

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2013

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**DEPISTAGE DE L'ENURESIE NOCTURNE PRIMAIRE ISOLEE DE
L'ENFANT : ENQUETE SUR LES PRATIQUES DES MEDECINS
GENERALISTES DE ROUBAIX ET DE CINQ VILLES LIMITOPHES**

**Présentée et soutenue publiquement le 23 Octobre 2013 à 18 heures
au Pôle Formation
Par Hélène Vermeire**

Jury

Président : Monsieur le Professeur A. MARTINOT
Assesseurs : Monsieur le Professeur R. GLANTENET
Monsieur le Docteur N. MESSAADI
Madame le Docteur A. VAN EGROO
Madame le Docteur MH. PIERRE
Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur N. MESSAADI

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	14
I. MATERIEL ET METHODES.....	18
1) Type d'étude	18
2) Population étudiée.....	18
3) Matériel utilisé	18
4) Recueil des informations.....	19
5) Analyse statistique des données.....	19
II. RESULTATS.....	20
1) Taux de réponse	20
2) Caractéristiques des médecins généralistes.....	20
a) Sexe	20
b) Age.....	21
c) Durée d'installation.....	22
d) Pourcentage de pédiatrie dans la patientèle	22
3) Analyse descriptive.....	23
a) Le mode de discussion sur l'EnPI.....	23
b) Intérêt d'un dépistage systématique.....	24
c) Pourcentage de discussion spontanée.....	27
d) Moment de la consultation.....	27
e) Motif de la consultation.....	28
f) Facilités de dépistage.....	29
g) Difficultés de dépistage.....	30
h) Le comportement de l'enfant.....	30
i) Les outils de dépistage.....	31
j) Nombre de diagnostics.....	33
4) Analyse bivariée.....	34
III. DISCUSSION.....	38
1) Population	38
a) Taux de participation à l'étude.....	38
b) Caractéristiques démographiques	38
c) Choix des médecins interrogés.....	39
2) Biais de l'étude.....	40

3) Analyse	41
a) Les médecins dépistent-ils ?.....	41
b) Pourquoi faut-il dépister ?.....	41
c) Pourquoi les médecins pourraient dépister facilement ?.....	48
d) Quels sont les freins au dépistage ?	50
e) Pourquoi les médecins dépistent peu ?.....	52
f) Comment pourrait-on aider les médecins à dépister ?.....	55
g) Nombre de diagnostic(s)	56
h) Intérêt d'un dépistage systématique.....	56
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	58
ANNEXES	62

Liste des abréviations :

EnPI : énurésie nocturne primaire isolée.

ICCS : International Children's Continence Society.

CVF : capacité vésicale fonctionnelle.

CVT : capacité vésicale théorique.

ADH : hormone antidiurétique.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

CH : centre hospitalier.

CHR : Centre hospitalier regional.

NPDC : Nord-Pas-de-Calais.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

INTRODUCTION

“L’énurésie est un symptôme fréquent en pédiatrie pour peu qu’on le recherche” (Caron-Hunsinger & Sznajder, 1998)

L’énurésie nocturne primaire isolée (EnPI) de l’enfant est définie par l’*International Children’s Continence Society* (ICCS) comme une incontinence intermittente survenant pendant le sommeil chez des enfants de plus de 5 ans [1]. Elle est désignée familièrement par l’expression “pipi au lit” ou “bedwetting” pour les Anglo-Saxons.

Le terme énurésie nocturne correspond à la fois à un symptôme et à un état pathologique [2].

Celle-ci est dite primaire si l’enfant n’a jamais eu de période de continence durant le sommeil d’au moins six mois [1]. L’enfant n’a donc jamais été propre, en dehors de brèves périodes, peu nombreuses et peu durables de continence.

C’est la plus fréquente, elle représente environ 80 % des énurésies [3].

Elle est dite isolée (EnPI) ou monosymptomatique s’il n’existe aucun autre symptôme, en particulier diurne, tel que les mictions impérieuses, les fuites urinaires diurnes, la pollakiurie ou la dysurie [4].

La prévalence est difficile à estimer mais celle-ci est élevée.

En France, l’énurésie nocturne concerne 10 à 15 % des enfants de 5-6 ans selon les enquêtes [5]. Dans la littérature, on retrouve une fréquence à 7-8 ans de 4 à 8 % [6], à 10 ans autour de 3-4 % et à 15 ans de 1 à 3 % [7].

Elle est comparable dans tous les pays du monde [8].

La prévalence est nettement supérieure chez les garçons que chez les filles : l’étude Enurésie nocturne réalisée en 2007 retrouvait une prévalence de l’énurésie nocturne chez des enfants de six-dix ans à 6,3 % chez les garçons versus 2,8 % chez les filles [9]. Elle est donc environ deux fois plus fréquente chez les garçons que chez les filles [10]. Ceci est surtout exact dans la petite enfance mais cette tendance tend à s’atténuer vers l’adolescence [2].

Le diagnostic d’une EnPI est clinique, il repose sur l’interrogatoire et l’examen physique [1]. La normalité de l’examen clinique et l’absence de troubles mictionnels diurnes conduisent au diagnostic d’énurésie nocturne monosymptomatique.

Pendant la consultation, le médecin doit observer l’attitude de l’enfant pour apprécier sa motivation et détecter d’éventuels signes de déficit de l’attention.

Si le diagnostic apparaît certain, il n’y a pas lieu de réaliser d’examen complémentaire particulier hormis une bandelette urinaire pour éliminer un diabète ou une infection urinaire ; bien que cliniquement ces affections se manifestent rarement par une énurésie “isolée”.

L'EnPI est une pathologie multifactorielle.

On distingue deux formes d'EnPI :

- La forme à capacité vésicale réduite : celle-ci est définie par une capacité vésicale fonctionnelle inférieure à 70 % de la capacité vésicale théorique [1].
La capacité vésicale fonctionnelle (CVF) correspond, selon les critères de l'ICCS, au plus gros volume mictionnel émis en une seule fois au cours d'une journée, y compris celui de la première miction du matin, évaluée sur un calendrier mictionnel de 48 h [2].
La capacité vésicale théorique (CVT) est calculée par la formule de Koff :
 $CVT \text{ en ml} = (\text{âge en années} + 1) \times 30$.
- La forme avec polyurie nocturne : elle se traduit par un volume urinaire nocturne supérieur au volume diurne.
Cette polyurie nocturne est retrouvée chez environ 2/3 des enfants ayant une EnPI [11].
Plusieurs facteurs peuvent être évoqués pour expliquer cette polyurie. La première explication est une mauvaise répartition des apports hydriques : si l'essentiel des apports s'effectue en fin de journée, cela entraîne une polyurie nocturne.
L'inversion du rythme nyctéméral de sécrétion de l'hormone antidiurétique (ADH) est le mécanisme physiopathologique le mieux connu [2].
D'autres étiologies ont été évoquées tels que les troubles de régulation de l'excrétion ionique urinaire ou un régime alimentaire apportant une charge ionique trop importante.

Cette distinction ainsi que l'identification de la forme prédominante ont un intérêt dans la démarche thérapeutique afin d'orienter le choix d'un traitement. Les formes polyuriques sont sensibles à la réduction des apports hydriques et à la desmopressine.

Pour les formes à capacité vésicale fonctionnelle faible, le traitement est en première intention l'alarme, associée secondairement, dans les formes réfractaires, à l'oxybutinine [2] puisque cette forme s'accompagne dans 30 % des cas d'une hyperactivité nocturne du détrusor [1].

Une capacité d'éveil diminuée est également incriminée : les parents rapportent souvent le fait qu'ils ont du mal à réveiller leur enfant énurétique ou qu'il a un sommeil très profond. Néanmoins les enregistrements du sommeil d'enfants énurétiques n'ont pas permis de retrouver d'anomalie spécifique de l'organisation du sommeil [1].

C'est la réaction d'éveil de l'enfant au stimulus de réplétion vésicale qui nécessite un stimulus plus élevé que la moyenne, son seuil d'éveil est trop élevé [14].

Ces trois mécanismes (capacité vésicale faible, polyurie nocturne et seuil d'éveil élevé) constituent les mécanismes fondamentaux de l'énurésie nocturne [11].

Une prédisposition génétique existe :

L'EnPI doit faire rechercher des antécédents dans la famille ; en effet ceux-ci sont présents dans 30 à 60 % des cas [1].

Le risque d'être énurétique passe de :

- 15 % dans la population générale,
- 44 % si l'un des parents était énurétique,
- 77 % si les deux parents étaient atteints d'énurésie [5, 12, 13].

Chez les enfants dont les deux parents ont des antécédents d'EnPI, l'acquisition de la propreté nocturne sera retardée de 1,5 an [2].

D'autres causes sont évoquées, telles que :

- L'obstruction des voies aériennes supérieures qui peut favoriser l'énurésie par l'intermédiaire d'un sommeil perturbé, surtout si elle est associée à des apnées obstructives. Les apnées du sommeil et l'encombrement ORL sévère favorisent une polyurie par l'hypercapnie [1],
- Un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) : les enfants ayant un syndrome d'hyperactivité sont 2,7 fois plus souvent énurétiques que dans la population générale [2],
- La constipation qui est fréquemment associée à une immaturité vésicale, celle-ci favorisant l'énurésie.

L'éventualité d'abus sexuels doit rester toujours présente à l'esprit du médecin lors de son examen clinique [11]. Mais il s'agit le plus souvent d'énurésies secondaires associées à d'autres symptômes.

L'énurésie a longtemps été considérée à tort comme une affection psychiatrique de l'enfant [2].

Un trouble psychiatrique primitif n'est pas plus fréquent chez l'enfant énurétique que dans la population générale, pour les enfants de moins de 10 ans [15].

L'incidence d'un problème psychique est de 10 % ; contrairement à l'énurésie secondaire associée dans 70 % des cas à une origine psychologique [2].

Les troubles psychologiques sont plus une conséquence de l'énurésie nocturne qu'une cause [16].

Longtemps une attitude de "wait and see" a été adoptée par les médecins [17].

Depuis une dizaine d'années, leur attitude a changé avec des comportements moins attentistes.

Les seuls traitements spécifiques recommandés sont les systèmes d'alarme et la desmopressine mais généralement aucun traitement n'est débuté avant l'âge de 6 ans.

Cependant, le traitement médicamenteux n'est pas systématique.

La prise en charge de l'énurésie passe en premier lieu par des règles hygiéno-diététiques avec une démarche d'information et d'éducation [1].

Avec une bonne observance de ces règles, 20 % des patients souffrant d'énurésie guérissent dans un délai moyen de 6 à 8 semaines [18]. Pour les patients qui respectent ces premières mesures d'hygiène de vie mais qui sont peu ou pas améliorés, il est nécessaire de mettre en route un traitement complémentaire adapté au type d'EnPI [18].

Il faut également dédramatiser la situation, rassurer l'enfant, le déculpabiliser et entraîner son adhésion tout en le responsabilisant.

Une prise en charge adaptée dans un climat de confiance suffit généralement à apaiser les tensions éventuelles et à redonner confiance à l'enfant.

La pédiatrie est une part importante de l'activité libérale d'un médecin généraliste et la prise en charge d'un enfant présentant une EnPI peut être réalisée, dans une majorité de cas, par le médecin traitant.

Notre réflexion quant à la réalisation de ce travail de thèse est née de notre expérience personnelle et également des différents articles lus sur le sujet.

Plusieurs enquêtes successives en France ont mis en évidence un manque de considération, une faible implication et une banalisation des médecins généralistes [9, 19].

Divers articles incitent au dépistage¹ :

- dans l'article "premiers résultats de l'enquête nationale "pipi au lit" : les auteurs soulignent l'importance du dépistage et de la prise en charge précoce de l'EnPI [20].
- dans l'enquête "parler de l'énurésie", les auteurs insistent sur la nécessité de poursuivre l'information auprès des professionnels de santé car seulement 23 % des médecins abordent spontanément le sujet de la propreté nocturne en consultation [21].

La thèse du Docteur Dulac-Bertani pose la question : "Faut-il évoquer de façon systématique le symptôme énurésie nocturne primaire lors d'une consultation de médecine générale pour un enfant de plus de 5 ans ?"

Elle a réalisé une étude incluant 577 enfants entrant au cours préparatoire des écoles de Lyon, interrogeant ces enfants ainsi que leurs parents par des médecins scolaires.

Par rapport à la prévalence, les répercussions sur l'enfant et le fait que 45,8 % des parents pensent que cela va passer tout seul, elle conclut qu'il apparaît licite d'évoquer de façon systématique l'EnPI en consultation de médecine générale [22].

Néanmoins les études réalisées jusqu'à présent s'intéressaient au point de vue des enfants, parents, pédiatres, médecins scolaires mais aucune à celui des médecins généralistes.

Qu'en est-il réellement ? Parle-t-on de l'EnPI en médecine générale ?

Le médecin généraliste dépiste-t-il l'EnPI ?

Que pense le médecin d'un dépistage systématique ?

Il nous a semblé important de faire le point sur les pratiques actuelles des médecins généralistes concernant le dépistage de l'EnPI, premiers interlocuteurs des parents et enfants.

¹ Selon l'OMS, le dépistage consiste à identifier présomptivement à l'aide de tests, d'examen ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passées jusque là inaperçues. Cette définition englobe aussi bien les cas symptomatiques non décelés et il est à noter que l'examen physique est considéré comme une des méthodes de dépistage, à condition qu'il puisse être qualifié de rapide. Les mots "autres techniques" peuvent couvrir l'emploi des questionnaires.

I. MATERIEL ET METHODES

1) Type d'étude

C'est une étude descriptive, transversale par questionnaire.

2) Population étudiée

La population cible correspondait à l'ensemble des médecins généralistes libéraux en activité, exerçant autour du CH de Roubaix.

A l'aide du site PARHTAGE (Portail des Agences Régionales de l'Hospitalisation) [23], qui analyse l'activité hospitalière et les aires de recrutement, nous avons une vue globale des pôles d'attraction et nous avons pu choisir l'item "nouveau-nés, médecine" (l'item "pédiatrie" n'étant pas référencé) en pôle d'activité afin de connaître le recrutement pour l'hôpital de Roubaix. Ceci étant une vue globale de l'année 2008.

Les villes concernées étaient au nombre de 6 : Roubaix, Croix, Hem, Lys-lez-Lannoy (et Lannoy), Leers et Wattrelos ; correspondant en réalité aux villes frontalières de Roubaix, excepté Tourcoing.

Le critère unique d'inclusion était l'inscription au Conseil de l'Ordre des médecins pour la discipline médecine générale dans les villes concernées.

Les critères d'exclusion :

- les médecins généralistes exerçant dans un centre hospitalier ou une clinique,
- les médecins exerçant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), dans un centre de cure, dans un Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM), aux Unités Territoriales de Prévention et d'Action Sociale (UTPAS) ou dans un service de prévention santé,
- SOS médecins,
- les médecins ayant comme discipline complémentaire d'exercice : angiologie, médecine du travail, allergologie,
- les médecins ne désirant pas répondre au questionnaire.

3) Matériel utilisé

Un questionnaire anonyme de 10 questions sur le dépistage de l'énurésie nocturne (Annexe 1) a été élaboré par moi-même avec l'aide du Dr Messaadi et du Dr Pierre et soumis préalablement à 3 médecins généralistes de ma connaissance afin de tester sa faisabilité, rapidité de réponse et de rechercher d'éventuelles modifications à y apporter.

Les questions étaient à choix multiple ou à choix simple.

Le questionnaire se résumait en une page recto-verso.

4) Recueil des informations

Un appel téléphonique a été réalisé auprès de chaque médecin généraliste correspondant aux critères cités précédemment afin de leur expliquer notre projet, obtenir leur accord et les laisser choisir un mode d'envoi de questionnaire : courrier postal, mail ou fax.

Les questionnaires ont été envoyés le 12 novembre 2012 à chacun des médecins généralistes selon leur choix.

Chaque questionnaire était accompagné d'une lettre de présentation (Annexe 2) ainsi que d'une enveloppe de retour pré-remplie et timbrée au tarif en vigueur (pour les envois par courrier postal).

Pour les médecins non joignables directement, un message a été laissé à leur secrétariat ou sur leur répondeur. Ils n'ont pas été exclus ; un questionnaire par courrier postal leur a alors été envoyé.

Un rappel a été effectué le 22 janvier 2013, selon leurs choix initiaux.

Les réponses ont été enregistrées au fur et à mesure des retours. Lors de la réception des courriels, ceux-ci étaient rendus anonymes par un numéro établi selon l'ordre de réponse.

