

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : EL KOUKOUCHI Prénoms : Abdennacir
Né le 05 mars 1982 à SAINT DENIS (93)

Présentée et soutenue publiquement le : 03/07/2014

**INTERETS ET CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES ET
PEDIATRES D'ILE DE FRANCE SUR LA PRISE EN CHARGE DE
L'ENURESIE.**

Président de thèse : **Professeur** DESCHÊNES Georges

Directeur de thèse : **Docteur** PHILIPPE Christophe

DES de MEDECINE GENERALE

Année 2014

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : EL KOUKOUCHI Prénoms : Abdennacir
Né le 05 mars 1982 à SAINT DENIS (93)

Présentée et soutenue publiquement le : 03/07/2014

**INTERETS ET CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES ET
PEDIATRES D'ILE DE FRANCE SUR LA PRISE EN CHARGE DE
L'ENURESIE.**

Président de thèse : **Professeur** DESCHÊNES Georges

Directeur de thèse : **Docteur** PHILIPPE Christophe

DES de MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

A Mr le Professeur DESCHENES,

Qui a bien voulu me faire l'honneur de juger et présider ce travail.

Au Docteur PHILIPPE,

Pour sa gentillesse, sa confiance et son accompagnement dans la rédaction de cette thèse.

Au Professeur DE PONTUAL, au Professeur BRUN-VEZINET,

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de mon Jury de Thèse.

Au Professeur Bourillon,

Je vous remercie d'avoir bien voulu honorer de votre attention ce travail en acceptant de faire partie du jury de thèse. Soyez assuré de toute ma profonde reconnaissance.

A mes parents,

Qui sont des modèles pour moi et sans qui rien n'eut été possible.

A Iqram, mon épouse...

SOMMAIRE

INTRODUCTION	
PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS.....	
I/ GÉNÉRALITÉS	
1. Quelques définitions.....	
2. Prévalence.....	
2.1. Enurésie primaire.....	
2.2. Enurésie secondaire.....	
3. Physiologie de la continence et miction normale.....	
3.1. Phase de remplissage et de vidange vésicale.....	
3.2. Maturation du système nerveux central et périphérique.....	
4. Facteurs favorisant de l'énurésie.....	
4.1. Facteurs somatiques.....	
a) Facteur hormonal.....	
b) La capacité vésicale fonctionnelle.....	
c) Le facteur génétique.....	
d) Le sommeil.....	
e) Autres facteurs favorisant.....	
4.2. Facteurs éducatifs et familiaux.....	
5. Diagnostic positif.....	
5.1. L'interrogatoire.....	
5.2. L'examen clinique.....	
5.3. Les examens complémentaires.....	
a) Enurésie isolée.....	
b) Enurésie associée à des troubles mictionnels.....	
6. Diagnostics différentiels.....	
6.1. Les pollakiuries.....	
6.2. Le syndrome polyuro-polydipsique.....	
6.3. L'incontinence urinaire permanente.....	
6.4. Les mictions automatiques.....	
6.5. Les autres causes de fuites urinaires «diurnes» de l'enfant.....	
7. Répercussions de l'énurésie.....	
7.1. Sur la famille.....	
7.2. Sur la vie sociale et relationnelle de l'enfant.....	
8. Prise en charge de l'énurésie.....	
8.1. Règles hygiéno-diététiques.....	
8.2. Traitements médicamenteux.....	
a) La desmopressine.....	
b) L'oxybutynine.....	
c) Les antidépresseurs tricycliques.....	
8.3. Les systèmes d'alarmes.....	

