômes de l'HAV dans de nombreuses études cliniques [7], les résultats à long terme sont limités et ce souvent par une faible observance thérapeutique [8].

Le but de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques de l'HAV dans un échantillon de personnes représentatif de la population adulte française, et de détailler les modalités de prise en charge initiale de ces personnes.

## Matériel et méthodes

Une étude transversale a été réalisée en France entre février et avril 2015 via l'envoi d'un questionnaire (41 questions) à 12 000 personnes constituant un échantillon représentatif de la population adulte en France. L'échantillon utilisé a été déterminé par une société spécialisée dans les enquêtes de santé (panel de personnes établi selon la méthodologie TNS-SOFRES). Les modalités d'échantillonnage ont fait appel à la méthode des quotas. Ce questionnaire (Figure supplémentaire) permettait l'évaluation des paramètres suivants : âge, poids, taille, indice de masse corporelle (IMC), données socio-démographiques (sexe, région, niveau d'études, activité, statut marital), antécédents médicaux (réponse binaire donnée par la personne parmi les pathologies suivantes : anxiété/dépression, apnée du sommeil, asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive [BPCO]/bronchite chronique, hypercholestérolémie, colopathie fonctionnelle, cystite [infection urinaire], diabète, énurésie dans l'enfance, hypertension artérielle, maladie neurologique [type sclérose en plaques ou Parkinson], obésité, pathologies rachidiennes, périodes de constipation, hystérectomie, accouchement par voie basse, prolapsus, hypertrophie bénigne de la prostate [HBP]), questionnaire profil de symptômes urinaires (PSU), score de gêne relatif au symptômes urinaires (échelle de 0 à 10), ainsi que des questions concernant l'historique des symptômes, les consultations médicales réalisées et les traitements reçus contre l'HAV. Concernant les consultations réalisées, le statut du médecin (généraliste ou spécialiste) a été étudié, en mettant à part les consultations chez un gynécologue (attendu que cela ne concernait que les personnes de sexe féminin). Toutes les personnes devaient donner leur consentement écrit à l'exploitation des données en accord avec les recommandations de la Commission nationale informatique et libertés. Aucun entretien direct avec les personnes ni aucun examen clinique n'a été réalisé au cours de l'étude.

Une analyse descriptive des données a été réalisée. Le critère d'évaluation principal était la présence d'une HAV, définie par une réponse positive (oui, plusieurs fois par semaine ou plusieurs fois par jour) à la question « Combien de fois (au cours des 4 dernières semaines) avez-vous dû

vous précipiter aux toilettes pour uriner en raison d'un besoin urgent? » ou par un traitement en cours contre l'HAV. Les autres cas étaient considérés comme des personnes non atteintes d'HAV. Une analyse univariée a été menée pour identifier les caractéristiques des personnes associées à la présence d'une HAV. Une analyse multivariée utilisant une méthode de régression logistique de type *stepwise* a été réalisée ensuite, en intégrant les paramètres cliniques comme variables explicatives. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS 9 (SAS Institute, Cary, États-Unis). Enfin, les données concernant le parcours de soins des personnes souffrant d'HAV ont été analysées de manière descriptive.

## Résultats

### Données générales

Au cours de l'étude, 12 000 questionnaires ont été adressés, avec un taux de retour de 78,7% (9449 répondants). Sur les questionnaires reçus, 607 étaient non-exploitable (97 vierges, 75 n'avaient pas répondu à la question sur l'HAV, 435 personnes n'avaient pas donné l'accord à l'exploitation des données). Les caractéristiques des personnes sont détaillées dans le Tableau 1.

### Prévalence de l'HAV

Sur les 8842 questionnaires analysés, 1276 personnes (14,4%) souffraient d'HAV, dont 56 cas traités (0,6%). Chez les personnes symptomatiques, 949 (10,6%) avaient des urgences plusieurs fois par semaine, et 270 (3,1%) plusieurs fois par jour. Chez les personnes non atteintes, 5256 (59,4%) n'avaient jamais eu d'urgences, et 2366 (26,8%) avaient eu des épisodes d'urgences moins d'une fois par semaine. Le nombre de mictions par jour était estimé à plus de 8 chez 22% des personnes souffrant d'HAV, contre 5% dans le groupe témoin.

### Facteurs associés

La prévalence de l'HAV était plus marquée chez les femmes (59% chez la femme vs. 41% chez l'homme), et augmentait avec l'âge (Fig. 1). Il existait également une différence significative dans les groupes HAV et témoin en termes d'IMC (Fig. 2A). Dans le groupe HAV, comparé au groupe témoin, les sujets étaient significativement plus souvent inactifs (60% vs. 39%  $10^{-15}$ ), vivaient plus souvent seuls (48% vs. 43%  $p=0,0022$ ), et avaient plus souvent un niveau d'études inférieur au baccalauréat (71% vs. 57%  $p < 10^{-15}$ ). Enfin, certains antécédents étaient significativement plus souvent retrouvés dans le groupe HAV (colopathie fonctionnelle, infection urinaire, énurésie dans l'enfance, constipation, anxiété/dépression, maladies neurologiques et pathologie rachidienne, apnée du sommeil, asthme, bronchite chronique, diabète et hypertension artérielle). Au total, seuls 12% des personnes atteintes d'HAV n'avaient aucune comorbidité (nombre moyen de comorbidités  $3,2 \pm 1,9$ ) contre 21% chez les non-atteints (nombre moyen de comorbidités  $2,5 \pm 1,6$ ). L'analyse multivariée a permis de mettre en évidence une association positive entre HAV et âge,