5) Analyse statistique des données

L'analyse statistique a été effectuée par les médecins statisticiens de la plateforme d'aide méthodologique du CHR de Lille, à l'aide du logiciel R (version 3.0.0).

Nous avons réalisé une analyse descriptive pour chaque question et une étude analytique de certains paramètres afin d'analyser les relations entre eux.

Les questions binaires étaient représentées sous forme de diagramme circulaire, les quantitatives continues sous forme d'histogramme et de box plot et les variables qualitatives et multivaluées sous forme de diagramme en barres.

Pour la recherche d'une association entre deux variables numériques, un test de la nullité du coefficient de corrélation était utilisé.

Les comparaisons d'une variable qualitative binaire et d'une variable quantitative ont été réalisées par le test de Student ou le test de Wilcoxon.

Les variables qualitatives étaient comparées par un test de Fisher.

La significativité d'une différence était définie lorsque la valeur de probabilité (p) au résultat du test est inférieure à 0,05 (5 %).

II. RESULTATS

1) Taux de réponse

Après appel téléphonique, ont été exclus :

- deux médecins généralistes ayant comme activité principale l'acupuncture et/ou l'homéopathie,
- un médecin pratiquant exclusivement la médecine d'expertise,
- un médecin parti en retraite,
- six médecins ne désirant pas répondre au questionnaire.

141 médecins avaient accepté de répondre au questionnaire. 54 médecins n'avaient pas répondu au téléphone : 15 médecins généralistes restaient injoignables malgré plusieurs appels à différents moments de la journée et différents jours de la semaine ; pour les 39 autres médecins nous avons laissé un message à leur secrétariat.

A noter que si le secrétariat nous informait que le médecin ne participait pas aux thèses ou n'avait pas le temps de répondre au questionnaire, ce dernier était quand même envoyé considérant qu'il ne s'agissait pas d'un refus franc de la part du médecin.

Au total 195 questionnaires ont été envoyés (dont 46 sous la forme mail et 9 par fax).

Lors du rappel, 65 questionnaires avaient été reçus (dont 11 mails).

Pendant l'enquête, 5 médecins généralistes n'avaient pas réussi à remplir le questionnaire par mail, un courrier postal leur a alors été envoyé.

Sur les 195 questionnaires envoyés, 103 ont été retournés, soit un taux de réponse de 52,8 %.

16 réponses sur 46 mails envoyés ont été reçues soit un taux de réponse par mail de 34,78 %

Un questionnaire a été exclu, le lien contenu dans le mail ne s'ouvrant pas.

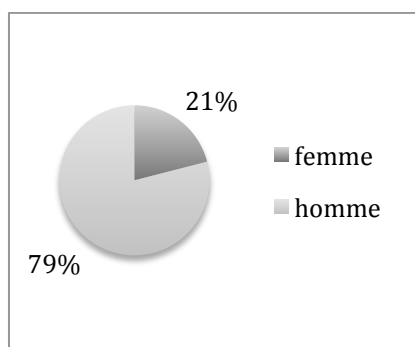
Au final, 102 questionnaires ont été exploités, soit 52,3 % de l'échantillon.

2) Caractéristiques des médecins généralistes

a) Sexe

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
femme	21	21	[13.75-30.53]
homme	79	79	[69.47-86.25]
Total.valides	100	100	-
Manquantes	2	-	-

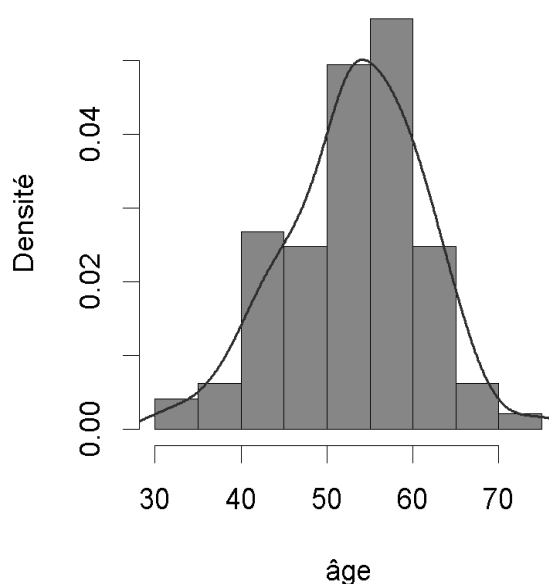
Tableau 1 - Sexe des médecins



Graphique 1 - Sexe (%)

Parmi les 102 médecins ayant répondu au questionnaire, 79 étaient des hommes (79 %) et 21 des femmes (21 %). 2 données étaient manquantes.

b) Age



Graphique 2 - Age des médecins

La moyenne d'âge était de 53,34 ans (écart-type=7,94) et la distribution suivait une loi normale.

La médiane était de 53 ans.

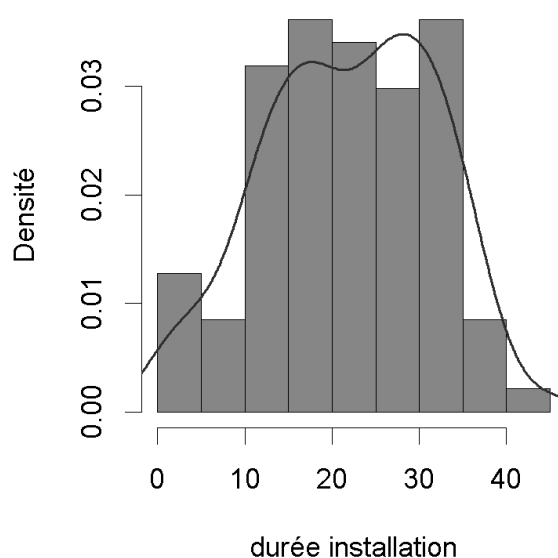
Le plus jeune médecin avait 31 ans, le plus âgé 75 ans.

5 médecins n'avaient pas inscrit leur âge.

La tranche d'âge la plus représentée était celle des 55-60 ans.

Les tranches d'âge les moins représentées étaient celles des plus de 70 ans et celle des 30-35 ans.

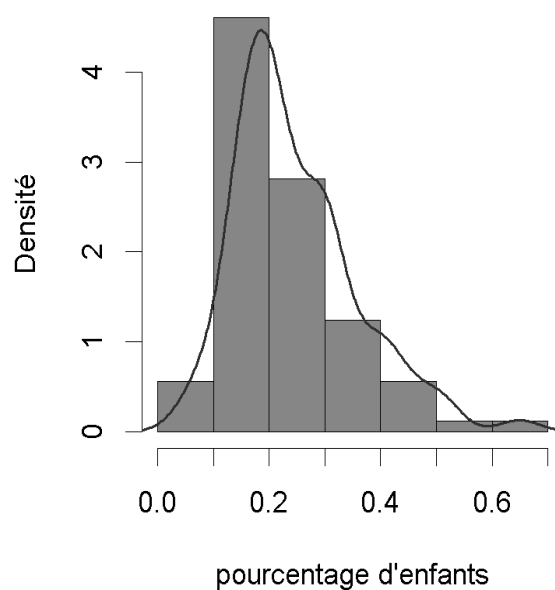
c) Durée d'installation



Graphique 3 - Durée d'installation des médecins

La durée d'installation moyenne était de 22,02 ans (écart-type=9,71).
La médiane était à 22,5 ans.
La durée minimale d'installation était de 1 an et la maximale de 45 ans.
8 données étaient manquantes.

d) Pourcentage de pédiatrie dans la patientèle



Graphique 4 - Pourcentage d'enfants de moins de 16 ans

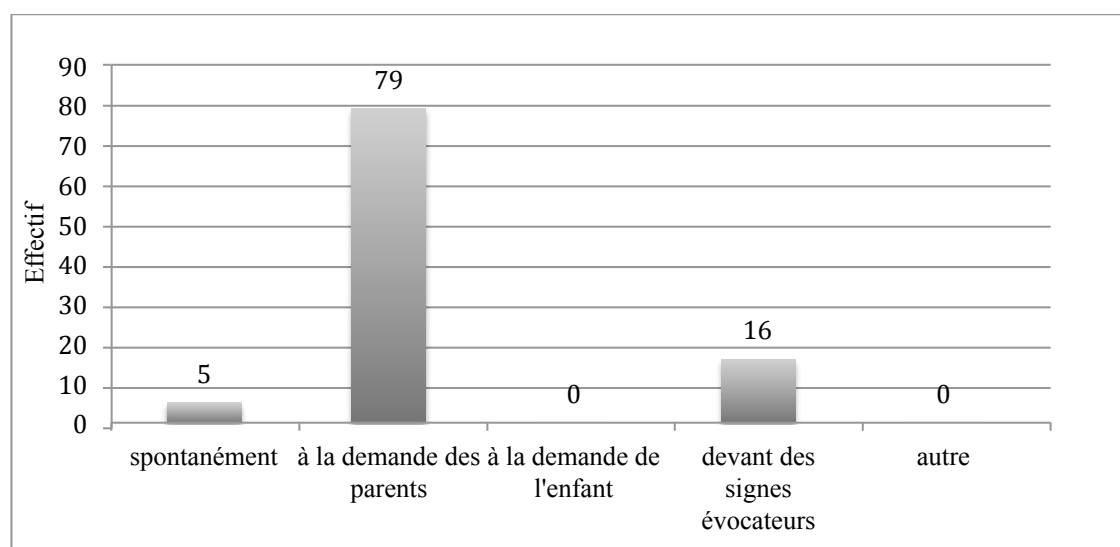
L'activité pédiatrique représentait en moyenne 24,8 % (écart-type=11).
Le minimum était de 5 %, le maximum à 65 % avec une médiane à 20 %.
Sur les 102 questionnaires, 13 médecins n'avaient pas indiqué de pourcentage.

3) Analyse descriptive

a) Le mode de discussion sur l'EnPI

Tableau 2 et Graphique 5 - "Lorsque vous parlez de l'énurésie nocturne primaire isolée en consultation vous le faites, le plus souvent ?"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Spontanément	5	5	[1.95-12.42]
A la demande des parents	75	79	[69.13-86.37]
A la demande de l'enfant	0	0	[0-3.81]
Devant des signes évocateurs	15	16	[9.4-25.03]
Autre	0	0	[0-3.81]
Total.valides	95	100	-
Manquantes	7	-	-



Les médecins en parlaient, le plus souvent :

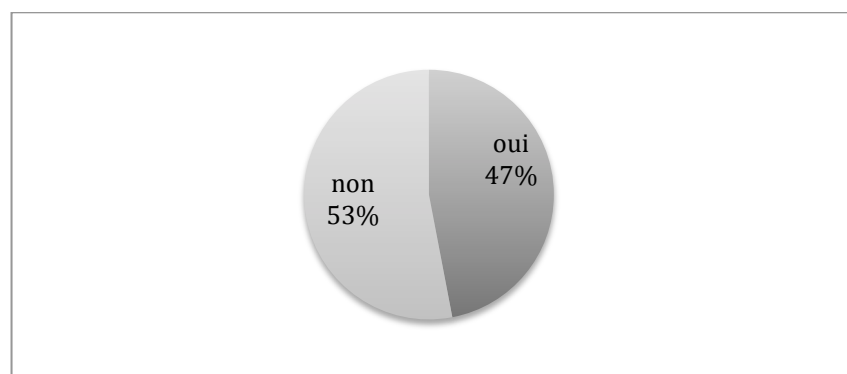
- spontanément pour 5 % des médecins,
- à la demande des parents pour 79 %,
- devant des signes évocateurs pour 16 % d'entre eux,
- aucun à la demande de l'enfant,
- 7 réponses étaient manquantes.

b) Intérêt d'un dépistage systématique

“Pensez-vous qu'il soit utile de poser systématiquement la question de l'énurésie nocturne primaire isolée lors d'une consultation pour un enfant de plus de 5 ans ?”

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Non	54	53	[42.85-62.81]
Oui	48	47	[37.19-57.15]
Total.valides	102	100	-

Tableau 3 - Intérêt d'un dépistage systématique



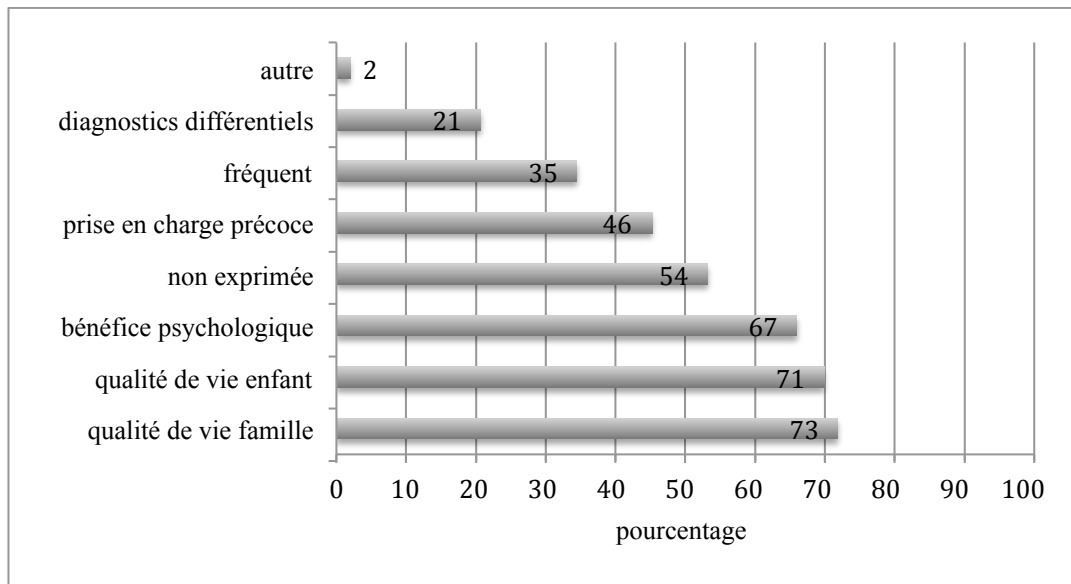
Graphique 6 - Intérêt d'un dépistage systématique (%)

À 53 % les médecins pensaient que non et à 47 % oui.
Tous les médecins avaient répondu à cette question.

“Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?”

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %	Valides	Manquantes
qualité de vie famille	35	73	[57.91-84.26]	48	54
qualité de vie enfant	34	71	[55.74-82.6]	48	54
bénéfice psychologique	32	67	[51.49-79.19]	48	54
non exprimée	26	54	[39.31-68.36]	48	54
prise en charge précoce	22	46	[31.64-60.69]	48	54
fréquent	17	35	[22.55-50.6]	48	54
diagnostics différentiels	10	21	[10.96-35.4]	48	54
autre	1	2	[0.05-11.07]	48	54

Tableau 4 - Réponses des médecins qui estiment le dépistage systématique utile



Graphique 7 - Réponses des médecins qui estiment le dépistage systématique utile

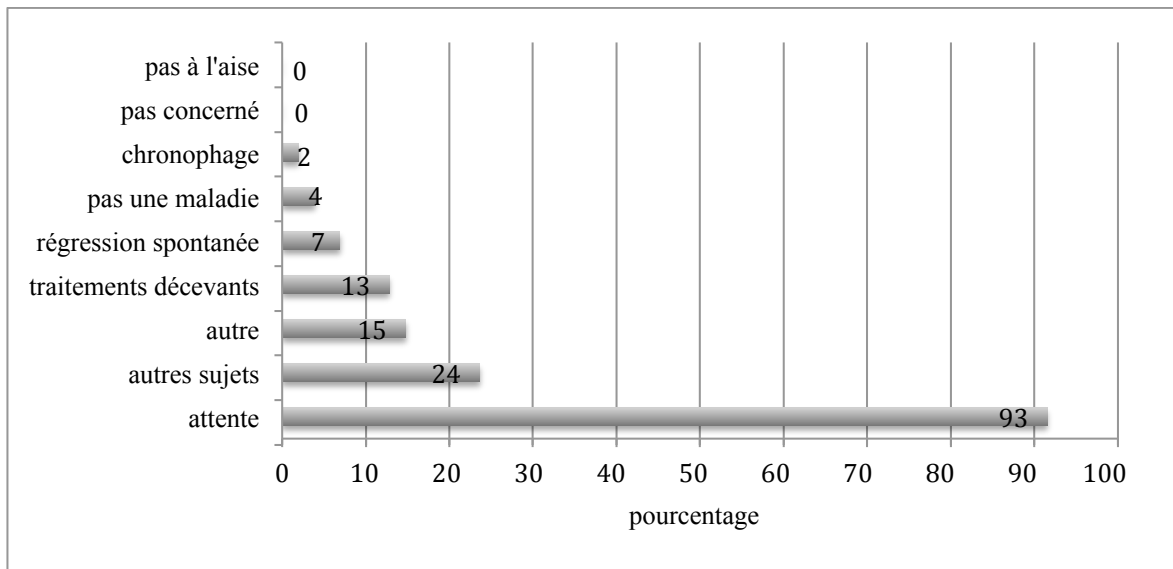
Pour les médecins qui estimaient le dépistage systématique utile, c'était :

- pour une meilleure qualité de vie familiale dans 73 % des cas,
- pour une meilleure qualité de vie de l'enfant pour 71 % des médecins,
- parce qu'il y a un bénéfice psychologique à être pris en charge pour l'enfant pour 67 %,
- parce que la question est souvent non exprimée par les parents ou l'enfant dans 54 % des cas,
- pour une prise en charge précoce pour 46 %,
- parce que c'est une pathologie fréquente pour 35 %,
- parce que cela permet d'éliminer des diagnostics différentiels pour 21 %,
- "autre" pour 2 % ("ouvrir dialogue si souhaité").