8.4. Autres thérapeutiques.....	.....
a) Les psychothérapies.....	.....
b) Acupuncture, Homéopathie, Hypnose, Chiropraxie.....	.....
II/ ENQUETE AUPRES DES PRATICIENS.....	.....
1. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	.....
1.1. Population.....	.....
1.2. Recueil et Traitement des données .....	.....
2. RÉSULTATS.....	.....
2.1. Résultats de la première partie «Votre profil ».....	.....
a) Age.....	.....
b) Mode d'exercice.....	.....
c) Activité pédiatrique.....	.....
d) Fréquence des consultations d'enfants énurétiques.....	.....
2.2. Résultats de la deuxième partie : «Votre formation sur le sujet».....	.....
a) Repérage de l'énurésie.....	.....
b) Enurésie et milieu médical.....	.....
c) Connaissance des recommandations d'expert.....	.....
d) Formation des médecins.....	.....
e) Organisation de séances de formation médicale continue.....	.....
2.3. Résultats de la troisième partie : «Votre pratique dans la prise en charge de l'énurésie» .....	.....
a) Eléments de l'interrogatoire.....	.....
b) Examens complémentaires.....	.....
c) Implication des facteurs psychologiques.....	.....
d) Répercussions dans la vie de l'enfant.....	.....
e) Instauration d'un traitement médicamenteux.....	.....
f) En cas d'échec du traitement médicamenteux.....	.....
g) Autres moyens thérapeutiques à disposition.....	.....
h) Le calendrier mictionnel.....	.....
i) La consultation de suivi.....	.....
j) Les professionnels de santé sollicités.....	.....
k) Prendre ou ne pas prendre en charge l'énurésie ?.....	.....
3. Discussion.....	.....
3.1. Biais de l'étude .....	.....
3.2. Analyse.....	.....
4. Conclusion.....	.....
5. Bibliographie.....	.....
6. Annexes.....	.....

INTRODUCTION

L'énurésie, selon la définition consensuelle de l'ICCS (International Children's Continenence Society) en 2006, est une incontinence d'urine intermittente survenant exclusivement pendant le sommeil chez un enfant d'au moins cinq ans. Elle est dite «Isolée» ou «mono-symptomatique» s'il n'existe aucun autre trouble mictionnel associé. L'énurésie est «primaire» s'il s'agit d'un enfant n'ayant jamais acquis la propreté nocturne plus de six mois consécutifs. Elle est «secondaire» si elle se manifeste après une période de propreté d'au moins six mois.

La prévalence de l'énurésie est difficile à estimer. Selon certains auteurs, au moins 400 000 enfants de cinq à dix ans seraient concernés : 15 à 20 % des enfants de cinq ans, 8 % à l'âge de sept ans, 5 % à dix ans et 3 % entre douze et quinze ans [1]. Une grande enquête de prévalence de l'énurésie retrouve une fréquence de 11,2% des enfants de 5 à 7 ans, de 9,2% des enfants de 5 à 10 ans et de 5,8% de ceux de 6 à 10 ans avec une nette prédominance masculine (sex-ratio = 3/1) [2].

Cette forte prévalence témoigne de l'intérêt que chaque professionnel de santé doit porter à l'énurésie, dont les répercussions psychologiques, sociales et économiques sont bien souvent sous-estimées, ce qui fait de cette affection un problème de santé publique.

Il existe une prise en charge thérapeutique de l'énurésie reconnue à ce jour par l'Association française d'urologie (AFU) et la Société française de Pédiatrie (SFP) comportant :

- des mesures hygiéno-diététiques (mieux répartir les apports hydriques sur la journée, éviter les boissons gazeuses, sucrées et lactées en soirée, promouvoir des mictions régulières dans la journée, et remplir un calendrier mictionnel)

- la desmopressine (sous forme de comprimés à avaler et de lyophilisats sublinguaux) est le traitement médicamenteux de première intention dans l'énurésie isolée et réfractaire aux seules mesures hygiéno-diététiques. Le taux de répondeurs (réduction d'au moins 50 % du nombre de nuits mouillées) est de 60 à 70 % à six mois sous traitement [3]. Le médecin doit informer le patient et ses parents des règles de bon usage de la desmopressine.