**Tableau 1** Caractéristiques des patients ayant répondu au questionnaire administré ( $n = 8842$ ).

	Patient atteints d'HAV ( $n = 1276$ )	Patients non atteints d'HAV ( $n = 7566$ )	$p$	
<b>Sexe</b>				
Masculin	527 (41 %)	3965 (49 %)	< 0,001	
Féminin	759 (59 %)	3601 (51 %)		
Âge (années)	59,1 ± 17,3 (62) [18–92]	47,7 ± 17,7 (46) [18–96]	< 0,001	
IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	26,9 ± 5,8 (26,1) [14,9–70,8]	25,8 ± 4,9 (24,5) [13,5–69,1]	0,01	
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>				
Supérieure	191 (15 %)	2421 (32 %)	< 0,001	
Inférieure	325 (25 %)	2194 (29 %)		
Inactifs	760 (60 %)	2951 (39 %)		
<b>Niveau d'éducation</b>				
Inférieur au baccalauréat	906 (71 %)	4312 (57 %)	< 0,001	
Supérieur au baccalauréat	370 (29 %)	3254 (43 %)		
<b>Comorbidités</b>				
Colopathie fonctionnelle	89 (7 %)	302 (4 %)	N/A	
Infections urinaires	331 (26 %)	1210 (16 %)		
Enurésie dans l'enfance	114 (9 %)	453 (6 %)		
Constipation	357 (28 %)	1588 (21 %)		
Anxiété/dépression	484 (38 %)	1967 (26 %)		
Maladie neurologique	25 (2 %)	75 (1 %)		
Pathologie rachidienne	63 (5 %)	226 (3 %)		
Apnée du sommeil	178 (14 %)	529 (7 %)		
Asthme	140 (11 %)	681 (9 %)		
BPCO/bronchite chronique	127 (10 %)	378 (5 %)		
Hypercholestérolémie	370 (29 %)	2042 (27 %)		
Diabète	165 (13 %)	681 (9 %)		
Hypertension artérielle	421 (33 %)	2042 (27 %)		
Accouchement par voie basse <sup>a</sup>	714 (56 %)	4085 (54 %)		
Hystérectomie <sup>a</sup>	216 (17 %)	907 (12 %)		
Prolapsus <sup>a</sup>	140 (11 %)	378 (5 %)		
Hyperplasie bénigne de la prostate <sup>b</sup>	331 (26 %)	832 (11 %)		
Aucune	153 (12 %)	1588 (21 %)		
<b>Présence d'urgentes</b>				
Plusieurs fois par jour	270 (3,1 %)	–		N/A
Plusieurs fois par semaine	949 (10,7 %)	–		
Moins d'une fois par semaine	–	2366 (26,8 %)		
Jamais	–	5256 (59,4 %)		
<b>Score PSU</b>				
Score incontinence d'effort	3,3 ± 2,4 (3) [1–9]	1,6 ± 0,9 (1) [1–9]	N/A	
Score hyperactivité vésicale	6,3 ± 3,1 (6) [1–21]	ND		
Score dysurie	2,0 ± 1,3 (2) [1–9]	ND		

Les variables continues sont exprimées sous la forme moyenne ± écart-type (médiane) [valeurs extrêmes]. Les valeurs discrètes sont exprimées sous la forme de nombres (pourcentages).

HAV : hyperactivité vésicale ; IMC : indice de masse corporelle ; PSU : profil de symptômes urinaires ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive ; ND : non disponible ; N/A : non applicable.

<sup>a</sup> Pourcentages en population féminine uniquement.