"Si non, pour quelle(s) raison(s) ?"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %	Valides	Manquantes
attente	50	93	[82.11-97.94]	54	48
autres sujets	13	24	[13.92-37.94]	54	48
autre	8	15	[7.06-27.67]	54	48
traitements décevants	7	13	[5.8-25.52]	54	48
régression spontanée	4	7	[2.06-17.89]	54	48
pas une maladie	2	4	[0.45-12.75]	54	48
chronophage	1	2	[0.05-9.89]	54	48
pas concerné	0	0	[0-6.6]	54	48
pas à l'aise	0	0	[0-6.6]	54	48

Tableau 5 - Réponses des médecins qui n'estiment pas le dépistage systématique utile



Graphique 8 - Réponses des médecins qui n'estiment pas le dépistage systématique utile

Les médecins estimaient le dépistage systématique inutile car :

- dans 93 % car ils attendent que ce soit l'enfant et/ou la famille qui aborde le problème,
- dans 24 % car il y a beaucoup d'autres sujets à aborder,
- dans 13 % parce que les traitements sont décevants,
- dans 7 % car l'énurésie régresse spontanément,
- pour 4 % car ce n'est pas une maladie,
- pour 2 % car la consultation est chronophage.

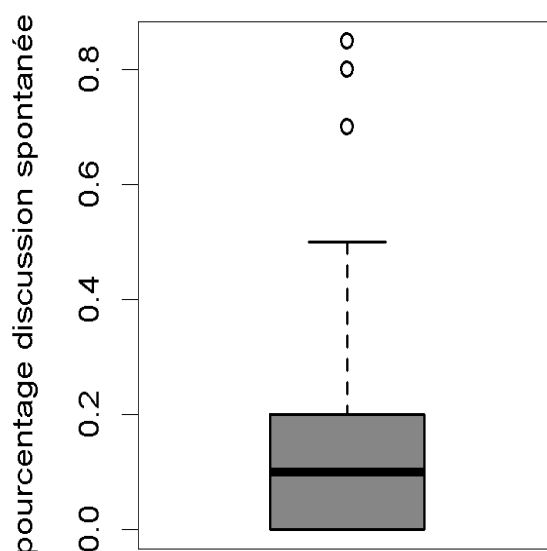
Aucun médecin n'avait coché les cases "je ne me sens pas concerné" et "je ne me sens pas à l'aise avec la prise en charge".

Dans 8 % autre :

- "Les parents sont au courant de l'énurésie si elle existe; question qui peut sembler déplacée aux yeux de l'enfant ou des parents"
- "La question est posée lors du bilan des 4 ans"
- "Ne pas froisser ou la mère ou surtout l'enfant"
- "Si l'enfant et sa famille abordent le sujet, la thérapie sera plus aisée et efficace"
- "Je pose parfois la question en fonction de la famille ou des signes évocateurs, mais pas systématiquement. Par contre d'accord avec les items du OUI"
- "Trouble psychologique, famille à problème"
- "Sujet parfaitement abordé en consultation par les familles"
- "Problème anomalies anatomiques, psychopathologie de l'enfant, troubles familiaux (divorce, violence...), sociopathologie d'adaptation (école ...) infection urinaire patente".

c) Pourcentage de discussion spontanée

“Dans quel pourcentage de cas, êtes-vous à l’origine de la discussion sur l’énurésie nocturne primaire isolée ?”



Graphique 9 - Pourcentage de discussion spontanée

Le médecin était à l’origine de la discussion sur l’EnPi en moyenne dans 16,2 % des cas (écart-type=20,7).

La médiane était à 10 %.

6 médecins n’avaient pas répondu à cette question.

4 médecins avaient donné des pourcentages nettement supérieurs à l’ensemble : 85 % pour un médecin, 80 % pour deux d’entre eux, 70 % pour un médecin. La médiane paraît donc ici plus pertinente pour décrire cette variable.

25 médecins (26 %) avaient inscrit 0 %.

Ils étaient 63 à avoir donné un pourcentage inférieur ou égal à 10 %.

75 % des médecins avaient inscrit un chiffre inférieur à 20 % (3^{ème} quartile=20 %).

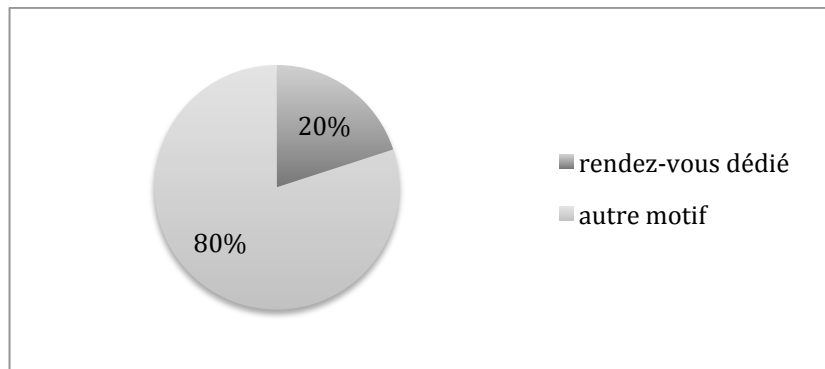
22 médecins avaient noté un chiffre supérieur à 20 %.

d) Moment de la consultation

“Quand la demande émane de la famille, cela se fait, le plus souvent ?”

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Rendez-vous dédié	20	20	[12.79-29.16]
CS pour autre motif	81	80	[70.84-87.21]
Total.valides	101	100	-
Manquante	1	-	-

Tableau 6 - Moment de la consultation



Graphique 10 - Moment de la consultation (%)

20 % des médecins avaient répondu lors d'un rendez-vous dédié et 80 % lors d'une consultation pour un autre motif.

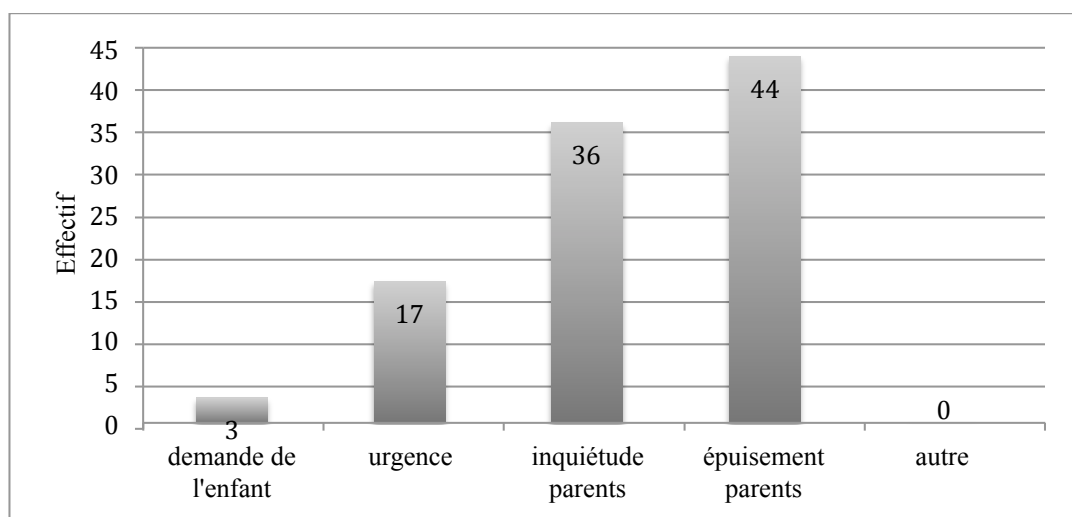
Un médecin n'avait pas répondu à cette question.

e) Motif de la consultation

“Quelle est la principale raison de la consultation d'un enfant ayant une énurésie nocturne primaire isolée ?”

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Demande de l'enfant	3	3	[0.65-8.86]
Urgence	16	17	[10.11-25.96]
Inquiétude parents	35	36	[27.05-46.96]
Épuisement parents	42	44	[33.77-54.24]
Autre	0	0	[0-3.77]
Total.valides	96	100	-
Manquantes	6	-	-

Tableau 7 - Motif de la consultation



Graphique 11 - Motif de la consultation

La principale raison de consultation était :

- l'épuisement des parents pour 44 % des médecins,
- l'inquiétude des parents pour 36 % d'entre eux,
- en contexte d'urgence (la veille d'un départ en vacances ou d'un voyage scolaire) pour 17 % des médecins,
- à la demande de l'enfant pour 3 % des médecins.

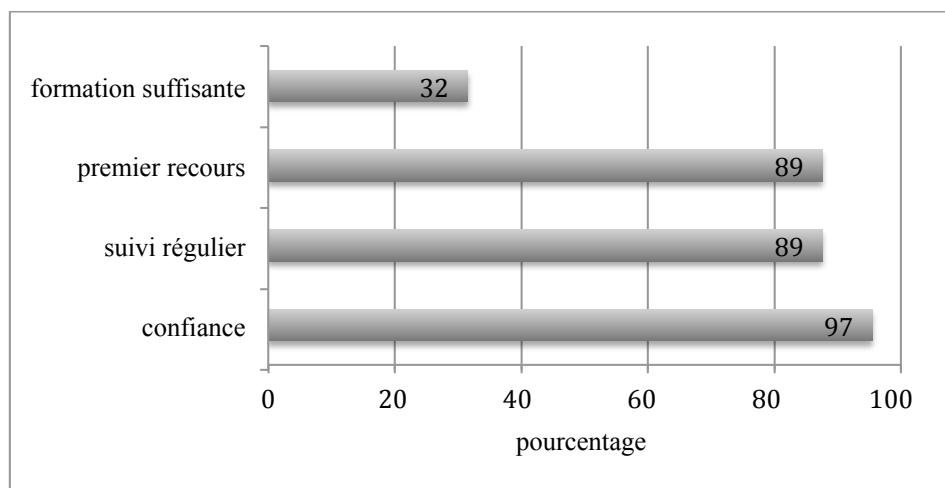
6 médecins n'avaient pas répondu à la question.

f) Facilités de dépistage

“Dans le cadre de l'énurésie nocturne primaire isolée, vous pouvez dépister plus facilement car :”

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %	Valides	Manquantes
confiance	97	97	[91.48-99.38]	100	2
premier recours	90	89	[80.96-94.17]	101	1
suivi régulier	86	89	[80.22-93.93]	97	5
formation suffisante	31	32	[23.06-42.31]	97	5

Tableau 8 - Facilités de dépistage



Graphique 12 - Facilités de dépistage

Le dépistage était facilité grâce :

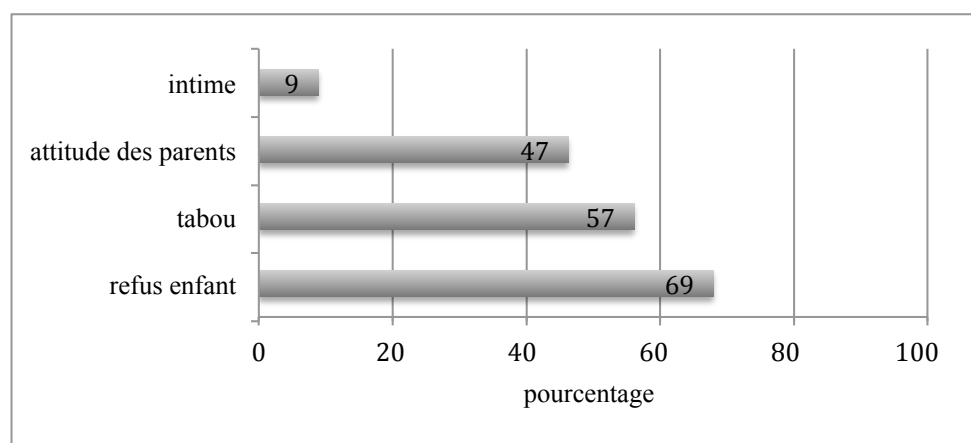
- à la confiance de la famille et de l'enfant pour 97 % des médecins (n=100),
- au fait d'être le premier recours pour 89 % (n=101),
- au suivi régulier de l'enfant pour 89 % des médecins (n=97),
- à leur formation suffisante pour 32 % d'entre eux (n=97).

g) Difficultés de dépistage

“Quelles sont en revanche les difficultés qui peuvent être rencontrées lors du dépistage de l'énurésie nocturne primaire isolée ?”

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %	Valides	Manquantes
refus enfant	70	69	[58.58-77.25]	102	0
tabou	57	57	[46.72-66.73]	100	2
attitude des parents	47	47	[36.64-56.69]	101	1
intime	9	9	[4.46-16.83]	100	2

Tableau 9 - Difficultés de dépistage



Graphique 13 - Difficultés de dépistage

Les freins au dépistage étaient, pour les médecins interrogés :

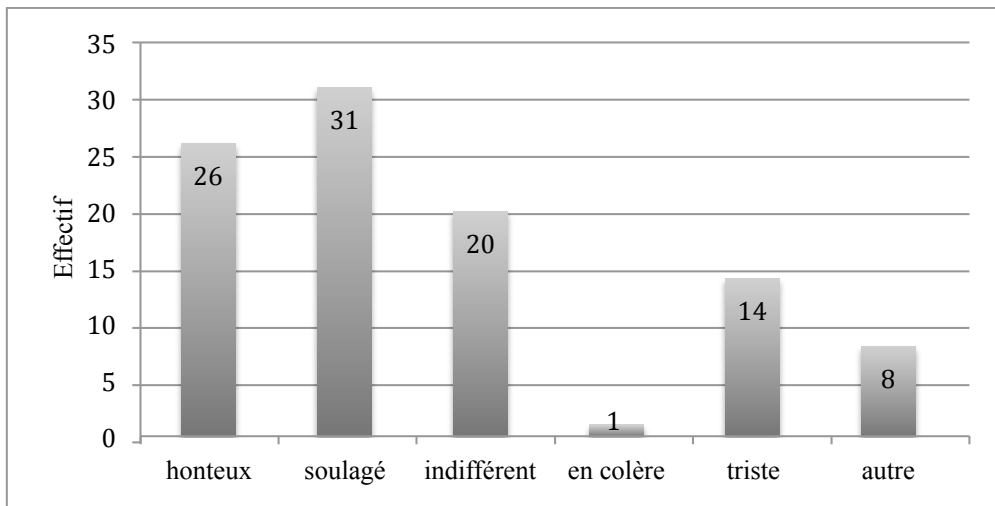
- dans 69 % le refus de l'enfant d'en parler (n=102),
- dans 57 % le fait d'être un sujet tabou, inavoué par les parents et l'enfant (n=100),
- dans 47 % l'attitude des parents minimisant les conséquences ou résignés (n=101),
- dans 9 % le fait d'être un sujet intime, difficile à aborder pour le médecin (n=100).

h) Le comportement de l'enfant

“Lorsque vous abordez le sujet de l'énurésie nocturne primaire isolée, l'enfant est, le plus souvent :”

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %
Honteux	25	26	[18.05-36.52]
Soulagé	29	31	[21.71-40.94]
Indifférent	19	20	[12.76-29.72]
En colère	1	1	[0.03-5.73]
Triste	13	14	[7.77-22.62]
Autre	8	8	[3.97-16.39]
Total.valides	95	100	-
Manquantes	7	-	-

Tableau 10 - Comportement de l'enfant



Graphique 14 - Comportement de l'enfant

L'enfant était :

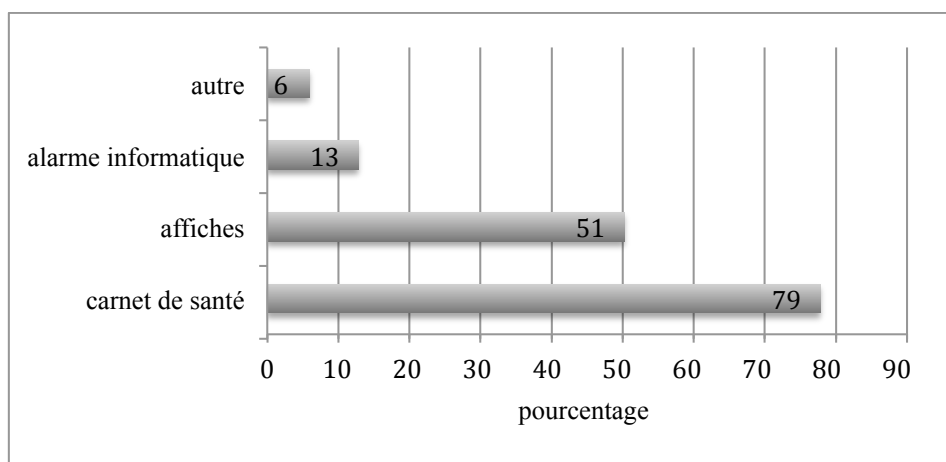
- honteux pour 26 % des médecins,
- soulagé pour 31 %,
- indifférent dans 20 %,
- en colère dans 1 %,
- triste dans 14 %,
- 8 médecins avaient répondu "autre": "à l'écoute davantage que soulagé", "attitudes très diverses", "anxieux", "acceptant", "attentif", "résigné", "méfiant, ne se livre pas tout de suite", "juste concerné par le problème".
- 7 données étaient manquantes car pour 6 d'entre eux le médecin avait coché plusieurs réponses, un médecin n'avait pas répondu à la question.

i) Les outils de dépistage

"Quel(s) moyen(s) serai(en)t utile(s) pour dépister plus facilement l'énurésie nocturne primaire isolée ?"