- On ne peut effectivement pas faire l'économie des alarmes qui font partie des traitements recommandés en référence à l'étude de l'ANAES. Si les résultats s'avèrent efficaces à long terme (plus de 3 mois), le traitement est très souvent abandonné du fait du long délai d'efficacité en termes de «nuits sèches» et de la mauvaise tolérance de l'enfant concerné mais aussi de sa famille (réveils nocturnes). De plus, les répercussions à long terme de ce traitement comportemental n'ont jamais été évaluées [1]. Les résultats sont d'autant meilleurs que l'utilisation de l'alarme est associée dès le départ à un suivi comportemental et un soutien de la motivation familiale [4].

En cas d'efficacité, les rechutes sont alors moins fréquentes qu'avec la desmopressine dont le délai d'action est cependant plus rapide.

Si les publications internationales, concernant l'énurésie, foisonnent, peu d'entre elles font le point sur les connaissances et l'intérêt des médecins généralistes et des pédiatres sur le repérage et la prise en charge de l'énurésie. De nouvelles définitions de l'énurésie et des troubles mictionnels associés et de nouvelles recommandations ont fait l'objet d'un consensus au sein de l'ICCS. Elles sont une aide incontestable dans la démarche diagnostique et thérapeutique d'une énurésie primaire « isolée » par le médecin traitant de l'enfant.

Ce travail est motivé par l'hypothèse que les médecins traitants, généralistes et pédiatres, ne sont pas suffisamment armés pour prendre en charge un enfant énurétique dont la démarche diagnostique et thérapeutique doivent être adaptées au contexte familial, social et culturel dans le lequel évolue l'enfant.

Dans ce travail, nous traiterons, d'abord, de la démarche diagnostique et thérapeutique d'un enfant énurétique avec au préalable quelques petits rappels de définitions et physiopathologie.

Puis, nous reviendrons sur l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes et pédiatres d'île de France.

**PREMIERE PARTIE :
GENERALITES**

I/ GENERALITES

1. Quelques définitions :

L'énurésie, selon l'ICCS, est une incontinence d'urine intermittente survenant exclusivement pendant le sommeil chez un enfant d'au moins cinq ans, terminologie adoptée également par l'Association Française d'Urologie.

Elle est dite :

« Primaire » s'il s'agit d'un enfant n'ayant jamais acquis la propreté nocturne.

« Secondaire » si elle se manifeste après une période de propreté nocturne d'au moins six mois.

« Mono-symptomatique » ou « Isolée » s'il n'existe aucun autre trouble mictionnel associé.

« Poly-symptomatique » ou « Associée » s'il existe des troubles mictionnels (pollakiurie, squatting, impériosités mictionnelles, fuites urinaires diurnes, jet urinaire saccadé....)

2. Prévalence :

2.1. Enurésie primaire

La prévalence de l'énurésie est difficile à estimer. Plusieurs études ont été menées ces dernières années et on y retrouve des résultats assez hétérogènes.

En France, la prévalence de l'énurésie a été appréciée par 2 enquêtes. Elle concernerait 49% des enfants entre 3 et 4 ans, 11.2% des enfants de 5 à 7 ans, 9.2% entre 5 et 10 ans et 1% entre 11 et 12 ans. Ces données ont été obtenues notamment à partir de l'enquête SOFRES réalisée auprès de 3803 enfants scolarisés.

Pour aider à mieux cerner ce problème et à mieux connaître la fréquence de l'énurésie mono symptomatique, les Laboratoires Ferring en partenariat avec la Société TNS Healthcare (Sofres) ont mis en place en même temps une enquête épidémiologique afin de mesurer, d'une part, la prévalence de l'énurésie en France, d'autre part, de faire un état des lieux des conséquences du vécu de l'énurésie par la famille et l'enfant et de la prise en charge actuelle de l'énurésie. Les foyers avec au moins un enfant âgé de 5 à 14 ans composant la base de sondage de la Sofres ont été interrogés par un questionnaire envoyé par voie postale. Les premiers résultats ont montré que la prévalence de l'énurésie en France est de 5.4%, chez les 5 - 14 ans (large écart d'âge) et 6.8% chez les 5 - 10 ans. La prévalence de l'énurésie primaire

mono symptomatique est de 3.2% chez les 5 - 14 ans et 4.1% chez les 5 - 10 ans, avec un sexe ratio (garçons/filles) de 3/1.