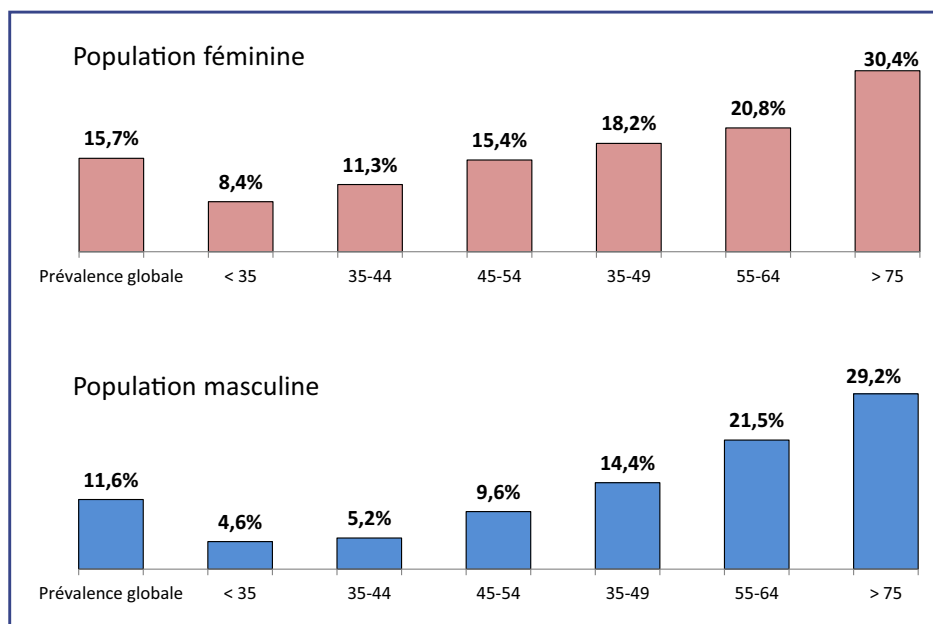
<sup>b</sup> Pourcentage en population masculine uniquement.

catégorie socioprofessionnelle inférieure, IMC, antécédents de cystite, d'anxiété/dépression, d'HBP, d'hypertension artérielle et de BPCO (Fig. 2B).

### Données du score PSU

Les données du score PSU dans la population atteinte d'HAV sont résumées sur la Fig. 3. Au total, 503 personnes

avaient une HAV sans incontinence urinaire (HAV sèche), 500 personnes avaient une HAV avec incontinence urinaire (HAV humide) dont 354 une incontinence urinaire mixte et 146 une incontinence urinaire par impériosités. Un total de 273 personnes n'avaient pas rempli les données concernant l'HAV. Les fuites à l'effort signalées concernaient en majorité des femmes, seuls 4 % des hommes atteints d'HAV déclarant avoir des fuites d'urine à l'effort.



**Figure 1.** Diagramme en bâtons représentant la prévalence de l'hyperactivité vésicale (HAV) globale et selon les classes d'âge chez la population féminine (diagramme supérieur) et masculine (diagramme inférieur).

## Données concernant le parcours patient

Les personnes ayant une HAV ont déclaré avoir des symptômes depuis moins d'un an dans 9 % des cas, et depuis plus de 5 ans dans 30 % des cas (médiane de 4 ans). Seuls 34,6 % des personnes atteintes d'HAV avaient consulté un médecin pour ce motif, dont 14 % avaient consulté sans attendre. Au cours de leur parcours de soin, 55 % des 442 personnes ayant consulté avaient rencontré un urologue (Fig. 4A). Le premier contact était majoritairement réalisé avec un généraliste (66 % des cas). Les facteurs associés au fait de consulter un médecin (analyse univariée) étaient le sexe masculin, l'âge plus élevé, le surpoids, un score PSU plus élevé, et l'association à des pathologies chroniques (hypertension artérielle, cholestérol, HBP et prolapsus). Des différences ont été notées selon les zones géographiques (Fig. 4B). Les raisons invoquées représentant des freins à la consultation et les motifs de recours aux soins sont détaillées sur la Fig. 5.

Au cours de leur parcours de soin, 72 % des personnes ayant consulté un médecin ont eu au moins un examen complémentaire (Fig. 4C), qui était le plus fréquemment une analyse d'urines (49 % des cas), et de manière étonnante, plus rarement un calendrier mictionnel (seulement 6 %).

Chez les 1276 personnes atteintes d'HAV, 12,5 % étaient sous traitement au moment du questionnaire, 4,2 % avaient été traités par le passé, 44,9 % n'avaient jamais été traités (données non disponibles pour 38,9 % des cas). Le traitement était un traitement oral dans la majorité des cas par une molécule anticholinergique. Chez les personnes ayant consulté, une rééducation a été prescrite dans 26 % des cas, des conseils hygiéno-diététiques dans 26 % des cas.