	Effectif	Pourcentage	IC à 95 %	Valides	Manquantes
carnet de santé	81	79	[70.03-86.53]	102	0
affiches	52	51	[40.95-60.94]	102	0
alarme informatique	13	13	[7.23-21.16]	102	0
autre	6	6	[2.41-12.87]	102	0

Tableau 11- Outils de dépistage



Graphique 15 - Outils de dépistage

Les moyens utiles au dépistage étaient :

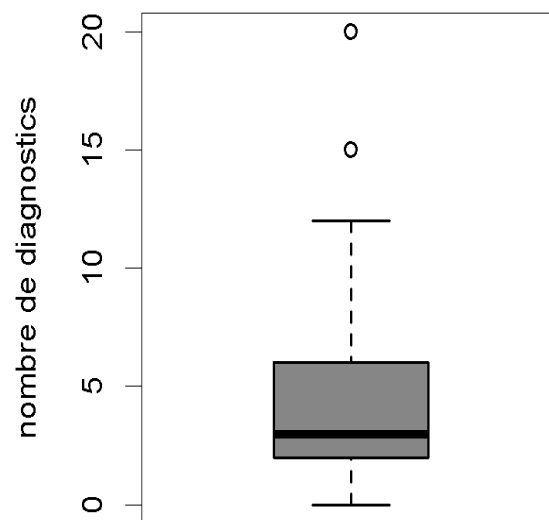
- une question ou page spécifique dans le carnet de santé pour 79 % des médecins généralistes,
- des affiches, dépliants en salle d'attente pour 51 %,
- une alarme dans le logiciel informatique pour 13 %,
- "autre" pour 6 % :
 - "Faut-il dépister ?"
 - "Autre" sans précision
 - "Je ne pense pas qu'un dépistage soit utile car le plus souvent les parents accompagnent un enfant peu motivé. Il doit s'agir en premier lieu d'une démarche de l'enfant. Il est alors possible d'élargir la discussion sur l'état psychologique de l'enfant sans être symptomatique sur l'énurésie seulement"
 - "Formation médicale"
 - "Dédramatisation en médecine générale et scolaire"
 - "Développer davantage l'homéopathie qui apporte de bons remèdes à ce problème difficile à traiter".

Les questionnaires 36 et 85 n'avaient pas coché de réponses à la question 9 : un des deux avait inscrit "aucun" et l'autre : "problème le plus souvent spontanément abordé par les parents chez le médecin de famille, importance du relationnel".

Pas de réponse cochée pour le questionnaire 41 et le 74.

j) Nombre de diagnostics

“Combien de diagnostic(s) d'énurésie nocturne primaire isolée faites-vous par an approximativement ?”



Graphique 16 - Nombre de diagnostic(s)

Le nombre de diagnostics moyen était de 5,01 par an avec un écart-type de 4,25.

La médiane était à 3.

Le maximum était de 20 diagnostics par an, le minimum était aucun.

9 médecins n'avaient pas répondu à cette question.

25 % des médecins faisaient moins de 2 diagnostics par an (1er quartile=2).

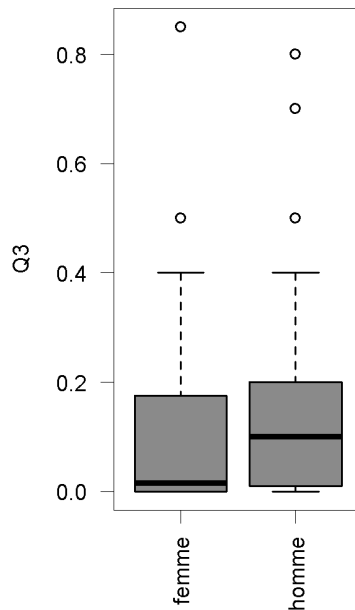
Les commentaires éventuels notés sur le questionnaire :

“on n'y pense pas suffisamment”

Le questionnaire 98 : “cela n'est pas une question systématique, les parents en parlent facilement”.

4) Analyse bivariée

Graphique 17 - Association entre le pourcentage de discussion spontanée et le sexe :



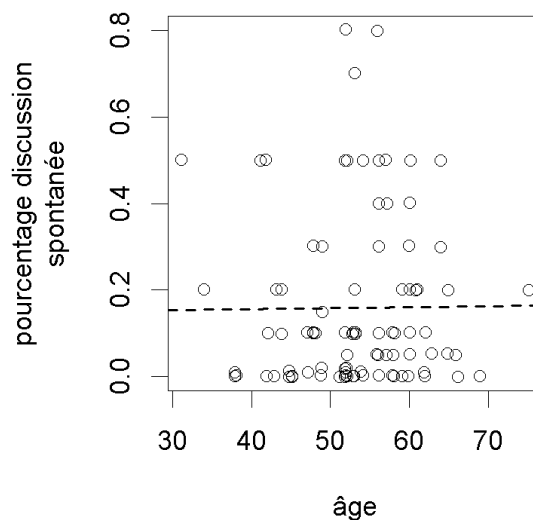
Le test de Wilcoxon retrouvait un $p=0,259$.

Nous n'observons pas d'association statistiquement significative entre le pourcentage de discussion spontanée et le sexe.

La moyenne de discussion spontanée pour les femmes était à 14,8 % +/- 23,4 et pour les hommes à 17 % +/- 20,1.

La médiane était à 1,5 % pour les femmes, 10 % pour les hommes.

Graphique 18 - Association entre le pourcentage de discussion spontanée et l'âge :

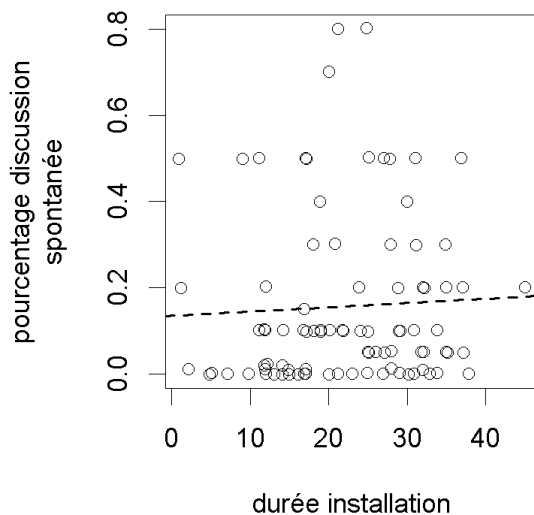


Le coefficient de corrélation était de 0,009.

Le test de la nullité du coefficient de corrélation : $p=0,933$.

Il n'y avait pas d'association significative entre le pourcentage de discussion spontanée et l'âge.

Graphique 19 - Association entre le pourcentage discussion spontanée et la durée d'installation :

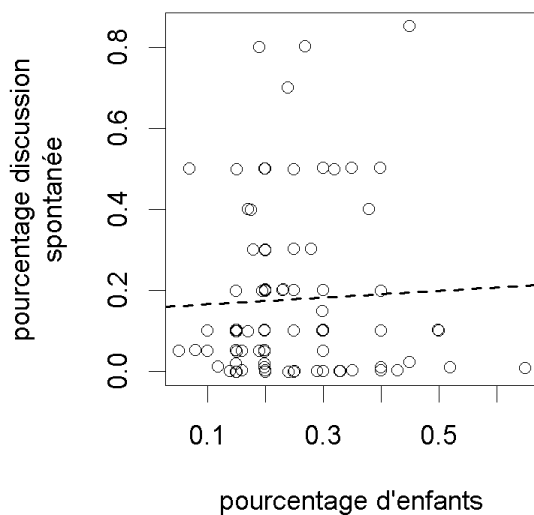


Le coefficient de corrélation était à 0,046.

Le test de la nullité du coefficient de corrélation : $p=0,666$.

On ne retrouvait pas d'association significative entre le pourcentage de discussion spontanée et la durée d'installation.

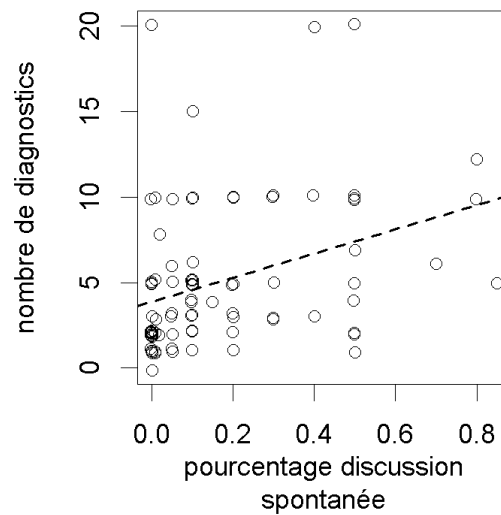
Graphique 20 - Association entre le pourcentage de discussion spontanée et le pourcentage d'enfants de moins de 16 ans :



Le coefficient de corrélation était à 0,043. Le test de la nullité du coefficient de corrélation : $p=0,692$.

Il n'y avait pas d'association significative entre le pourcentage de discussion spontanée et le pourcentage d'enfants de moins de 16 ans dans la patientèle.

Graphique 21 - Association entre le pourcentage de discussion spontanée et le nombre de diagnostics :



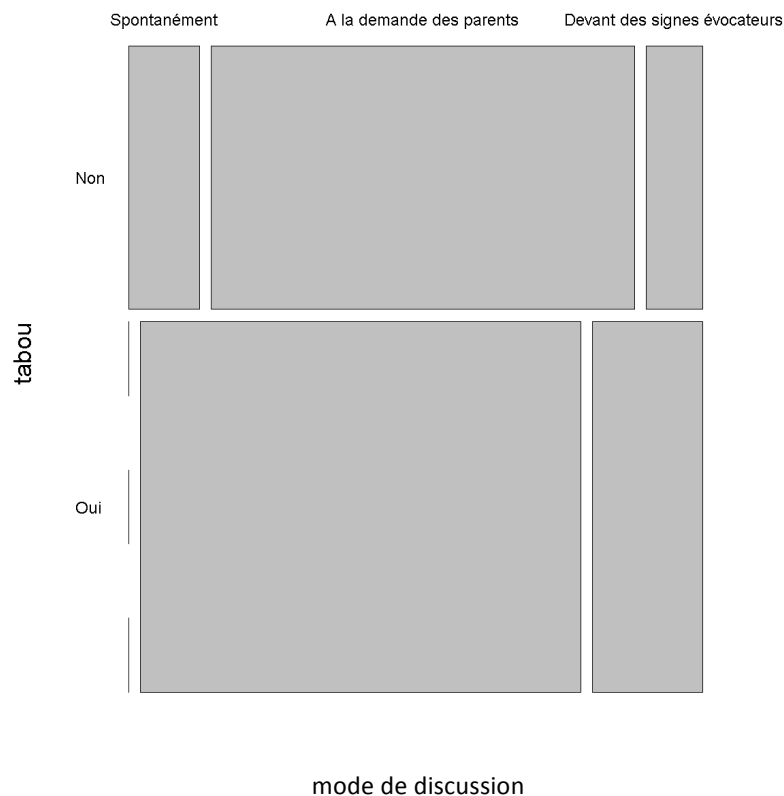
Le coefficient de corrélation était à 0,349.

Le test de la nullité du coefficient de corrélation : $p = 0,000936$.

Nous observons une association statistiquement significative entre le pourcentage de discussion spontanée et le nombre de diagnostics.

Graphique 22 - Association entre le mode de discussion et le fait de penser que l'énurésie est un sujet tabou pour les parents et l'enfant :

Colonnes : mode discussion / Lignes : tabou



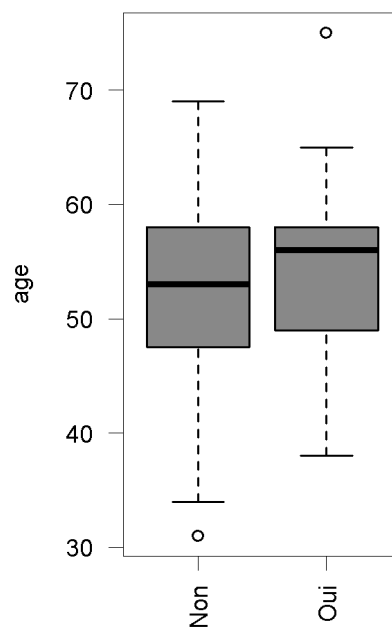
	spontanément	A la demande des parents	Devant des signes évocateurs	Total
Non	5 (12.82 %)	30 (76.92 %)	4 (10.26 %)	39
Oui	0 (0 %)	44 (80 %)	11 (20 %)	55
Total	5	74	15	94

Tableau 12 - Association mode discussion/ tabou

Le test de Fisher exact retrouvait : $p=0.016$

Nous observons une association statistiquement significative entre le mode de discussion et le fait de penser que c'est un sujet tabou pour les parents et l'enfant au risque 5 %.

Graphique 23 - Association entre la formation suffisante pour dépister et l'âge :



Le test de Student retrouvait : $p=0,228$.

La moyenne d'âge de ceux qui estimaient leur formation suffisante était de 54,59 ans +/- 7,42, celle de ceux qui la trouvaient insuffisante était de 52,43 ans +/- 8,14.

La médiane était à 53 ans pour le non et 56 ans pour le oui.

Nous ne mettons pas en évidence d'association significative entre l'âge des médecins et le fait qu'ils pensaient avoir une formation suffisante pour dépister.

III. DISCUSSION

1) Population

a) Taux de participation à l'étude

Le taux de réponse de 52,8 % est satisfaisant pour ce type d'enquête.

Les thèses antérieures réalisées sur l'EnPI avaient un taux de retour de 41,84 % pour l'une [24] et 31,1 % pour l'autre [25].

Ceci peut être expliqué par une période de retour plus longue et par la relance du questionnaire avec l'envoi d'une seconde lettre.

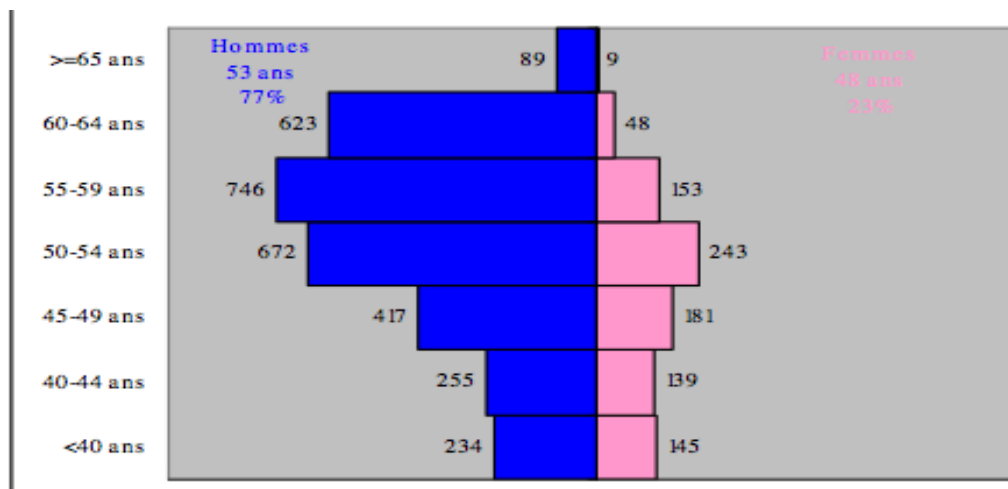
L'appel téléphonique initial n'avait pas permis de joindre l'ensemble des médecins généralistes ; ces derniers n'ayant pas de secrétariat ou n'ayant pas eu le temps de prendre l'appel ou de rappeler.