Les chiffres de prévalence de l'énurésie nocturne en France sont en cohérence avec ceux obtenus dans des études étrangères. Le taux annuel de guérison spontanée est d'environ 15%. Enfin, si peu d'études concernent les adolescents, il semblerait que 2 à 3% des enfants continueraient à mouiller régulièrement leur lit durant l'adolescence.

2.2. Enurésie secondaire

On estime que 80% des enfants énurétiques n'ont jamais été continent la nuit et présentent – de ce fait – une énurésie primaire. Cependant, 20% des enfants énurétiques ont été continent pendant une période plus ou moins longue (au moins 6 mois) et souffrent donc d'énurésie secondaire. Ces enfants sont souvent exposés à un niveau plus élevé d'évènements de vie stressant, présentent davantage des troubles psychopathologiques et ont davantage d'infections urinaires [5].

3. Physiologie de la continence urinaire et miction normale

Le fonctionnement de la vessie se décompose en 2 phases : une phase de remplissage et une phase de vidange.

3.1. La phase de remplissage et de vidange vésicale.

La vessie est composée d'un muscle constitué de fibres musculaires lisses : le détrusor.

Sous l'influence du système sympathique : le détrusor se relâche, la vessie se distend et le sphincter interne lisse, situé au niveau du col vésical, se contracte. Le sphincter externe strié urétral se contracte également, sous contrôle volontaire. C'est la phase de remplissage.

Sous l'influence du parasympathique : il y a augmentation de la pression intra vésicale par contraction des fibres musculaires lisses du détrusor qui entraîne le relâchement du tonus sphinctérien et permet la vidange, en toute synergie. C'est la phase de vidange.

La continence n'est possible que si les centres supérieurs exercent une action inhibitrice sur les contractions hyperactives et anarchiques de la vessie, permettant ainsi à l'enfant de se retenir, c'est-à-dire d'augmenter sa capacité vésicale.