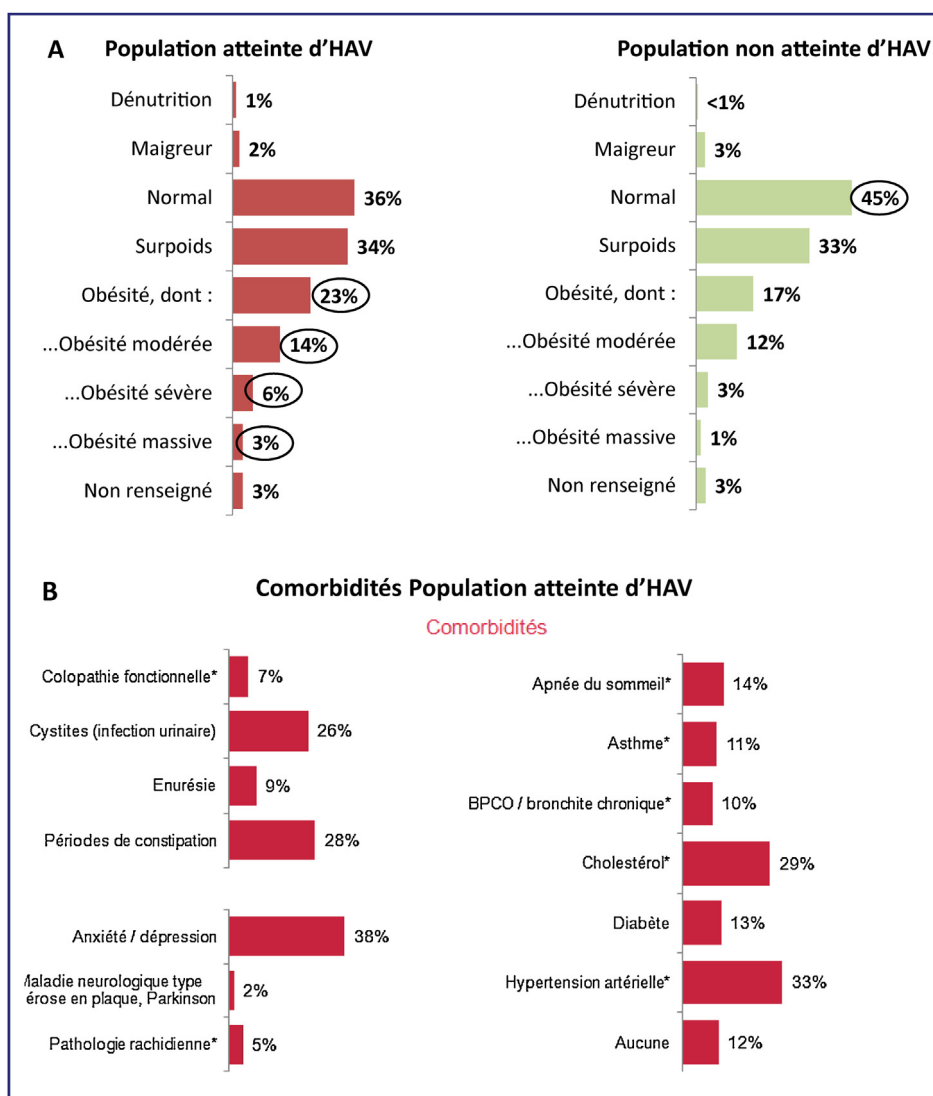
## Discussion

D'après les travaux portant sur des échantillons de personnes comparables, les données de prévalence recueillies

au cours de cette étude étaient conformes aux données de la littérature, montrant une prévalence globale des symptômes d'urgentes de 14,4 % [intervalle de confiance à 95 % (IC95 %) : 13,7–15,1], augmentant avec l'âge [2,9–16]. À l'échelle de la population française, qui compte un peu plus de 52 millions de personnes de 18 ans et plus selon les sources épidémiologiques récentes [17], les résultats présentés ci-dessus correspondent par extrapolation à plus de 7 millions de personnes atteintes, dont 2 300 000 ayant consulté pour ces troubles. À l'échelle de la population française, l'HAV représente donc une pathologie très fréquente avec une large population cible.

Le large échantillon de personnes interrogées a permis de mettre en évidence une corrélation statistiquement significative entre certaines pathologies associées et la présence de symptômes d'HAV. Si certains ont déjà été largement avancés dans la littérature (notamment un âge élevé, une obésité, des antécédents de maladie neurologique, et des troubles anxio-dépressifs [18]), les résultats présentés ci-dessus ont permis de mettre en évidence un lien épidémiologique entre HAV et pathologies fonctionnelles digestives, ainsi qu'avec certaines pathologies chroniques (diabète, hypertension artérielle). Cependant, il existait plusieurs limites à l'interprétation de ces chiffres. Premièrement le recueil des données était réalisé sur un questionnaire rempli par la personne, sans examen clinique ni consultation ce qui introduit un biais de collection des données. Par ailleurs, le caractère transversal de notre étude ne permettait pas l'établissement d'un lien de causalité entre les données. Pour autant, il était possible d'affirmer que les personnes avec HAV avaient significativement plus d'antécédents médicaux.

L'administration du questionnaire validé PSU a rendu possible une évaluation précise des symptômes des personnes interrogées. Les résultats présentés ont ainsi permis, pour la première fois, sur un large échantillon



**Figure 2.** Comparaison de la distribution des catégories d'indice de masse corporelle (IMC) chez les personnes atteintes (gauche) et non atteintes (droite) d'hyperactivité vésicale (HAV). Les cercles modélisent les données significativement différentes entre les deux groupes. Les sous-groupes ont été définis de la manière suivante, d'après les recommandations de l'International Obesity task Force (1998). Dénutrition :  $IMC < 16,5$  ; maigreur :  $16,5 \leq IMC \leq 18,4$  ; normal :  $18,5 \leq IMC \leq 24,9$  ; surpoids :  $25,0 \leq IMC \leq 29,9$  ; obésité :  $IMC \geq 30$ , dont obésité modérée :  $30,0 \leq IMC \leq 34,5$  ; obésité sévère :  $35,5 \leq IMC \leq 39,9$  ; obésité massive :  $IMC \geq 40,0$ .