Il permettait de présenter le sujet et d'expliquer aux médecins que même s'ils avaient peu de connaissance sur le sujet ou peu de patients concernés, ils pouvaient quand même y répondre.

Le taux de retour aurait peut-être été plus élevé si tous les médecins avaient pu être contactés.

b) Caractéristiques démographiques

L'Atlas 2011 de la démographie médicale de la région Nord-Pas-de-Calais (NPDC) note une moyenne d'âge à 52 ans pour les hommes, 48 ans pour les femmes. Les femmes représentent 23 % des 3954 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Nord-Pas-de-Calais [26].



Graphique 24 - Pyramide des âges des médecins libéraux et mixtes de la région NPDC

Dans notre étude, la moyenne d'âge des médecins était de 53,34 ans [51.74-54.94] tout sexe confondu et 21 % [13.75 %-30.53 %] étaient des femmes. La moyenne d'âge des femmes est de 47,6 ans et celle des hommes 54,7 ans.

La répartition hommes/femmes (79/21) est comparable à la répartition régionale.

La moyenne d'âge pondérée des médecins généralistes de la région est à 51,1 ans ; la moyenne d'âge de notre échantillon est significativement plus élevée.

Concernant la part de pédiatrie dans la patientèle :

La moyenne régionale des moins de 15 ans est de 20,15 % [26]. Dans notre étude, l'activité pédiatrique représentait en moyenne 24,8 % [22.6- 26.9], avec une médiane à 20 %.

L'activité pédiatrique de notre échantillon est plus élevée que la moyenne régionale, probablement liée à la surreprésentation pédiatrique dans la population générale de la zone urbaine roubaisienne.

En effet, à Roubaix, sur 95 028 habitants (chiffres INSEE 2009), 26 % sont des enfants de 0 à 14 ans et 42 % de la population roubaisienne est âgée de moins de 25 ans.

Cela est d'autant plus intéressant que l'EnPi concerne majoritairement les enfants².

c) Choix des médecins interrogés

Nous avons interrogé des médecins généralistes installés sur 6 villes du département, autour du CH de Roubaix.

Nous avons fait le choix de cet échantillonnage car c'était à l'époque mon lieu de travail en tant que remplaçante. De plus, le Dr Pierre, qui travaille avec moi sur ce projet, exerce en tant que néphropédiatre à l'hôpital de Roubaix. La population pédiatrique étant importante à Roubaix, nous avons pensé que les médecins généralistes de ce secteur étaient les premiers concernés par le problème de l'EnPI.

Nous n'avons pas cherché à être représentatif des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais en choisissant cette population car l'activité y était exclusivement urbaine et la densité médicale plus élevée. On constate cependant que les différences, en terme d'activité pédiatrique et d'âge, ne sont pas très importantes et cela permet de donner une première impression sur l'opinion des médecins généralistes dans ce secteur géographique sur le dépistage de l'énurésie nocturne primaire isolée.

² La Convention internationale relative aux droits de l'enfant définit le terme « enfant » par tout être humain âgé de moins de dix-huit ans.

2) Biais de l'étude

La forme du questionnaire :

Nous avons posé une majorité de questions fermées (8/10), pour ne pas obtenir trop de réponses en petit nombre, mais cela a pu faire perdre la spontanéité contrairement aux questions ouvertes même si à chaque fois une case "autre" laissait la possibilité aux médecins de s'exprimer.

Certains médecins ont coché plusieurs réponses aux questions à choix simple avec pour conséquence de devoir annuler la question. Et inversement il est possible qu'ils n'aient coché qu'une seule réponse aux questions à choix multiples. A chaque question, il était pourtant inscrit que celle-ci était à choix simple ou non pour limiter le risque d'erreur. Certains médecins n'ont pas répondu à toutes les questions du questionnaire.

Certaines réponses peuvent être approximatives, celles-ci ne se basant pas sur des chiffres précis mais sur un ressenti, comme par exemple le nombre de diagnostic(s) d'énurésie nocturne primaire isolée fait par le médecin généraliste par an (question 10) ou le pourcentage de discussion spontanée par le médecin (question 3).

Il nous a cependant semblé important de laisser les participants s'exprimer sur ces deux questions pour ne pas orienter les réponses comme cela aurait pu être le cas si nous avions mis des intervalles fixes. La majorité des médecins, malgré la difficulté, a répondu à l'une ou l'autre des questions.

Le taux de retour par mail est relativement faible. Cinq médecins n'ont pas réussi soit à ouvrir le fichier joint, soit à le remplir. Le questionnaire a été diffusé par voie électronique en tant que fichier attaché, une incompatibilité de version a pu être à l'origine du faible taux de réponse. Il aurait peut être fallu l'envoyer par mail dans différentes versions de word.

Le choix était cependant laissé au médecin de répondre par mail ou sur papier lors de l'appel téléphonique. Malgré cela, l'envoi par mail n'a pas réussi à augmenter la participation des médecins.

Au final, malgré les biais de la méthodologie, le questionnaire nous a semblé la méthode de choix, laissant ainsi un temps de réponse assez long pour s'adapter au rythme et à l'emploi du temps du participant.

La sélection des articles :

Les principales enquêtes auxquelles nous comparons nos résultats étaient à l'initiative ou financées par le laboratoire Ferring [9, 20, 21, 27] et peuvent ainsi constituer un biais puisque ce laboratoire pharmaceutique commercialise un des deux traitements de l'EnPI.

A défaut d'autres sources disponibles, nous avons comparé nos résultats à ces études.

3) Analyse

a) Les médecins dépistent-ils ?

En 2010, une étude a été réalisée sur internet auprès de 3 071 mères d'enfants âgés de 6 à 11 ans pour apprécier les échanges autour de l'énurésie notamment avec les médecins. Cette étude a permis d'obtenir un échantillon de 219 mères d'enfants énurétiques. Selon ces mères, le médecin a abordé spontanément la question de la propreté nocturne dans 23,3 % des cas [21].

Cette étude est la seule qui interroge sur le dépistage par les médecins généralistes, néanmoins celle-ci questionne les mères d'enfants énurétiques et non les médecins généralistes eux-mêmes.

Nos résultats sont plus faibles que ceux de la littérature :

Dans notre étude, la médiane de discussion spontanée initiée par le médecin généraliste sur l'EnPI est de 10 %.

25 médecins répondent 0 % soit 26 % des médecins généralistes ne posent jamais la question de l'énurésie en consultation.

Nous avons voulu savoir si l'âge, le sexe, la durée d'installation ou le pourcentage de pédiatrie influençait le dépistage. Or il n'y a pas d'association significative entre ces variables.

On ne peut donc pas donner de profil type de "dépisteur" ou de "non-dépisteur".

Nous allons voir dans les chapitres suivants les raisons de ce faible taux de dépistage.

b) Pourquoi faut-il dépister ?

Les deux principales raisons à l'intérêt d'un dépistage systématique, selon les médecins, sont une meilleure qualité de vie de l'enfant pour 71 % d'entre eux et de sa famille pour 73 %.

En effet les répercussions sur l'enfant sont importantes :

- Psychologiques :

L'énurésie a des effets négatifs sur l'image de soi [28]. Les enfants atteints d'énurésie ont une estime d'eux-mêmes plus basse que dans la population générale [29].

Dans une étude réalisée par Hagglof et al. [29], les auteurs comparaient l'estime de soi chez des enfants ayant une énurésie ou une incontinence avant et après traitement à un groupe contrôle. Ils concluaient que les enfants concernés avaient une estime d'eux-mêmes plus basse que le groupe contrôle avant initiation du traitement.

Les enfants seraient également plus anxieux avec parfois des problèmes de comportement [30].

L'étude ENOIS de 1999 réalisée auprès de 361 pédiatres, cherchait à identifier les caractéristiques de l'EnPI et les modalités de sa prise en charge. Elle a permis d'identifier que les enfants énurétiques présentaient des troubles du comportement essentiellement à type d'anxiété (45,4 %) et d'instabilité-hyperactivité (26,7 %) [27].

Une étude réalisée aux Pays-Bas [16] montrait que les troubles du comportement de l'enfant n'étaient pas la cause mais la conséquence de l'énurésie.

L'énurésie apparaît en troisième position des événements particulièrement stressants après le divorce et les disputes entre les parents [11].

Une étude polonaise de 2002 [31], réalisée dans un centre de psychiatrie infantile, montrait que l'énurésie a plus d'effets négatifs sur le plan psychologique que d'autres pathologies chroniques plus graves et à plus sombre pronostic (asthme, pathologie cardiaque chronique).

Les enfants ont aussi un sentiment de honte, de culpabilité et d'infériorité [32].

- Sociales :

L'énurésie limite les contacts sociaux [30], celle-ci peut être vécue comme un véritable "handicap social" par l'enfant et ses parents [21].

L'enfant se replie sur lui-même et a des difficultés à envisager un séjour hors de la maison.

Dans l'enquête auprès des mères de 2010, 59,4 % des enfants énurétiques n'avaient jamais dormi chez leurs copains, 68,4 % n'étaient jamais partis en séjour scolaire et 82,2 % n'étaient jamais partis en colonie [21].

- Scolaires :

Le retentissement sur la vie scolaire est difficile à évaluer. Toutefois les performances scolaires étaient perturbées chez 11,3 % des enfants dans l'enquête ENOIS [27].

L'enquête "pipi au lit" a été réalisée afin de mieux connaître les répercussions de l'énurésie. Par l'intermédiaire d'affiches et brochures, les parents et enfants désirant participer à l'enquête pouvaient appeler un numéro vert ; un questionnaire leur était alors envoyé, celui-ci se divisait en 2 parties : une partie destinée aux parents et l'autre aux enfants.

Dans cette enquête, 36 % des enfants avaient des troubles de l'attention à l'école, 28 % avaient des difficultés pour les apprentissages scolaires et 30 % étaient fatigués le matin [20].

Peut-être peut-on mettre cela en parallèle avec le fait que certains parents réveillent systématiquement les enfants la nuit pour aller uriner ?

Les répercussions sur la famille sont conséquentes :

- L'énurésie nocturne entraîne des perturbations de la vie familiale.

L'énurésie nocturne suscite souvent chez les parents le découragement pouvant aller jusqu'à l'exaspération, au détriment de l'enfant [15].

Les parents ont parfois recours aux punitions pour affronter le problème : près de 20 % des parents grondaient l'enfant dans l'étude de 1999 [29], 37 % dans l'enquête Enurésie nocturne de 2007 [9].

Dans l'enquête ENOIS, les relations familiales étaient altérées dans 37,7 % des cas [27].

- Les parents développent un sentiment d'échec éducatif et de culpabilité.

Dans l'enquête de 2007, 86 % des parents déclaraient être gênés par le fait que leur enfant soit énurétique et 44 % d'entre eux développaient un sentiment de culpabilité [9].

- Le coût économique est non négligeable pour les parents [32].

Les coûts sont ceux engendrés par l'utilisation de couches, l'entretien de la literie, des vêtements et la consommation d'électricité. Ces coûts sont proportionnels au nombre de nuits mouillées par semaine [32]. Le prix d'un traitement éventuel non remboursé est également à prendre en compte.

L'énurésie est parfois plus mal vécue par la famille que par l'enfant lui-même. Il arrive que la consultation d'un enfant énurétique soit motivée uniquement par une demande parentale, sans que l'enfant ne se sente concerné et ne soit demandeur de prise en charge.

Les répercussions sur l'enfant et sa famille soulignent l'importance du dépistage.

46 % des médecins ont coché la réponse "intérêt d'une prise en charge précoce" comme raison d'un dépistage systématique ; il y a effectivement un véritable impact à prendre en charge précocement l'enfant énurétique pour :

- La qualité de vie :

Même si l'énurésie finit généralement par disparaître (le taux de guérison spontanée est de l'ordre de 15 % par an [1]), on ne peut pas donner de délai. Une prise en charge est importante pour diminuer la durée des symptômes et ainsi prévenir les diverses conséquences pour une meilleure qualité de vie des enfants et des parents [29].

- L'économie familiale :

Le rapport de l'ANAES indiquait que l'absence de traitement impliquait des coûts totaux supérieurs à chacune des autres alternatives de traitement (alarme ou desmopressine) [6]. Le coût important pour les familles représente un argument supplémentaire pour prendre en charge l'énurésie le plus rapidement possible [33].

- L'estime de soi :

Pour certaines études, l'amélioration de l'estime de soi était significativement liée au succès thérapeutique [15, 28]. Pour d'autres, l'estime de soi s'améliore avec le traitement quel que soit le résultat [1, 34]. En effet, Longstaff et al. en 2000 [34] montraient que les enfants atteints d'énurésie qui entreprenaient un traitement devenaient plus heureux et avaient une meilleure image d'eux-mêmes.

Dans notre étude, chez les médecins généralistes qui pensent qu'un dépistage systématique pourrait être utile, 67 % estiment qu'il y a un bénéfice psychologique pour l'enfant à être pris en charge.

- Pour le traitement :

Une étude italienne de 2002 [35] a conclu que l'EnPI était particulièrement difficile à traiter lorsque les patients parvenaient à l'âge de l'adolescence.

En effet, 80 % des sujets inclus dans cette étude avaient une énurésie sévère (au moins 3 épisodes par semaine), 22 % ne répondaient pas au traitement et 23 % avaient une faible compliance [35].

Quels sont les traitements de l'EnPI ?

Trois traitements ont fait la preuve de leur efficacité en 2002 selon l'ANAES [6] : deux traitements pharmacologiques (desmopressine et antidépresseurs tricycliques) et un traitement comportemental (les systèmes d'alarme).

La desmopressine est un analogue synthétique de l'hormone antidiurétique (ADH). Elle provoque une diminution de la production urinaire chez l'enfant. Une petite dose (120-240 µg) administrée en lyophilisat (Minirinmelt®) est susceptible de contrôler la diurèse pendant une période égale à une nuit de sommeil (7-11h) [36]. Ce traitement est indiqué à partir de l'âge de 6 ans.

La desmopressine ne doit pas être prise de façon ponctuelle. Il est nécessaire de débiter le traitement au moins un mois avant le départ si un séjour en collectivité est envisagé afin de pouvoir augmenter le dosage par palier de 60 µg tous les 8 jours jusque la dose de 240 µg/j, exceptionnellement 360 µg/j [18].

Le taux de réponse (réduction d'au moins 50 % du nombre de nuits mouillées) est de 60 à 70 % à six mois, sous traitement [37].

Le risque potentiel de ce traitement est l'apparition d'effets secondaires potentiellement graves (hyponatrémie avec céphalées, nausées, vomissements, confusion, convulsion voire coma) si l'enfant ne respecte pas la restriction hydrique.

L'alarme est un appareil électrique que les premières gouttes d'urine vont mettre en fonction, faisant sonner le dispositif. L'enfant doit alors l'éteindre, terminer sa miction aux toilettes et réinstaller l'appareil pour le reste de la nuit.

Le mode d'action des systèmes d'alarme est basé sur l'anticipation et la prise de conscience du besoin d'uriner [11].

Les alarmes sont efficaces dans 60 à 80 % des cas sur une moyenne d'utilisation de 3 mois [1, 6, 38]. Les résultats sont meilleurs quand l'utilisation de l'alarme est associée dès le départ à un suivi comportemental et un soutien familial [38]. Il s'agit souvent d'une guérison définitive puisque le taux de rechute est faible, de l'ordre de 10 à 30 % [13].

Une étude comparative Minirin/alarme montre une supériorité du Minirin pendant les 3 premières semaines de traitement, une efficacité comparable à 3 mois de traitement et à long terme (2 mois après l'arrêt du traitement), une efficacité supérieure de l'alarme par rapport au Minirin [13].

Un traitement combiné peut être utilisé pour certaines EnPI associant polyurie et faible capacité vésicale, en cas d'échec de la monothérapie [1].

Les antidépresseurs tricycliques sont efficaces mais ne sont pas prescrits compte tenu de leur toxicité potentielle, hormis dans des cas exceptionnels.

Ils peuvent être envisagés chez l'adolescent dans de rares cas d'énurésie réfractaire, après évaluation du rapport bénéfice/risque et après avoir informé le patient et sa famille [1].