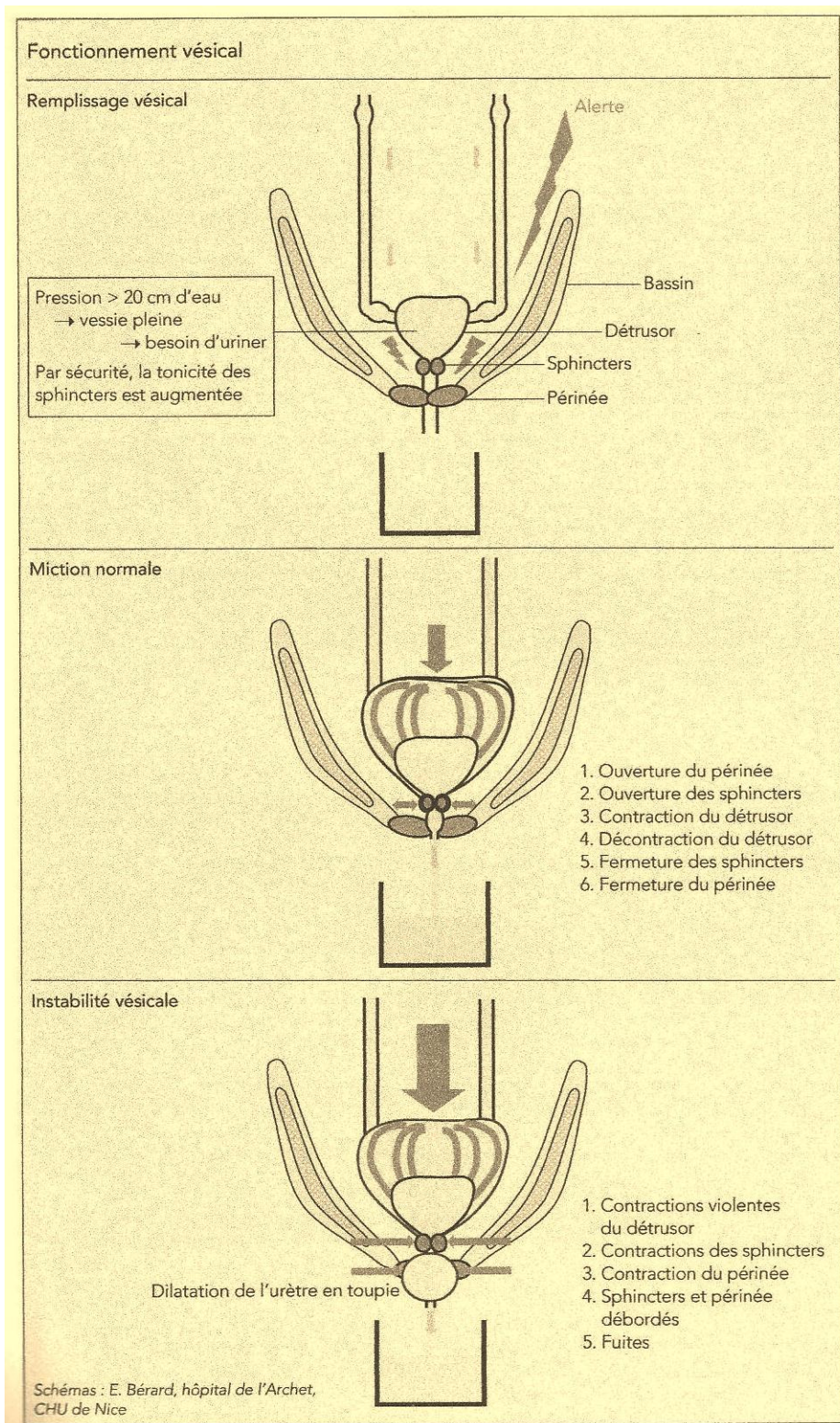


Schéma du fonctionnement vésical par reproduit avec l'autorisation d'E. Bérard (Nice).

3.2. Maturation du système nerveux central et périphérique

Durant sa 1^{ère} année, la miction du nourrisson est réflexe, déclenchée par la pression intra-vésicale au-delà d'un certain seuil. Les mictions sont sous le seul contrôle de l'arc réflexe médullaire (médullo-sacré).

A partir de la fin de la 1^{ère} année, les connections avec les centres cérébraux supérieurs transforment peu à peu la miction en un acte conscient et volontaire. L'enfant identifie alors ses perceptions internes en les verbalisant ou en les signalant par des gestes.

Vers 18 mois, il peut indiquer verbalement à ses parents si son « siège » est mouillé. Il apprend vite, parmi bien d'autres règles sociales que ses parents lui transmettent, où et quand il doit uriner, selon les normes culturelles en vigueur dans un environnement donné.

Au cours de la 3^{ème} année, la propreté diurne est généralement acquise puis au cours de la 4^{ème}, la propreté nocturne.

A partir de 4 ans, le système régulateur de l'évacuation vésicale devient automatique en toute synergie vésico-sphinctérienne. Il lui permet de dormir en toute sécurité. En cas d'urgence, l'enfant contracte volontairement le sphincter externe et les muscles du plancher périnéal. C'est à ce moment-là que le réflexe mictionnel va être intégré au niveau bulbaire, puis au niveau cortical chez le grand enfant et l'adulte. Il sera nécessaire, pour certains enfants, d'attendre 2 ou 3 ans pour que la

propreté nocturne soit acquise sachant qu'on ne parlera d'énurésie qu'à partir de l'âge de 5 ans.

4. Facteurs favorisant de l'énurésie.

L'énurésie n'est pas une maladie. Certains facteurs déclenchent l'énurésie, d'autres l'entretiennent. Il ne faut surtout pas opposer les causes «somatiques» aux causes «psychologiques» et «environnementales» voire «culturelles» ...elles sont le plus souvent intriquées et en aucun cas chacune ne peut expliquer à elle seule la persistance ou la réapparition d'une énurésie. Elles n'expliquent d'ailleurs pas les raisons pour lesquelles un enfant peut avoir une énurésie intermittente, clairsemée ou épisodique voire même qu'elle puisse se régler du jour au lendemain ou réapparaitre aussi vite qu'elle s'était résolue.