indépendant, une estimation du niveau du sous-score HAV du questionnaire PSU dans une population présentant des urgences. La distribution retrouvée est un étalement des scores de 3 à 8, seuls 20% des personnes atteintes ayant un score > 8. Ces données pourraient être utiles aux équipes utilisant le PSU pour interpréter au mieux les résultats de ce questionnaire. L'interprétation des symptômes d'incontinence urinaire dans la population étudiée a permis d'estimer qu'au moins un tiers des personnes avec HAV avait une incontinence urinaire par urgences. Cependant, en l'absence d'examen physique, la caractérisation de ces symptômes (notamment de l'incontinence urinaire mixte) n'était pas suffisamment fiable pour une analyse plus approfondie.

Les données concernant le parcours patient ont permis de caractériser les motifs et les freins à la consultation.

Il a d'abord été constaté que les personnes traitées pour des maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, etc.) avaient consulté plus souvent leur médecin, ce qui peut s'expliquer par le suivi et le contact médical plus régulier chez ces personnes. Les personnes les plus symptomatiques (ayant une gêne plus importante) sont aussi sur-représentées dans la population ayant consulté. Parmi les freins à la consultation, il était noté dans respectivement 15 et 10% des cas une ignorance de l'existence de solutions efficaces ou de honte vis-à-vis des symptômes. Ces données, projetées à l'échelle des millions de personnes potentiellement atteintes d'HAV, justifient l'intérêt des campagnes d'information grand public. Il a enfin été mis en évidence des disparités régionales dans le niveau de recours à la consultation, qui doivent certainement être tempérées en fonction

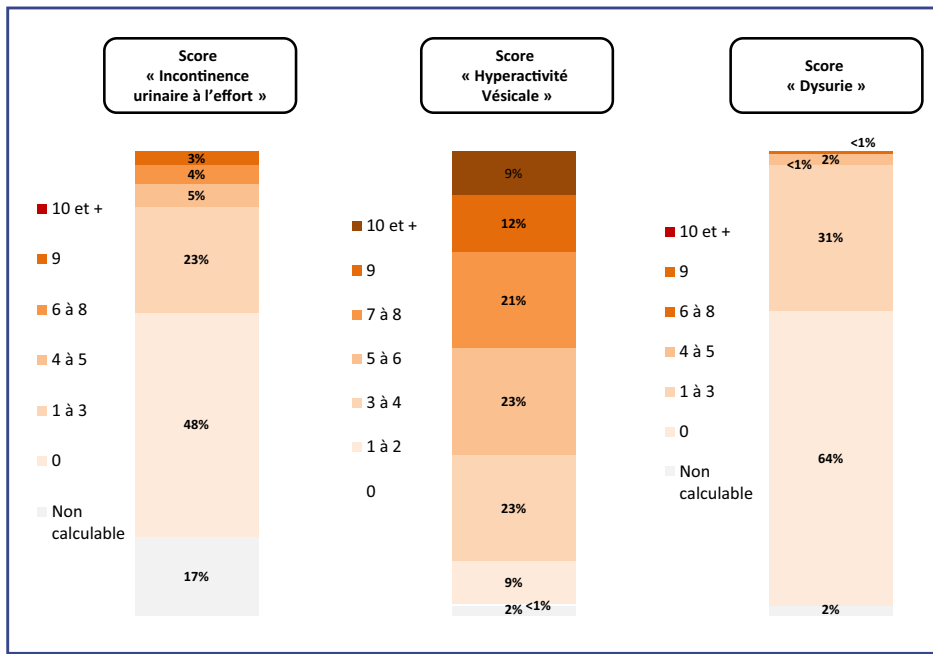


Figure 3. Distribution des sous-scores Profil de Symptômes Urinaires au sein de la population atteinte d'hyperactivité vésicale (HAV).