Cependant, le traitement n'est pas systématique, la prise en charge de l'énurésie commence par des mesures hygiéno-diététiques.

Ces mesures sont :

- Une meilleure répartition de l'hydratation : boire beaucoup au petit-déjeuner puis régulièrement tout au long de la journée en limitant les boissons le soir ; choisir des eaux peu minéralisées ; éviter les soupes, jus de fruits, boissons gazeuses et sucrées le soir.
- Un comportement mictionnel adapté : avoir des mictions régulières, 5 à 7 fois par jour environ (sans oublier au lever et au coucher), bien vider sa vessie à chaque miction, aller aux toilettes dès que le besoin est ressenti, favoriser l'accès aux toilettes la nuit (lumière dans la chambre ...).
- Une bonne hygiène de vie : retrait des couches, vie régulière, durée de sommeil suffisante.
- La participation de l'enfant : il est important de responsabiliser l'enfant en lui confiant par exemple la gestion des draps mouillés avec ses parents.

Tout en suivant ces conseils, il faut proposer à l'enfant la tenue d'un calendrier mictionnel pendant 2 semaines environ, en privilégiant le renforcement positif : c'est l'enfant qui notera sur le calendrier uniquement les nuits sèches sous la forme d'un soleil ou d'un smiley [39].

Avec une bonne observance des conseils d'hygiène de vie et la tenue du calendrier mictionnel, près de 20 % des patients souffrant d'énurésie guérissent dans un délai moyen de 6 à 8 semaines [18].

L'accompagnement de l'enfant et le soutien psychologique aident également à la guérison.

Il est également important d'expliquer l'énurésie et le fonctionnement de l'appareil urinaire par des schémas simples, adaptés aux enfants.

35 % des médecins qui estiment qu'un dépistage systématique serait utile le feraient car l'EnPI est une pathologie fréquente :

La prévalence de l'énurésie nocturne en France varie d'une étude à une autre :

Lors de l'enquête Enurésie nocturne 2007 réalisée sur 6 455 enfants de 6 à 14 ans, la prévalence de l'énurésie nocturne était de 4,6 % et dans le sous-groupe des 6-10 ans de 5,8 % [9].

Dans l'enquête auprès des mères de 2010, sur les 3 071 mères interrogées, 219, soit 7,1 % avaient au moins un enfant de 6 à 11 ans énurétique ou l'ayant été au cours des deux dernières années [21].

Le dépistage est donc important du fait de la prévalence élevée de l'EnPI retrouvée dans ces deux études récentes.

21 % des médecins pensent qu'un dépistage serait utile pour éliminer certains diagnostics différentiels. En effet, en fonction de l'interrogatoire et de l'examen clinique, il faut évoquer d'autres diagnostics :

- L'énurésie secondaire :

Il s'agit d'un enfant de plus de 5 ans qui a été propre la nuit pendant au moins 6 mois et qui présente à nouveau des mictions nocturnes involontaires.
On retrouve généralement un facteur déclenchant psychologique.

- Les troubles mictionnels fonctionnels :

- L'instabilité vésicale ou contraction désinhibée du détrusor.

Les symptômes sont des fuites diurnes et nocturnes d'urine avec pollakiurie, urgences mictionnelles et attitudes de "squatting".

Elle est aussi fréquente que l'EnPI. Elle se traduit par la persistance d'une vessie de type infantile, automatique, responsable de besoins fréquents [40].

Elle est plus fréquente chez la fille.

Le traitement consiste en l'utilisation des anti-cholinergiques à partir de 5 ans, ainsi que la prise en charge d'une constipation associée.

- La dyssynergie vésico-sphinctérienne : les signes cliniques sont très proches de ceux de l'instabilité vésicale mais on retrouve en plus une dysurie.

- L'instabilité urétrale : elle est de diagnostic plus rare. Le tableau clinique est proche de celui de l'instabilité vésicale et c'est généralement la mauvaise réponse au traitement anticholinergique qui incite à réaliser l'exploration urodynamique permettant d'objectiver ce trouble [40].

Le traitement repose sur la rééducation par bio-feedback.

- L'incontinence urinaire :

- Les malformations urologiques :

- L'abouchement ectopique de l'uretère : il s'agit d'une anomalie du site d'implantation de sa partie terminale. Il se traduit par une incontinence permanente chez la fille, diurne et nocturne, coexistante avec des mictions normales [7].

Chez le garçon l'incontinence est absente, le mode de révélation le plus fréquent étant l'infection. Le traitement est chirurgical.

- Les valves urétrales postérieures : elles sont responsables d'une obstruction sous-vésicale avec incontinence diurne et nocturne, pollakiurie, dysurie, jet urinaire faible, miction saccadée.

- La sténose du méat urétral : elle est congénitale ou acquise (inflammation du méat). Cela se traduit par un jet urinaire dévié, un début de miction douloureux, et parfois une urétrorragie en fin de miction.

- La vessie neurologique : elle peut être secondaire à une affection congénitale (spina bifida) ou acquise (traumatisme ou tumeur) [7]. Certaines anomalies cliniques doivent attirer l'attention telles qu'une fossette sacro-coccygienne prononcée, un lipome sous-cutané, une attitude scoliotique, des pieds creux, un déficit de la sensibilité périnéale ou des réflexes ostéotendineux anormaux.

- Le syndrome de Hinman :
C'est une cause particulière de vessie neurologique, sans lésion neurologique identifiée ni obstacle anatomique. Cela se traduit par une incontinence nocturne et diurne avec encoprésie, infections urinaires à répétition et des troubles du comportement. Il y a un risque majeur de retentissement sur le haut appareil urinaire. L'examen neurologique est normal et il n'y pas d'obstacle anatomique. Il s'agit d'une forme sévère de dyssynergie vésico-sphinctérienne. Les abus sexuels peuvent être à l'origine de cette pathologie et sont à rechercher.
- La polyurie : il faut évoquer un diabète (sucré ou insipide) ou une tubulopathie.

La gravité potentielle de ces diagnostics différentiels montre qu'il est nécessaire de rechercher le symptôme "énurésie" et d'autres signes urinaires associés à l'interrogatoire, et de savoir éliminer une pathologie sous-jacente à l'examen clinique.

Dans notre enquête, les résultats concernant les modalités de consultation démontrent la nécessité d'un dépistage :

Le motif de la consultation retrouvé dans notre étude est le plus souvent parental : épuisement dans 44 % et inquiétude dans 36 % des cas.

La principale raison est l'épuisement des parents, terme assez fort, qui fait penser qu'ils attendent peut-être trop longtemps avant d'en parler.

On remarque très nettement que l'EnPI est rarement le motif initial de la consultation.

En effet pour 80 % des médecins généralistes, c'est lors d'une consultation pour un autre motif que la famille aborde le sujet de l'énurésie.

Dans cette situation, le sujet est souvent vite évoqué à la fin d'une consultation ou sur le pas de la porte avec un temps insuffisant, sauf si le médecin reconvoque la famille pour une consultation consacrée exclusivement à l'énurésie.

De même, 17 % des consultations sont réalisées en contexte d'urgence, la veille d'un départ en vacances ou d'un voyage scolaire.

La consultation devrait pourtant se prévoir suffisamment à l'avance afin d'avoir le temps de rassurer l'enfant, de le revoir, et éventuellement de débiter un traitement.

On voit là tout l'intérêt d'un dépistage pour éviter la précipitation et avoir du temps à consacrer à ce problème.

Une autre raison à l'intérêt du dépistage est que beaucoup de parents nient les conséquences de l'énurésie et banalisent la situation ou sont résignés. Cette attitude peut entraîner un retard de consultation.

Butler et al. [41] ont réalisé une revue de la littérature en 2002 et ont constaté que les parents adoptaient une attitude résignée face à l'énurésie de leur enfant car ils se sentaient impuissants pensant que l'énurésie était incontrôlable.

L'étude du Pr Lottmann de 1997 a montré que 92 % des mères estimaient que l'énurésie n'avait pas de répercussions sur leur vie de famille, le comportement à l'école ou les résultats scolaires de leur enfant. Quarante pour cent des mères disaient à leur enfant de ne pas se faire de souci, que cela disparaîtra un jour et 15 % ignoraient le problème [19].

Dans l'enquête Enurésie nocturne 2007, 59 % des parents étaient persuadés que le problème allait passer tout seul, alors que seulement 39 % pensaient qu'une prise en charge était nécessaire [9].

La thèse du docteur Dulac-Bertani retrouvait que 45,8 % des parents pensaient que c'était un problème transitoire et étaient peu inquiets [22].

Dans l'enquête "parler de l'énurésie", parmi les mères qui ne parlaient pas de l'énurésie de leur enfant avec le médecin, 2/3 pensaient que "cela allait passer avec le temps" [21].

Dans l'enquête Enurésie nocturne 2007, la perception des parents variait en fonction de l'âge de leur enfant. Les parents d'adolescents s'avouaient résignés et ceux d'enfants plus jeunes paraissaient au contraire plus indulgents et avaient tendance à minimiser le problème [9].

Dans notre enquête, les médecins sont partagés sur le fait que l'attitude des parents soit un frein ou non au dépistage : 47 % pensent que l'attitude des parents est un frein en minimisant les conséquences ou en étant résignés, 53 % pensent que non.

On pressent l'importance des échanges avec la famille sur la propreté de l'enfant après 6 ans pour alerter les parents qui banalisent l'énurésie. La consultation permet de conseiller les parents résignés et de leur parler des prises en charge possibles.

Mais cette attitude ne doit pas être un frein pour le médecin, mais une raison supplémentaire de poser la question de l'EnPI à tout enfant de plus de 5 ans vu en consultation.

c) Pourquoi les médecins pourraient dépister facilement ?

Le médecin généraliste est un spécialiste qui a 5 grandes fonctions [42] :

- c'est un médecin de premier recours auquel le patient s'adresse en premier dans la majorité des cas. De plus, afin de respecter le parcours de soins, c'est le médecin traitant qui prendra en charge en premier le patient.

- c'est également un médecin formé à l'approche globale des patients, il connaît leur histoire personnelle, leur contexte familial et culturel. C'est le médecin "de famille" qui connaît l'enfant généralement depuis la naissance.

- il assure la continuité des soins, il accompagne le patient et assure le suivi.

- il est au centre de la coordination des soins : c'est lui qui jugera utile ou non d'adresser l'enfant à un autre spécialiste (urologue, néphropédiatre ..) et travaillera avec eux en coordination.

- il a également un rôle de santé publique comme, par exemple pour l'EnPI, d'information, d'éducation et de dépistage.

Dans notre étude, les médecins semblent rassembler la majorité de ces compétences. Ils indiquent dépister plus facilement car ils ont la confiance de la famille et de l'enfant dans près de 100 % des cas (97 %), qu'ils peuvent assurer un suivi régulier de l'enfant (89 %) et qu'ils sont le premier recours (89 %).

Dans l'enquête "parler de l'énurésie", 63,4 % des mères s'adressent aux médecins généralistes et 28,3 % aux pédiatres [21]. C'est donc effectivement le médecin traitant qui est habituellement le premier interlocuteur des parents et des enfants.

Pour les médecins qui jugent le dépistage systématique inutile, 2 % seulement indiquent que la consultation est chronophage.

La consultation pour EnPI demande du temps mais ceci ne semble pas être un argument pour un non-dépistage. En effet, le médecin généraliste a la possibilité de gérer son temps, de planifier ses décisions. Il peut donc programmer plusieurs rendez-vous consécutifs dans une stratégie de prise en charge avec l'enfant.

Les médecins généralistes semblent à l'aise avec cette pathologie, car seulement 9 % indiquent que l'EnPI est un sujet intime, difficile à aborder et aucun médecin n'a coché la proposition "je ne me sens pas à l'aise avec la prise en charge".

Certaines enquêtes parlaient de manque d'intérêt de la part des praticiens, mais ici aucun médecin n'a coché la case "je ne me sens pas concerné par cette pathologie".

Ce n'est donc pas le manque d'intérêt qui est à l'origine de l'absence de dépistage.

Les médecins semblent au contraire intéressés par ce sujet comme en témoigne le taux de retour du questionnaire.

Seulement 4 % pensent qu'il ne faut pas dépister de façon systématique car ce n'est pas une maladie. L'EnPI semble donc être considérée comme une pathologie par les médecins généralistes et ceci n'explique pas le faible dépistage.

Les mentalités sur l'EnPI ont évolué et cette pathologie qui était considérée comme uniquement un trouble du comportement, est actuellement reconnue pour certains comme à la fois un symptôme et un état pathologique [2] et pour d'autres comme une entité pathologique [1].

Elle est encore classée au chapitre 5 de la classification internationale des maladies (CIM 10) publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en tant que "troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence". Le consensus d'expert estime que cette inscription de l'EnPI au chapitre psychiatrie des classifications des maladies n'est pas justifiée [1].

d) Quels sont les freins au dépistage ?

La principale difficulté au dépistage selon les médecins généralistes est le refus de l'enfant d'en parler (69 %).

Dans la littérature, on remarque qu'en réalité ce chiffre est beaucoup plus faible : dans l'enquête de 2010, sur les 14,6 % des mères qui ne parlaient pas au médecin de l'énurésie de leur enfant, c'était pour ¼ d'entre elles parce que l'enfant refusait d'en parler [21].

Dans l'enquête ENOIS, sur les 306 observations d'enfants énurétiques faites par les pédiatres, 28,3 % des enfants énurétiques refusaient d'en parler à quiconque [27].

Ces résultats nous interrogent par rapport aux autres enquêtes réalisées :

Une étude en 2003 a montré que l'enfant aimerait parler de son énurésie à son médecin dans 59 % des cas [20].

Lottmann et al. [19] ont montré dans une étude réalisée en France en 1997, que 85 % des enfants énurétiques estimaient qu'il pourrait être utile de parler de leur problème à un médecin.

Dans l'enquête ENOIS, 54,2 % des enfants ont abordé facilement le problème de l'EnPI avec le médecin [27].

Dans notre étude, 31 % des médecins pensent que lorsqu'ils abordent le sujet de l'EnPI, l'enfant est, le plus souvent, soulagé.

Finalement, d'après ces études, les enfants ne sont peut-être pas aussi réticents pour en parler, contrairement à ce que pensent les médecins généralistes interrogés.

Ce préjugé ne devrait pas représenter une difficulté pour le médecin qui connaît l'enfant et sait comment aborder la question avec lui.

Nous sommes étonnés par les résultats concernant le peu de demandes de l'enfant : dans notre questionnaire, les médecins généralistes n'abordent jamais le sujet de l'EnPI à la demande de l'enfant à la question 1, et à la question 5 la demande de l'enfant est le motif de consultation dans seulement 3 % des cas.

La place de l'enfant peut être occultée par la présence des parents qui parlent en son nom. Il est alors important de recentrer le dialogue sur l'enfant en s'adressant directement à lui, tout en adaptant nos questions à son âge et à son niveau de compréhension.

Il est utile de voir l'enfant seul afin de mieux apprécier sa gêne et sa motivation.

Les médecins pensent qu'une autre des difficultés rencontrées lors du dépistage est que le sujet est encore tabou³ pour les parents et l'enfant dans 57 % des cas.

Cinquante quatre pour cent des médecins qui pensent qu'il faudrait dépister systématiquement l'EnPI le font, car celle-ci est souvent non exprimée par les parents ou l'enfant.

L'EnPI est encore un sujet difficile à aborder avec leur entourage : dans l'enquête "parler de l'énurésie" de 2010, peu de mères jugeaient utile d'informer de l'énurésie de leur enfant la maîtresse (13,7 %) et/ou les parents des camarades proches (13,7 %) et 11,9 % des mères ne souhaitaient pas en parler à qui que ce soit [21].

Dans cette même étude, l'enfant refusait que l'on en parle dans 29,2 % des cas avec l'entourage (famille, maîtresse).

Dans l'enquête de 2007, 63 % des enfants énurétiques n'avaient jamais parlé de leur problème

³ Dont on ne doit pas parler par crainte ou par pudeur.

à leurs amis [9].

En revanche, l'énurésie n'est peut-être plus un sujet aussi tabou qu'autrefois avec le médecin : en 2007, 82 % des parents avaient déjà évoqué avec lui l'énurésie de leur enfant [9] ; 85,4 % en 2010 [21].

Quarante huit pour cent des mères ont déclaré que le remède de l'EnPI devrait émaner du corps médical dans l'enquête du Pr Lottmann [19].

Le mode de discussion sur l'EnPI (spontanément ou à la demande des parents) est significativement associé au fait que le médecin pense que cela est ou non un sujet tabou pour les parents et l'enfant.