4.1. Les facteurs somatiques

Ils agiraient par le biais d'un retard de maturation du système automatico-volontaire contrôlant la contention vésicale. Considéré comme le noyau basal de l'énurésie, sa maturation progressive expliquerait la disparition spontanée de l'énurésie qui chaque année est estimée entre 10 et 15% [6]. Des travaux, plus

récent, montrent que les patients énurétiques présenteraient des signes infra-cliniques d'immaturation corticale [7]. Plusieurs niveaux peuvent être successivement envisagés :

a) Le facteur hormonal

Certains auteurs ont trouvé des enfants énurétiques ayant un trouble circadien de la sécrétion de l'hormone anti diurétique (ADH). Ils n'ont pas de pic de sécrétion d'ADH dans la nuit et produisent alors autant d'urine qu'en journée. Certains enfants seraient alors obligés de se lever plusieurs fois durant la nuit (nycturie) ; d'autres, plus malchanceux, auraient un seuil d'éveil plus élevé, cette polyurie ne suffirait pas à les réveiller et serait la cause de l'énurésie.

D'autres auteurs ajoutent que la diminution de l'amplitude du rythme circadien de sécrétion de l'ADH entraîne une perturbation de la réabsorption de l'eau par le rein au cours du sommeil responsable d'une énurésie [1].

Il est classique d'opposer l'énurésie avec polyurie nocturne devant répondre préférentiellement au traitement médicamenteux (desmopressine) à l'énurésie avec capacité vésicale réduite (hyperactivité vésicale d'expression nocturne) répondant surtout aux méthodes comportementales.

b) La capacité vésicale fonctionnelle

La capacité vésicale fonctionnelle correspond à la moyenne des volumes d'urine recueillis sur une journée. On peut estimer la capacité vésicale théorique (CV) en millilitres (mL) grâce à la formule de Koff, reprise et proposée par l'ICCS (jusqu'à l'âge de 8 ans) :

$$CV \text{ (mL)} = 30 \times (\text{âge en années} + 2)$$

Ce serait, en fait, sous l'effet d'une hyperactivité vésicale désinhibée à expression exclusivement nocturne que la miction se produirait au cours du sommeil [8]. Elle serait l'expression d'une immaturité vésicale résiduelle. M. Averous a bien démontré dans ses travaux sur des enregistrements cystomanométriques que l'enfant peut avoir « une immaturité vésicale résiduelle bien compensée le jour mais encore libérée la nuit par défaut d'inhibition » [8]. D'autres auteurs comme Kawauchi et al. [9] ont montré que la capacité vésicale fonctionnelle d'un enfant énurétique ne présentait pas de différence significative avec celle d'un enfant normal au cours de la journée, mais rejoignent M. Averous pour dire qu'il y a bien une différence sur la capacité fonctionnelle vésicale nocturne, celle des enfants énurétiques étant moindre [8].

c) Le facteur génétique

De nombreuses enquêtes familiales ont montré que l'énurésie était souvent retrouvée chez les ascendants ou les collatéraux. Ainsi lorsque les deux parents ont eu une énurésie, elle est retrouvée chez 77 % des enfants. Ce chiffre n'est plus que de 44

% si un seul parent a été énurétique, et tombe à 15 % si aucun des deux parents ne l'a été [10]. De même, des études faites chez les jumeaux ont montré une concordance de 68% chez les couples monozygotes et de 36% chez les dizygotes [11]. Le gène de l'énurésie serait situé sur le bras court du chromosome 13, son mode de transmission n'est toujours pas établi. Selon certains auteurs, elle se ferait sur un mode autosomique dominant, avec forte pénétrance [12, 13].