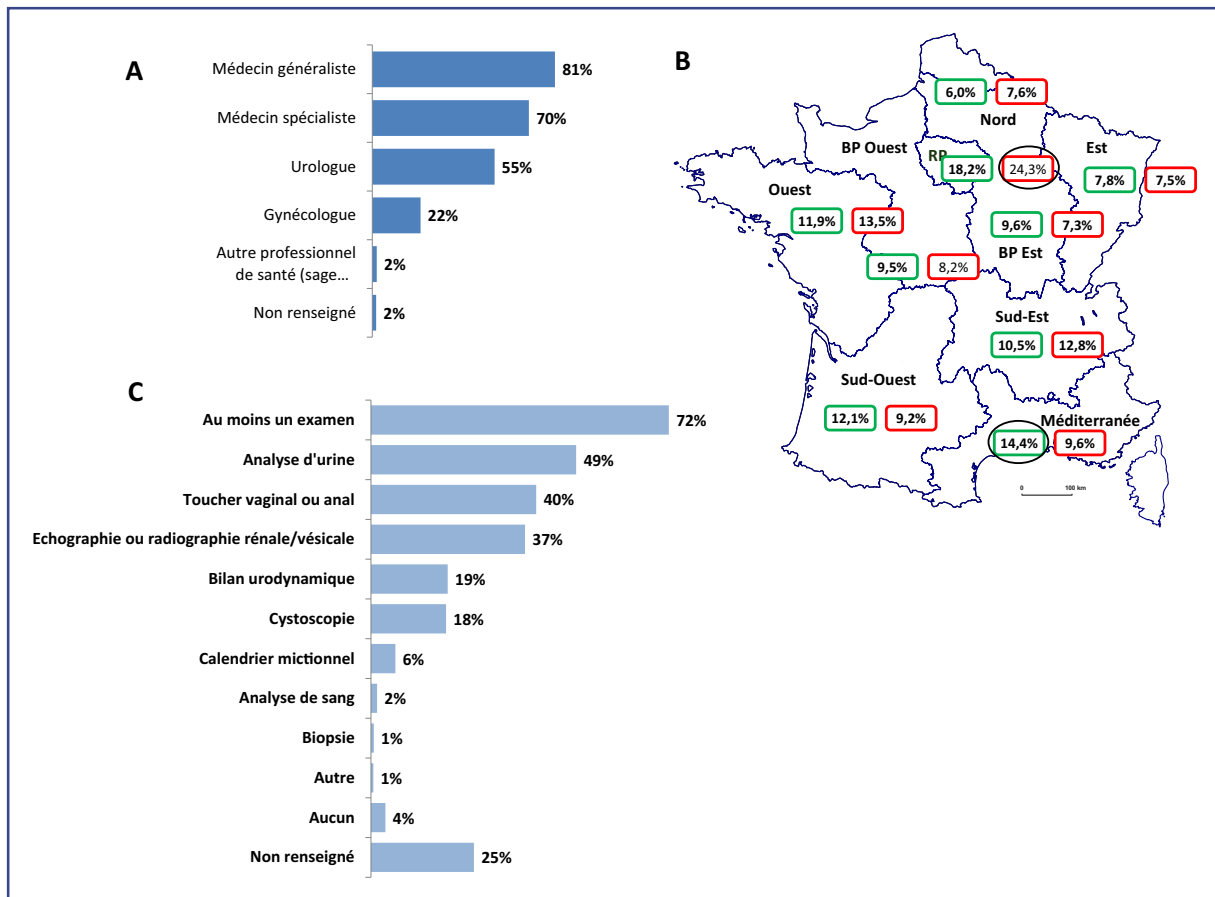
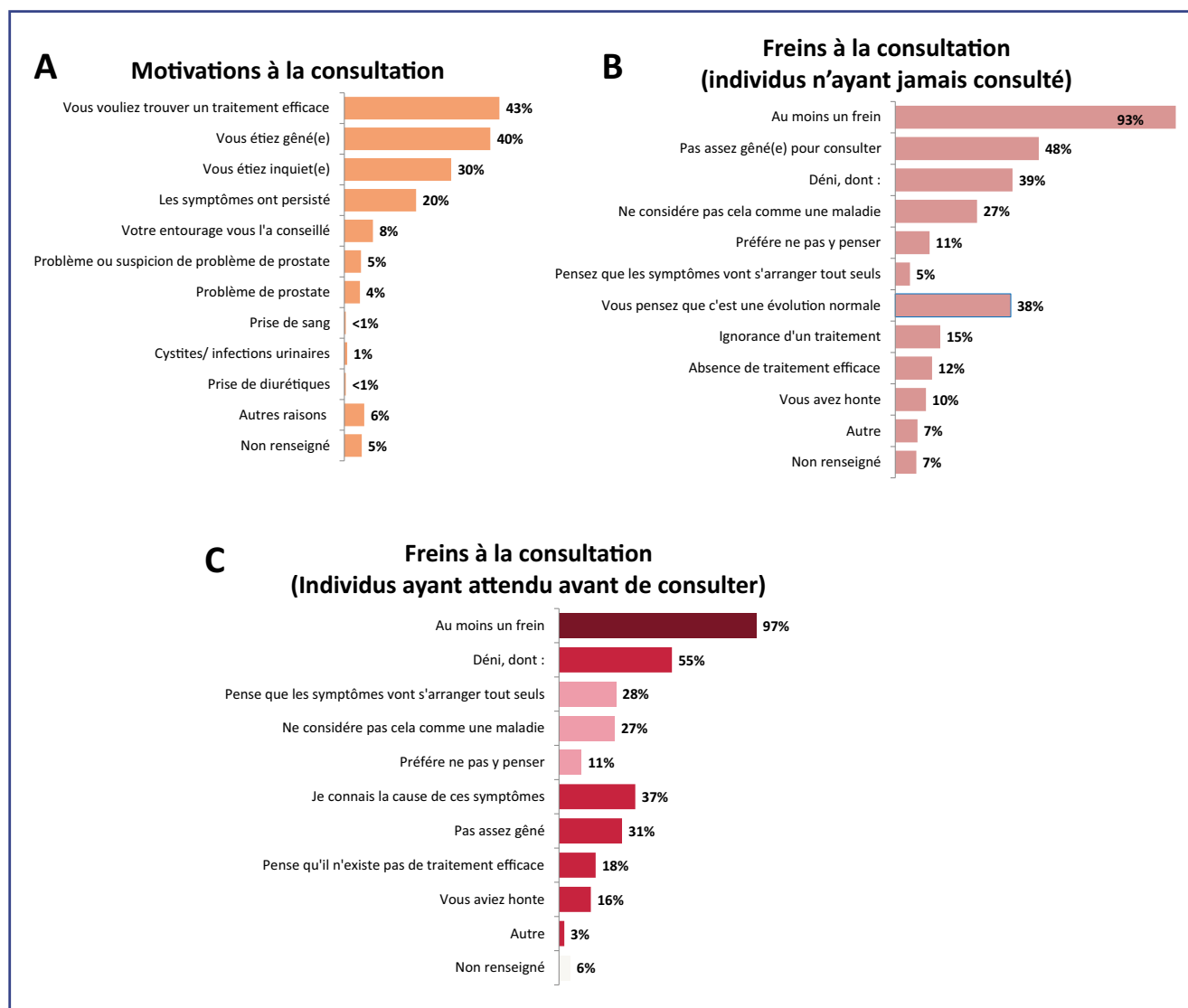