On constate que dans le groupe de médecins pour lequel ce n'est pas un sujet tabou, 12,8 % dépistent chaque enfant de plus de 5 ans contre 0 % dans le groupe tabou.

Le médecin pose donc peut-être moins facilement cette question s'il pense que c'est un sujet délicat, qui risque de "froisser" les parents ou l'enfant. C'est donc un frein au dépistage.

A l'inverse, le dépistage est fait devant des signes évocateurs dans seulement 10 % des cas dans le groupe qui pense que ce n'est pas un sujet tabou versus 20 % dans le groupe tabou.

Le fait de retrouver des signes évocateurs (irritation périnéale, comportement anormal de l'enfant) peut-il évoquer un retard de diagnostic ?

On constate également que la proportion de demande de prise en charge de la part des parents est peu différente selon le groupe tabou ou non tabou.

Ceci démontre que quelque soit les croyances du médecin, les parents en parlent de la même façon, l'EnPI n'étant peut être pas aussi difficile à aborder pour eux.

Ces deux freins au dépistage selon les médecins généralistes interrogés (sujet tabou et refus de l'enfant d'en parler), sont plus des idées reçues que la réalité comme en témoigne la littérature. Ils ne doivent pas empêcher le médecin d'aborder la question avec l'enfant et ses parents.

Seulement 32 % des médecins généralistes pensent dépister plus facilement car leur formation est suffisante sur le sujet.

Le manque de formation n'est pas lié à l'âge : ce ne sont pas forcément les médecins les plus jeunes qui pensent dépister plus facilement car leur formation est suffisante.

Une des compétences du médecin généraliste est d'accroître ses connaissances par des recherches personnelles ou par l'intermédiaire de la formation médicale continue.

L'enseignement sur l'EnPI est peut-être suffisant pour la traiter mais pas pour dépister, les médecins ne sachant pas s'ils doivent attendre que la demande vienne des parents, s'ils doivent poser la question devant des signes cliniques évocateurs ou bien la dépister systématiquement.

Une information auprès des professionnels de santé semble importante afin de les renseigner sur les conséquences éventuelles de l'EnPI sur l'enfant et sa famille.

Dans la formation médicale continue, il est possible de se former à la prise en charge de l'EnPI mais beaucoup moins au dépistage. Les formations devraient mettre l'accent sur cet aspect de la question.

Des cours théoriques sur le dépistage sont inclus dans la formation du troisième cycle des études médicales de médecine générale afin de former les futurs médecins et les aider à mieux dépister.

e) Pourquoi les médecins dépistent peu ?

- Les médecins attendent que ce soit les parents et/ou l'enfant qui en parlent :

Dans l'enquête de 1997, réalisée sur 3 803 enfants scolarisés de 5 à 10 ans, 66 % des mères d'enfants sujets à l'énurésie nocturne, modérée à sévère, avaient parlé de ce problème à un médecin (62 % chez les 5-7 ans et 72 % dans le groupe des 8-10 ans) [19].

La thèse du Dr Dulac-Bertani de 2004 interrogeait les enfants de plus de 5 ans entrant au cours préparatoire des écoles de Lyon et leurs parents, par l'intermédiaire du médecin scolaire. Elle retrouvait que 65,8 % des parents d'enfants énurétiques en avaient parlé à leur médecin traitant, 21,9 % n'en avaient jamais parlé et 12,3 % n'avaient pas répondu à la question [22].

Dans des études plus récentes, ce pourcentage était bien meilleur : en effet dans l'enquête Enurésie Nocturne de 2007, sur les 6 455 enfants de 6 à 14 ans recrutés lors de la phase de sélection, 298 souffraient d'énurésie nocturne et 82 % des parents avaient déjà évoqué l'EN de leur enfant avec un médecin [9].

Dans l'enquête "parler de l'énurésie" de 2010, c'est 85,4 % des mères d'enfants énurétiques de 6 à 11 ans qui en ont parlé au médecin [21].

Nos résultats sont concordants avec ces données plus récentes : dans notre questionnaire, les médecins évoquent le sujet de l'EnPI essentiellement à la demande des parents dans 79 % des cas.

Les médecins pensent qu'il n'est pas utile de dépister systématiquement car ils attendent que ce soit la famille et/ou l'enfant qui aborde le problème dans 93 % des cas.

Les médecins attendent que la demande vienne de la famille, certains que la relation de confiance qui les unit à leur patient permette de lever les non-dits.

Le problème de cette attitude est que les parents ne consultent pas tous au même moment :

- certains en parlent très tôt, avant même que l'on puisse parler par définition d'EnPI. En effet dans les études, dans 49 % des cas, la première consultation avait eu lieu avant 5 ans pour l'enquête énurésie nocturne de 2007 [9] et dans 64,4 % des cas avant l'âge de 6 ans pour l'enquête auprès des mères de 2010 [21].

Il faut que le médecin pense à leur poser la question lors de consultations ultérieures.

- D'autres parents, au contraire, sont plus tolérants et consultent plus tardivement, surtout s'ils n'en sont pas à leur première expérience avec le problème de l'énurésie nocturne.

- Les médecins minimisent les affects négatifs de l'enfant :

Dans une enquête menée en France en 2003 [20], 60 % des enfants avaient honte de leur maladie. Dans notre étude, seulement 26 % des médecins généralistes pensent que l'enfant est le plus souvent honteux lorsqu'ils abordent le sujet de l'EnPI.

La thèse du Dr Dulac-Bertani interrogeait les enfants sur leur ressenti en leur demandant de choisir parmi cinq dessins représentant des enfants avec différentes émotions : l'indifférence, la joie, la tristesse, la colère et les pleurs [22].

34,9 % des enfants ont coché le dessin correspondant à la tristesse et 15,9 % celui des pleurs.

Dans notre étude, 14 % des médecins pensent que la tristesse est l'émotion prédominante lors de la consultation.

Nous nous intéressons ici au point de vue du médecin généraliste sur le comportement de l'enfant, alors que les études citées interrogeaient soit directement l'enfant soit ses parents.

C'est intéressant de constater que les chiffres sont discordants.

Le ressenti du médecin généraliste concernant le comportement de l'enfant semble assez éloigné des résultats des études.

- Certains médecins pensent que l'enfant est indifférent à son trouble :

Dans l'enquête du Pr Lottmann, 15 % des enfants déclarent n'être pas du tout ennuyés par leur symptôme [19]. Dans l'enquête "pipi au lit", 14 % des parents pensent que l'énurésie ne contrarie pas du tout leur enfant [20]. 86 % des enfants énurétiques sont gênés par leur EN dans l'enquête énurésie nocturne 2007 [9].

Dans notre étude, 20 % des médecins pensent que l'enfant est le plus souvent indifférent lors de la consultation.

Cela peut expliquer que certains médecins pensent que le dépistage est inutile s'ils estiment que l'enfant est indifférent et non motivé et préfèrent peut-être attendre que l'enfant en fasse la demande afin d'avoir une prise en charge plus efficace.

Les nouvelles recommandations indiquent qu'un traitement spécifique doit être entrepris uniquement chez des enfants motivés [1].

Dans l'étude ENOIS, 29,1 % des interruptions de traitement avaient été causées par un manque de motivation de l'enfant.

Néanmoins dépister et traiter sont deux choses différentes.

Certains enfants affichent un détachement surprenant mais ceci n'est souvent qu'une façade et l'enfant accepte vite l'intérêt qu'on lui porte [7].

Il est indispensable de savoir si la demande de prise en charge vient des parents et/ou de l'enfant, en effet il est important qu'il soit "acteur" de sa prise en charge.

La tenue d'un calendrier mictionnel facilite l'implication de l'enfant et permet de savoir quel est son degré de motivation. En effet celle-ci reste essentielle à la réussite de la prise en charge.

L'alliance thérapeutique que le médecin va conclure avec l'enfant peut aussi l'aider à s'impliquer.

- Le dépistage systématique est inutile car l'EnPI régresse spontanément pour 7 % des médecins :

C'est exact qu'en l'absence de tout traitement, le taux de guérison est de 15 % par an chez les enfants âgés de 5 à 10 ans [43].

Tous les énurétiques ne seront pas guéris à la puberté et l'énurésie nocturne existe aussi chez l'adulte : une prévalence de 2,23 % a été trouvée par Yeung et al. dans une population de jeunes adultes de 19 ans en bonne santé [44].

Hjalmas et al. ont estimé que pour un enfant non traité souffrant d'EnPI, le risque de rester énurétique à l'âge adulte était de l'ordre de 3 % [8].

Le retentissement est donc possible à long terme dans la vie d'adulte, il est donc important de ne pas avoir une attitude attentiste dans la prise en charge de l'EnPI.

Néanmoins la persistance d'a priori selon lesquels l'EnPI passera toute seule est faible (7 %).

- Les médecins pensent que les traitements sont décevants dans 13 % des cas :

Il existe des traitements efficaces à proposer à l'enfant et sa famille, cependant leurs inconvénients peuvent parfois les décourager et cela peut sembler décevant pour les médecins.

Le principal inconvénient de la desmopressine est la rechute fréquente à l'arrêt du traitement surtout en cas de courte période.

Il y a également 35 % des patients qui ne répondent pas à la desmopressine [37].

Son efficacité est supérieure à celle d'un placebo [37].

Ce traitement sera surtout utile si le médecin souhaite obtenir des résultats rapides pour redonner confiance à un enfant découragé par exemple.

Il sera indiqué quand les alarmes ne peuvent pas être utilisées ou sont inefficaces.

En France, on remarque une résistance indiscutable à l'alarme (3 à 5 % d'utilisation en première intention) [10] à l'inverse des pays scandinaves et anglo-saxons pour lesquels ces systèmes sont souvent le premier traitement essayé. Pourtant ce système de conditionnement permet souvent une guérison définitive et est le traitement de choix de l'EnPI.

Les inconvénients de l'alarme sont :

- le coût qui peut être un frein à sa prescription : il représente environ 10 à 20 euros par mois à la location et 40 à 200 euros à l'achat selon les modèles et les marques. L'alarme n'est pas prise en charge par la Sécurité Sociale et est donc entièrement à la charge des familles, contrairement à la desmopressine, mais ce coût est comparable à celui des couches [6].
- le délai d'action jugé trop lent : après environ 1 mois, l'enfant commence à se réveiller [18]. La compliance est très mauvaise avec 30 % d'arrêt au cours des premières semaines d'utilisation.
- le fait de perturber le sommeil de l'enfant et également de sa famille [3].

Ce traitement demande une grande motivation de l'enfant et des parents et ne peut être utilisé chez l'enfant qu'à partir de 8 ans.

Elle est aussi moins utilisée par méconnaissance, l'information sur ce marché étant difficile à obtenir pour les familles ou les médecins [6].

Les médecins peuvent se servir de l'outil informatique afin de démystifier l'alarme, mieux la décrire. Il est nécessaire d'expliquer son fonctionnement à l'enfant et aux parents afin de favoriser l'observance.

- Il y a beaucoup d'autres sujets à aborder en consultation pour 24 % des médecins :

Il y a un intérêt à réserver le dépistage lors d'une consultation où le médecin a plus de temps pour évoquer le sujet, lors par exemple de la consultation pour les vaccins, où l'enfant va bien en général.

f) Comment pourrait-on aider les médecins à dépister ?

Pour un dépistage plus facile, 94 médecins généralistes (sur 102) estiment qu'il serait nécessaire d'avoir un ou des outil(s) de dépistage.

Ici le carnet de santé semble rassembler la majorité (79 %) : en effet sur les pages du carnet consacrées aux examens médicaux au cours de la troisième et quatrième année, est posée la question de la propreté acquise diurne et nocturne.

Mais cette question n'est plus présente lors de l'examen au cours de la sixième année.

C'est un âge où les enfants sont vus pour le rappel des vaccins obligatoires, généralement avec leur carnet de santé.

On peut tout à fait imaginer qu'une partie de la consultation soit consacrée au dépistage de l'EnPI.

Seulement 13 % pensent que l'alarme informatique pourrait être un outil de dépistage.

En pratique, il est facile de programmer pour chaque patient une alarme dès l'âge 6 ans afin de ne pas oublier de poser la question.

On peut également mettre une alarme répétitive si lors du premier rappel le médecin n'a pas le temps d'aborder le sujet de l'énurésie.

Très peu de médecins ont coché cette solution, préférant le carnet de santé, malgré que celui-ci ne soit pas toujours amené en consultation par les parents.

Des brochures d'information mises à disposition des patients et des affiches en salle d'attente (51 % des réponses) faciliteraient vraisemblablement le dialogue sur ce sujet.

Si l'un des motifs de non-dépistage est que le médecin ne pense tout simplement pas à poser la question, tous ces outils pourraient alors lui servir d'aide mémoire.

Nous aurions dû mettre également comme proposition "aucun outil de dépistage nécessaire" pour ceux qui pensent qu'un dépistage est inutile.

g) Nombre de diagnostic(s)

Il n'y a pas dans la littérature de données précises concernant le nombre de diagnostics d'EnPI que fait en moyenne par an un médecin généraliste.

Il y avait en France au 1^{er} janvier 2012 selon l'INSEE 69 449 médecins généralistes libéraux.

Plus de 400 000 enfants de 5 à 10 ans souffraient d'énurésie nocturne selon les données INSEE de 1999 [3].

Ce qui correspond à environ 4-5 diagnostics par an par médecin si on considère qu'il y a 80 % d'EnPI et 20 % d'énurésie secondaire.

En 2007, lors de l'enquête "Enurésie nocturne", le nombre d'enfants atteints était estimé en France à 218 000 dans la tranche d'âge 6-10 ans et 88 000 chez les 11-14 ans [9].

Parmi eux, 67 % avaient une EnPI, ce qui correspond à 205 020 enfants de 6 à 14 ans.

Cela représente 3 consultations par médecin et par an.

Mais dans cette étude, la prévalence retrouvée était faible par rapport à d'autres articles. Elle n'était que de 5,8 % chez les 6-10 ans [9] contre 9,2 % dans l'article de Lottmann à 5-10 ans [19].

Dans notre étude, le nombre de diagnostics moyens est de 5 par an avec un écart-type de 4,25. La médiane est à 3. Elle est ici plus pertinente puisque seulement 4 médecins ont inscrit des réponses supérieures à 10.

Nos données se rapprochent du chiffre théorique calculé en sachant que le pourcentage d'enfants sur la population de généralistes interrogés est plus élevé que la moyenne régionale et nationale. Ce chiffre aurait donc dû être plus élevé.

Cette pathologie est ici vraisemblablement sous-diagnostiquée.

Il est intéressant de constater qu'il y a une corrélation entre le nombre de diagnostics et le pourcentage de discussion spontanée ; le fait de poser la question augmente le nombre de diagnostics.

h) Intérêt d'un dépistage systématique

Les avis des médecins sont très partagés : 53 % des médecins pensent que non et 47 % oui.

Nous pensons, au vu de l'analyse de la littérature et des résultats de notre enquête, qu'il est utile de dépister de façon systématique les enfants de plus de 5 ans vus en consultation quel que soit le motif initial.

Même si les parents en parlent généralement d'eux-mêmes (80 %), quand le sujet est abordé, le délai peut être très long.

Parfois le sujet de la propreté nocturne n'a été abordée ni par le médecin ni par les parents (12,8 % des cas dans l'enquête "parler de l'énurésie"[21]) et c'est à ce moment-là que le dépistage systématique devient intéressant.

Mais est-ce réalisable en pratique ? L'emploi du temps et la charge de travail du médecin généraliste font qu'il est difficile pour lui d'aborder tous les sujets en consultation.

CONCLUSION

L'énurésie nocturne primaire isolée est une pathologie fréquente. Elle peut entraîner des conséquences sur l'enfant et sa famille et représente un coût non négligeable pour les parents.

Les médecins généralistes jouent un rôle important dans la prise en charge de l'EnPI et ce travail a permis de faire un état des lieux sur le dépistage de l'énurésie nocturne primaire isolée de l'enfant.

Les médecins semblent intéressés par ce sujet et pensent être à l'aise pour en parler avec leurs patients. Mais ils dépistent peu, attendant le plus souvent que les parents en parlent d'eux-mêmes. Un nombre encore important de médecins n'abordent jamais le sujet de l'EnPI.

Cela peut retarder le diagnostic si les parents ou l'enfant refusent d'en parler. De même, certains parents pensent qu'il n'y a pas de solution à l'énurésie de leur enfant et ne consultent pas.

Notre étude montre que la moitié des médecins sont pour un dépistage systématique.

L'analyse de la littérature nous montre les bénéfices objectifs d'une prise charge précoce. Il nous apparaît donc utile de poser de façon systématique la question de la propreté nocturne à tout enfant de plus de 5 ans vu en consultation afin d'éviter un retentissement à court ou à long terme.