Cependant, qu'un enfant sache qu'un de ses parents était énurétique ou qu'un proche parent l'est toujours peut avoir une influence sur l'évolution de son énurésie [1]. La révélation de l'énurésie à l'enfant, parfois au cours d'une consultation, peut tout autant le rassurer et le conforter que l'inquiéter surtout si l'énurésie avait persisté à l'adolescence. C'est en ce sens que plus que d'hérédité, il convient de parler de «prédisposition familiale» tant les facteurs environnementaux (familiaux et culturels) paraissent prépondérants.

d) Le sommeil

La profondeur du sommeil est souvent évoquée par les parents, ils constatent que leur enfant est très difficile à réveiller, qu'il dort très profondément. L'énurésie peut survenir à tous les stades du sommeil, même si elle est plus fréquente en début de nuit et au cours du sommeil lent [8].

Le sommeil n'est pas plus profond chez l'enfant énurétique que chez l'enfant propre la nuit, mais son seuil d'éveil est plus élevé [14]. Il est clairement démontré

que la réaction d'éveil induite par la réplétion vésicale est perturbée : l'enfant propre la nuit, est réveillé et va uriner quand sa vessie est pleine et se contracte, alors que l'enfant énurétique poursuit son cycle de sommeil et urine au lit. C'est bien ce qui différencie la nycturie de l'énurésie où le besoin d'uriner réveille ou ne réveille pas l'enfant.

e) Autres facteurs favorisants

- Syndrome de déficit d'attention : certaines études montrent une fréquence plus élevée d'énurésie chez les enfants présentant un syndrome de déficit d'attention, surtout chez les plus de 10 ans [15].

- L'obstruction des voies aériennes supérieures peut favoriser l'énurésie par le biais de l'hypercapnie en augmentant la production d'urine nocturne.

- La constipation chronique : une ampoule rectale distendue, empêcherait le bon fonctionnement de la vessie.

4.2. Facteurs éducatifs et familiaux

L'influence du milieu social et éducatif, sur les premiers apprentissages comme sur celui de la maîtrise sphinctérienne, est très importante. Certains facteurs psychologiques ou socio-éducatifs joueraient un rôle déclenchant, d'autres

l'entreindraient ou l'aggraverait. La plupart des enfants énurétiques ont une histoire plutôt banale, sans évènement saillant, sans tyrannie éducative, sans mise au pot précoce. Mais une anamnèse détaillée peut dans certains cas reconstituer l'histoire de l'enfant qui peut révéler au décours de l'entretien des événements datés, petits ou grands : conflits de couple, deuils, ... Il est classique d'opposer l'énurésie primaire, qui serait fonctionnelle, liée à une immaturité résiduelle de certaines fonctions, et l'énurésie secondaire d'origine psychologique. C'est souvent le retentissement de l'énurésie sur le psychisme de l'enfant ou le fonctionnement familial qui peut amener à proposer une consultation en pédopsychiatrie [1].

Dans l'énurésie secondaire, la souffrance de l'enfant est souvent au premier plan et peut être le signe d'un moment régressif ou d'un épisode dépressif en relation avec un événement déclenchant individuel ou familial qui pourra être recherché et exploré avec tact [1].

5. Diagnostic positif

Le diagnostic positif d'énurésie mono-symptomatique est essentiellement un diagnostic clinique qui repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique.

5.1. L'interrogatoire

C'est plus simple... il suffit déjà de poser la question «votre enfant est-il propre la nuit?» ou demander à l'enfant s'il est assez grand pour répondre : « t'arrives- t-il encore de faire pipi au lit ? ». La question de la propreté diurne et nocturne fait partie intégrante de l'anamnèse de tout enfant suivi par son médecin traitant tout comme celles relatives au sommeil, à l'hygiène alimentaire, aux acquisitions scolaires...