Figure 4. Données concernant la consultation d'un médecin pour les troubles urinaires (n=442). A. Histogramme représentant le type de médecin rencontré au cours du parcours de soin. En moyenne, 1,6 médecin a été consulté. B. Différence interrégionales en termes de prévalence de personnes atteintes d'hyperactivité vésicale (HAV) ayant consulté (vert) et n'ayant pas consulté (rouge). Les cercles noirs mettent en évidence une déviation statistiquement significative. C. Fréquence de prescription des différents examens prescrits au cours du parcours de soins (population ayant consulté n = 442). Les personnes ont réalisé en moyenne 2,4 examens.



**Figure 5.** Freins et motifs de consultation dans la population atteinte d'hyperactivité vésicale (HAV). Les motivations à la consultation ont été évalués grâce à la question « Pour quelles raisons avez-vous consulté un médecin pour ces symptômes urinaires ? » chez les personnes ayant consulté un médecin (A) ( $n = 442$ ). Les femmes étaient plus motivées à consulter, en vue de trouver un traitement efficace et en raison de la gêne ressentie, alors que les hommes consultaient plus souvent en raison de leur inquiétude ou d'un conseil de l'entourage (données non détaillées). Les freins à la consultation ont été évalués grâce à la question « Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous JAMAIS consulté de médecin pour ces symptômes urinaires ? » chez les personnes n'ayant jamais consulté ( $n = 321$ ) (B) et chez ceux ayant tardé à consulter sur la base de la question « Pour quelle(s) raison(s) avez-vous attendu avant d'en parler à un médecin ? » ( $n = 252$ ) (C). Les femmes, comparées aux hommes, hésitent significativement à consulter car elles ne savent pas qu'il existe des traitements (17% vs. 9%) ou éprouvaient de la honte (13% vs. 5%).

de l'âge de la population locale, des disparités socio-démographiques et de la répartition de l'offre de soins sur le territoire.

Concernant les explorations réalisées, il a été mis en évidence une disparité importante entre les examens réalisés et les recommandations de prise en charge [18]. Alors qu'en addition de l'examen clinique, une recherche d'infection urinaire, un questionnaire et un calendrier mictionnel ont un intérêt en première ligne, ces examens étaient peu prescrits selon les cas. En revanche, un bilan urodynamique, une imagerie ou une cystoscopie étaient souvent prescrits, alors que ces examens sont clairement considérés comme des outils

de seconde intention dans l'exploration d'une HAV [18]. Les données étaient cependant biaisées dans notre étude par le mode de collection des données (biais de rappel des personnes et absence de données cliniques), et devaient faire relativiser ces chiffres.

Notre étude avait plusieurs limites. La première est celle du mode de collection des données, qui était réalisé sur la base d'un questionnaire. Bien que cette méthode fut utilisée par la plupart des études à large échelle, et basée sur le questionnaire validé qu'est le PSU, il a été mis en évidence la difficulté de caractériser pour la personne une urgenterie [19]. En particulier, le critère principal étant basé sur une



question isolée non spécifiquement validée de manière indépendante (notion de se « précipiter » aux toilettes) dans la littérature francophone, il peut exister une confusion de la part des personnes interrogées entre de vrais symptômes d'urgenterie et ceux qui n'en sont pas réellement. Ce biais de collection des données impacte aussi le recueil des comorbidités. Tout particulièrement chez l'homme, l'absence de détails concernant le diagnostic d'HBP est une limite importante. Concernant les données relatives aux traitements reçus (et notamment leur efficacité), leur analyse approfondie n'était pas possible en raison du biais de rappel et de l'absence de contrôle clinique. L'absence d'analyse des différences entre répondeurs et non répondeurs constituait donc une limite supplémentaire. Par ailleurs, l'HAV est un ensemble de symptômes fluctuant avec le temps [20], et une étude transversale ne permet donc pas d'interpréter l'évolution des troubles, ni de formuler des hypothèses de causalité vis-à-vis des liens statistiques détaillés. Enfin, la représentativité de l'échantillon a été considérée comme absolue pour estimer le fardeau global de santé publique lié à l'HAV, sans normalisation sur la structure d'âge de la population, ce qui pourrait fausser cette estimation.