Cette étude montre que la formation reçue ne les aide pas assez à dépister.

Les cours théoriques dans la formation du troisième cycle des études médicales doivent former les futurs médecins généralistes au dépistage.

Dans une certaine mesure, ce questionnaire a pu participer à une remise en question des médecins généralistes interrogés.

Un travail d'information complémentaire des médecins semble néanmoins nécessaire pour supprimer les dernières idées reçues et optimiser le dépistage.

Afin d'améliorer celui-ci, des outils, pouvant aider le médecin généraliste à y penser plus facilement, pourraient être testés dans un travail ultérieur. Il serait intéressant d'étudier, par exemple, si la mise en place d'une question ou page spécifique dans le carnet de santé modifierait la pratique des médecins généralistes au niveau du dépistage.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aubert D, Berard E, Blanc JP, Lenoir G, Liard F, Lottmann H. Enurésie nocturne primaire isolée : diagnostic et prise en charge. Recommandations par consensus formalisé d'experts. Progrès en urologie. 2010; 20:343-349.
2. Lottmann H, Alova I. Enurésie de l'enfant. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Urologie, 18-207-E-10,2011.
3. Mas JL, Figon S, Senez B. "Mon enfant fait encore pipi au lit". La Revue du praticien Médecine générale. 2004; 670/671:1341-1343.
4. Neveus T, von Gontard A, Hoebecke P, Hjalmas K, Bauer S, Bower W et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents : Report from the standardisation committee of the international Children's Continence Society. The journal of Urology. 2006;176:314-324.
5. Pineux F, Ghuysen MS. "Papa, je ne fais plus pipi au lit" (prise en charge d'un enfant énurétique). La Revue de la médecine générale. 2003;206:382-388.
6. Coulomb A. Evaluation des systèmes d'alarme dans le traitement de l'énurésie nocturne primaire monosymptomatique. ANAES. 2003. Archives de pédiatrie. 2004;11:474-479.
7. Caron-Hunsinger D, Sznajder M. Enurésies. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 8-0720,1998,4 p.
8. Hjalmas K, Arnold T, Bower W, Caione P, Chiozza LM, von Gontard A et al. Nocturnal enuresis : an international evidence based management strategy. The Journal of urology. 2004;171:2545-2561.
9. Lottmann H. Observatoire français sur les répercussions et la prise en charge de l'énurésie nocturne chez l'enfant et l'adolescent. Médecine et enfance. 2009;29(6):298-302.
10. Moutard ML. Traitement de l'énurésie. Médecine thérapeutique-pédiatrie. 1998;1(5):453-7.
11. Heloury Y, Leclair MD, Capito C, Laplace C, Podevin G, Lenormand L. Enurésies de l'enfant. Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 8-0720,2004, 5 p.

12. Loeys B, Hoebeke P, Raes A, Messiaen L, De paepe A, Vande Walle J. Does monosymptomatic enuresis exist ? A molecular genetic exploration of 32 families with enuresis/incontinence. *BJU international*. 2002 Jul;90(1):76-83.
13. Petrilli S, Durufle A, Joubrel I, Nicolas B, Brissot R, Gallien P. Enurésie: une revue de la littérature. *J Réadapt. Méd.* 1999; 19(1):23-28.
14. Neveus T. The role of sleep and arousal in nocturnal enuresis. *Acta paediatr.* 2003;92:1118-1123.
15. Schulpen TWJ. The burden of nocturnal enuresis. *Acta paediatr.* 1997; 86(9):981-984.
16. Hirasing RA, Van Leerdam FJM, Bolk-Bennink LF, Koot HM. Effect of dry bed training on behavioural problems in enuretic children. *Acta paediatr.* 2002;91:960-964.
17. Lottmann H, Vande Walle J, Alova I. L'énurésie nocturne primaire isolée. *Entretiens de bichat thérapeutique*. 2007:81-84.
18. Berard E, Bréaud J, Oborocianu I. Troubles mictionnels de l'enfant. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie, 4-085-C-10, 2011.
19. Lottmann HB. Traitement de l'énurésie nocturne en France. *La Presse Médicale*. 2000;29(18):987-990.
20. Antier E, Aubert D, Blanc JP, van Egroo A, Lottmann HB. Premiers résultats de l'enquête nationale "pipi au lit". *Médecine et enfance*. 2003;23(8):509-510.
21. Philippe C, Penvern-Cortes S, Le Picard A. Parler de l'énurésie: enquête auprès des mères. *Médecine et enfance*. 2011;31(1):54-59.
22. Dulac-Bertani V. Faut-il évoquer de façon systématique le symptôme énurésie nocturne primaire lors d'une consultation de médecine générale pour un enfant de plus de 5 ans ? *Th.Med : Lyon 1*, 2004, 121 p.
23. Portail des Agences Régionales de l'Hospitalisation. (page consultée le 6/09/12). Analyse des aires de recrutement des établissements de santé, [en ligne].
<http://www.parhtage.sante.fr>

24. Buffaud A. Prise en charge de l'énurésie chez l'enfant en pratique courante : enquête de pratique chez les médecins généralistes du département de la Corrèze. Th.Med : Limoges, 2012, 91 p.
25. Nguyen J. Enurésie nocturne primaire isolée de l'enfant : données actuelles et aperçu de la prise en charge en médecine générale à travers une enquête d'opinion. Th.Med : Lyon 1, 2010, 149 p.
26. Ordre National des Médecins. (page consultée le 3/06/13). La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Nord-Pas-De-Calais, [en ligne].
<http://www.conseilnational.medecin.fr/demographie/atlas-regionaux-2011-1128>
27. Berlier P, Moutard ML, Reinert P. Modalités de prise en charge de l'énurésie nocturne monosymptomatique en pratique pédiatrique de ville. *Médecine et enfance*. 2001;21(1):66-70.
28. Theunis M, Van Hoecke E, Paesbrugge S, Hoebeke P, Vande Walle J. Self image and performance in children with nocturnal enuresis. *European urology*. 2002;41:660-667.
29. Hagglof B, Andren O, Bergström E, Marklund L, Wendelius M. Self-esteem in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence : improvement of self-esteem after treatment. *European urology*. 1998;33(suppl3):16-19.
30. Butler RJ. Impact of nocturnal enuresis on children and young people. *Scand J Urol Nephrol*. 2001;35(3):169-176.
31. Wolanczyk T, Banasikowska I, Zlotkowski P, Wisniewski A, Paruszkiewicz G. Attitudes of enuretic children towards their illness. *Acta paediatr*. 2002;91:844-848.
32. Djurhuus JC, Norgaard JP, Hjalmas K. What is an acceptable treatment outcome ? *Scand J Urol Nephrol suppl*. 1997;183:75-77.
33. Van Kerrebroeck PEV. Experience with the long-term use of desmopressin for nocturnal enuresis in children and adolescents. *BJU International*. 2002;89:420-425.
34. Longstaffe S, Moffatt MEK, Whalen JC. Behavioral and self-concept changes after six months of enuresis treatment : a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2000 Apr;105(suppl 3):935-940.

35. Nappo S, Del Gado R, Chiozza ML, Biraghi M, Ferrara P, Caione P. Nocturnal enuresis in the adolescent: a neglected problem. *BJU International*. 2002;90:912-917.
36. Vandewalle J, Bogaert GA, Mattsson S, Schurmans T, Hoebeke P, Deboe V et al. A new fast-melting oral formulation of desmopressin : a pharmacodynamic study in children with primary nocturnal enuresis. *BJU Int*. 2006 Mar;97(3):603-609.
37. Glazener CMA, Evans JHC. Desmopressin for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 3. Art. No.: CD002112.
38. Glazener CMA, Evans JHC, Peto RE. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD002911.
39. Philippe C. L'énurésie de l'enfant: de nouvelles définitions et recommandations "consensuelles" pour une prise en charge adaptée par le médecin généraliste. *Preuves et pratiques*. 2013 janv;62.
40. Cochat P, Meunier P, Di Maio M. L'énurésie et les troubles mictionnels bénins de l'enfance. I. Diagnostic et prise en charge. *Archives de pédiatrie*. 1995;2:57-64.
41. Butler R, McKenna S. Overcoming parental intolerance in childhood nocturnal enuresis : a survey of professional opinion. *BJU international*. 2002;89:295-297.
42. Guide du D.E.S. de Médecine Générale – Faculté de Médecine de Lille. (page consultée le 25/09/13). Définition de la Médecine Générale, [en ligne]. <http://www.hep.fr/DES/page1/page1.html>
43. Hjalmas K. Pathophysiology and impact of nocturnal enuresis. *Acta paediatr*. 1997;86:919-922.
44. Yeung CK, Sreedhar B, Sihoe JDY, Sit FKY, Lau J. Differences in characteristics of nocturnal enuresis between children and adolescents : a critical appraisal from a large epidemiological study. *BJU int*. 2006;97:1069-1073.

ANNEXES

DEPISTAGE DE L'ENURESIE NOCTURNE PRIMAIRE ISOLEE DE L'ENFANT

Vous êtes : un homme une femme

Votre année de naissance : _____ année d'installation : _____

Votre pourcentage d'enfants de moins de 16 ans dans votre patientèle : __ %

1) Lorsque vous parlez de l'énurésie nocturne primaire isolée en consultation vous le faites, le plus souvent : *une seule réponse possible*

- spontanément devant chaque enfant de plus de 5 ans
- à la demande des parents
- à la demande de l'enfant
- devant la présence de signes évocateurs : cliniques, psychologiques, familiaux ...
- autre (précisez) :

2) Pensez-vous qu'il soit utile de poser **systématiquement** la question de l'énurésie nocturne primaire isolée lors d'une consultation pour un enfant de plus de 5 ans ?

- Oui Non

Si Oui, pour quelle(s) raison(s) ? : *plusieurs réponses possibles*

- pathologie fréquente
- souvent non exprimée par les parents ou l'enfant
- permet d'éliminer des diagnostics différentiels
- bénéfique psychologique à être pris en charge pour l'enfant énurétique
- meilleure qualité de vie de l'enfant
- intérêt d'une prise en charge précoce
- meilleure qualité de vie familiale
- autre (précisez) :

Si Non, pour quelle(s) raison(s) ? : *plusieurs réponses possibles*

- j'attends que ce soit l'enfant et/ou la famille qui aborde le problème
- beaucoup d'autres sujets à aborder
- je ne me sens pas concerné par cette pathologie
- consultation chronophage
- résultats thérapeutiques décevants
- ce n'est pas une maladie
- je ne me sens pas à l'aise avec la prise en charge
- régression spontanée au fur et à mesure des années
- autre (précisez) :

3) Dans quel pourcentage de cas, êtes vous à l'origine de la discussion sur l'énurésie nocturne primaire isolée ?

écrivez un pourcentage approximatif : ___ %

4) Quand la demande émane de la famille, cela se fait, le plus souvent : *une seule réponse possible*

- à l'occasion d'un rendez vous pris pour ce problème
- lors d'une consultation pour un autre motif

5) Quelle est la principale raison de la consultation d'un enfant ayant une énurésie nocturne primaire isolée ? : *une seule réponse possible*

- demande de l'enfant
- urgence : la veille d'un départ en vacances ou d'un voyage scolaire
- inquiétude des parents
- épuisement des parents (nettoyage quotidien, coût économique ...)
- autre (précisez) :

6) Dans le cadre de l'énurésie nocturne primaire isolée, vous pouvez dépister plus facilement car :

- vous êtes le premier recours oui non
- vous avez la confiance de la famille et de l'enfant oui non
- votre formation reçue sur le sujet est suffisante oui non
- vous assurez un suivi régulier de l'enfant oui non

7) Quelles sont en revanche les difficultés qui peuvent être rencontrées lors du dépistage de l'énurésie nocturne primaire isolée ? :

- sujet tabou, inavoué par les parents et l'enfant oui non
- sujet intime, difficile à aborder pour vous oui non
- attitude des parents: minimisant les conséquences ou résignés oui non
- enfant refusant d'en parler oui non

8) Lorsque vous abordez le sujet de l'énurésie nocturne primaire isolée, l'enfant est, le plus souvent : *une seule réponse possible*

- honteux
- soulagé
- indifférent
- en colère
- triste
- autre :

9) Quel(s) moyen(s) serai(en)t utile(s) pour dépister plus facilement l'énurésie nocturne primaire isolée ? : *plusieurs réponses possibles*

- question ou page spécifique dans le carnet de santé après 5 ans
- alarme dans le logiciel informatique
- affiches, dépliants en salle d'attente
- autre (précisez):

10) Combien de diagnostic(s) d'énurésie nocturne primaire isolée faites vous par an approximativement ? : _ _

VERMEIRE Hélène
39 rue de Baisieux
59200 TOURCOING
Tel: 06.79.77.46.31
helenevermeire@hotmail.com

OBJET: Thèse de médecine générale

Chère consoeur, cher confrère,

Terminant mon DES de médecine générale, je prépare actuellement ma thèse dont le sujet s'intitule: "*dépistage de l'énurésie nocturne primaire isolée de l'enfant, en médecine générale*".

J'ai réalisé un questionnaire comportant 10 items, à choix multiples et à choix simples. Celui-ci sera interprété de façon totalement anonyme.

Je vous remercie de l'aide que vous apportez à la réalisation de cette thèse, d'autant que la validité de mon enquête dépendra du taux de réponses obtenues.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez me contacter au 06.79.77.46.31.

Bien confraternellement.

Hélène Vermeire

Annexe 2 - Lettre d'accompagnement du questionnaire

NOM : VERMEIRE

PRÉNOM : HÉLÈNE

Date de Soutenance : 23 octobre 2013

Titre de la Thèse : Dépistage de l'énurésie nocturne primaire isolée de l'enfant : enquête sur les pratiques des médecins généralistes de Roubaix et de cinq villes limitrophes.

Thèse - Médecine - Lille 2013

Cadre de classement : DES Médecine Générale

Mots-clés : Enurésie nocturne - Dépistage - Enfant - Médecine Générale.

Résumé :

L'énurésie nocturne primaire isolée (EnPI) est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Bien que son taux de résolution spontanée soit d'environ 15 % par an, l'EnPI peut perdurer à l'âge adulte et a un impact négatif sur la qualité de vie de l'enfant et de sa famille.

Son diagnostic est clinique et ne pose pas de problème lorsque les parents en parlent spontanément. Mais qu'en est-il lorsque les parents n'en parlent pas ou tardent à aborder le sujet ? Le médecin généraliste dépiste-t-il alors l'EnPI de l'enfant ?

Nous avons réalisé une étude auprès des médecins généralistes de 6 villes du Nord pour répondre à cette question. Nous avons voulu connaître les facilités et difficultés du dépistage, s'il y a lieu, les perspectives d'amélioration et l'avis des médecins sur l'intérêt du dépistage systématique.

Sur les 195 questionnaires envoyés, 103 ont été retournés, soit un taux de réponse de 52,8%.

Parmi ces réponses, 26 % des médecins généralistes ne dépistent jamais l'EnPI.

Lorsqu'ils en parlent, les médecins le font à la demande des parents dans 79 % des cas.

Quand la demande émane des parents, c'est dans 80 % des cas lors d'une consultation non initialement liée à l'EnPI, avec comme principal motif l'épuisement parental dans 44 % des cas. Pour 17 % des médecins, la consultation pour EnPI s'effectue en contexte d'urgence.

Les médecins généralistes pourraient dépister facilement car ils ont la confiance de la famille et de l'enfant pour 97 % d'entre eux, ils sont le premier recours pour 89 % et ils peuvent assurer un suivi régulier pour 89 % des réponses. Pour 91 % des médecins, l'EnPI est un sujet facile à aborder.

Seulement 32 % estiment que leur formation les aide à dépister et l'attitude des parents est un frein au dépistage pour 47 % d'entre eux. Des idées reçues persistent : 69 % des médecins pensent avoir des difficultés car l'enfant refuse d'en parler et 57 % parce c'est un sujet tabou pour l'enfant et ses parents.

Les médecins sont partagés sur l'intérêt d'un dépistage systématique (53 % sont contre et 47 % pour).

Il serait intéressant d'évaluer si la mise en place d'outils, comme par exemple une question sur la propreté nocturne dans le carnet de santé aux 6 ans de l'enfant, améliorerait le dépistage de l'EnPI en médecine générale.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur A. MARTINOT

Assesseurs : Monsieur le Professeur R. GLANTENET

Monsieur le Docteur N. MESSAADI

Madame le Docteur A. VAN EGROO

Madame le Docteur MH. PIERRE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur N. MESSAADI