## Conclusion

La prévalence de l'HAV dans la population française est de 14,4% et augmente avec l'âge, et la prise en charge de ce symptôme est un enjeu de santé publique important. Les pathologies associées sont fréquentes et rendent nécessaire une approche globale et systématisée chez les personnes atteints d'HAV, en lien avec les médecins traitants. Dans les limites d'une étude transversale, nos résultats mettaient en exergue la nécessité d'une information plus large de la population sur l'HAV, de nombreuses personnes n'ayant pas consulté par méconnaissance des thérapeutiques existantes, ou par honte.

## Remerciements

Les auteurs remercient la société Kantar Health pour leur aide logistique au recueil des données ainsi que pour la production des analyses statistiques. Les auteurs remercient également la société Astellas pour leur concours global à la réalisation de l'étude.

## Déclaration de liens d'intérêts

G. Amarenco : consultant et speaker pour Astellas, Pfizer, Allergan, Laborie, Wellspect.

F. Bruyère déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

P. Grise : au cours des 3 dernières années, M. Grise a perçu le remboursement de frais personnel de la part du laboratoire Astellas.

J.-N. Cornu : consultant/speaker pour Astellas, Pfizer, AMS, Bouchara Recordati.

## Annexe A. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et doi:10.1016/j.purol.2016.04.002.

## Références

- [1] Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010;29(1):4–20.
- [2] Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol* 2006;50(6):1306–14.
- [3] Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Wein AJ. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *Eur Urol* 2014;65(1):79–95.
- [4] Vaughan CP, Johnson 2nd TM, Ala-Lipasti MA, et al. The prevalence of clinically meaningful overactive bladder: bother and quality of life results from the population-based FINNO study. *Eur Urol* 2011;59(4):629–36.
- [5] Hanna-Mitchell AT, Kashyap M, Chan WV, Andersson KE, Tanenbaum C. Pathophysiology of idiopathic overactive bladder and the success of treatment: a systematic review from ICI-RS 2013. *Neurourol Urodyn* 2014;33(5):611–7.
- [6] Hubeaux K, Jousse M, Amarenco G. Female overactive bladder syndrome and autonomic nervous system. *Prog Urol* 2012;22(4):199–206.
- [7] Gormley EA, Lightner DJ, Faraday M, Vasavada SP, American Urological Association, Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline amendment. *J Urol* 2015;193(5):1572–80.
- [8] Veenboer PW, Bosch JL. Long-term adherence to antimuscarinic therapy in everyday practice: a systematic review. *J Urol* 2014;191(4):1003–8.
- [9] Choo MS, Ku JH, Lee JB, et al. Cross-cultural differences for adapting overactive bladder symptoms: results of an epidemiologic survey in Korea. *World J Urol* 2007;25:505.
- [10] Corcos J, Schick E. Prevalence of overactive bladder and incontinence in Canada. *Can J Urol* 2004;11:2278.
- [11] Coyne KS, Sexton CC, Vats V, et al. National community prevalence of overactive bladder in the United States stratified by sex and age. *Urology* 2011;77:1081.
- [12] Tikkinen KA, Auvinen A, Tiitinen A, et al. Reproductive factors associated with nocturia and urinary urgency in women: a population-based study in Finland. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:153 [e1].
- [13] Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol* 2003;20:327.
- [14] Herschorn S, Gajewski J, Schulz J, et al. A population-based study of urinary symptoms and incontinence: the Canadian Urinary Bladder Survey. *BJU Int* 2008;101:52.
- [15] Milsom I, Abrams P, Cardozo L, et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int* 2001;87:760.
- [16] Donaldson MM, Thompson JR, Matthews RJ, et al. The natural history of overactive bladder and stress urinary incontinence in older women in the community: a 3-year prospective cohort study. *Neurourol Urodyn* 2006;25:709.
- [17] INSEE [Accès le 24 août 2015] La France et ses territoires; 2015 [http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/FST15.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/FST15.pdf).

- [18] Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. *J Urol* 2012;188(6 Suppl.):2455–63.
- [19] Abrams P, Chapple CR, Jünemann KP, Sharpe S. Urinary urgency: a review of its assessment as the key symptom of the overactive bladder syndrome. *World J Urol* 2012;30(3):385–92.
- [20] Irwin DE, Milsom I, Chancellor MB, Kopp Z, Guan Z. Dynamic progression of overactive bladder and urinary incontinence symptoms: a systematic review. *Eur Urol* 2010;58(4):532–43.