Le médecin doit faire le point sur les antécédents médico-psychologiques de l'enfant, en apportant une attention particulière à la sphère uro-génitale et en particulier à d'éventuels troubles mictionnels associés à l'énurésie. Ce n'est que dans ce cas qu'il sera essentiel et utile de procéder à un examen neurologique approfondi car l'énurésie primaire «isolée» ou «mono symptomatique», comme son nom l'indique, n'est jamais la manifestation d'un trouble neurologique. Il convient d'apprécier les étapes du développement psychomoteur à la recherche de troubles du développement ainsi que de possibles troubles psychologiques associés à l'énurésie (syndrome anxieux, préoccupations phobo-obsessionnelles, trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, troubles du comportement divers...). Il est également essentiel d'évaluer les conditions dans lesquelles s'est réalisée l'acquisition de la propreté diurne au cours des deux ou trois premières années de vie : on peut retrouver des carences éducatives, par laxisme ou du fait de conditions de vie défavorables, ou, au contraire, une préoccupation excessive par rapport à la propreté avec des attentes inappropriées pour l'âge de l'enfant.

Les antécédents d'énurésie dans la fratrie ou chez les parents doivent systématiquement attirer notre attention. Ils ne sont pas toujours révélés spontanément au médecin.

L'entretien, avec les parents et l'enfant, permet de renseigner le symptôme de manière plus détaillée, de repérer les éléments en faveur de tel ou tel mécanismes physiopathologiques, ainsi que de connaître le contexte familial, scolaire et social, voire culturel dans lequel évolue l'enfant.

Concernant les caractéristiques de l'énurésie : on s'attachera à faire préciser s'il s'agit d'une énurésie primaire ou secondaire, sa fréquence par nuit et par semaine, l'abondance d'urine à la recherche d'une polyurie nocturne.

Selon l'Association Française d'Urologie, il est souhaitable de définir l'intensité de l'énurésie en se basant sur les seuils les plus souvent utilisés dans les études épidémiologiques ou thérapeutiques [16]:

- modérée (en moyenne : moins de un épisode d'énurésie par semaine) ;
- moyenne (en moyenne : d'un à deux épisodes d'énurésie par semaine) ;
- ou sévère (au moins trois épisodes d'énurésie par semaine).

Il n'existe pas de consensus sur cette définition et cet aspect n'apparaît pas dans le consensus de l'ICCS, ni dans la revue de Hjalmas.

Cependant, de nombreux auteurs prennent en compte le degré de sévérité de l'énurésie, en se basant sur le nombre de nuit mouillée :

	modérée	moyenne	sévère
Lottmann [17]	1 nuit mouillée par mois	Plus d'une nuit par semaine	Toutes les nuits
Butler et al.2006 [18]	moins d'une fois par semaine	deux à cinq fois par semaine	plus d'une fois par nuit
Yeung et al. [19]	moins de trois nuits mouillées par semaine	de trois à six nuits	Sept nuits mouillées.

Tableau représentant le degré de sévérité de l'énurésie selon différents auteurs.

Concernant les indices de mécanismes physiopathologiques : on recherchera une immaturité vésicale, suspectée devant l'existence de mictions diurnes fréquentes, impérieuses et de petit volume; une polyurie nocturne pouvant faire évoquer un défaut de sécrétion nocturne d'hormone antidiurétique ; il faudra également faire préciser les éléments sur la qualité du sommeil : difficulté à réveiller l'enfant témoignant d'un seuil d'éveil trop élevé et non seulement d'un sommeil trop profond, sachant que bon nombre de parents, et de médecins, invoquent souvent la profondeur du sommeil comme cause de l'énurésie.

Les caractéristiques du contexte familial et environnemental sont à faire préciser afin de rechercher d'éventuels facteurs entretenant l'énurésie qu'il s'agisse de situations conflictuelles ou de bénéfices secondaires qui peuvent prendre la forme de réaménagement au sein de la famille, d'évitement des situations impliquant une séparation d'avec le milieu familial. C'est en ce sens qu'il devient non seulement utile mais indispensable d'interroger les parents, voire l'enfant, sur les aménagements mis en place (literie, conditions de couchage, protections utilisées..) et sur la «gestion de l'intendance» concernant le lavage des draps, des pyjamas et sur l'hygiène corporelle.

Pendant l'interrogatoire, le médecin doit également porter une attention particulière aux répercussions du symptôme-énurésie sur le plan psychologique : sa perception de l'énurésie, son estime de soi, sa motivation pour un traitement, son indifférence ou ses réactions de prestance dissimulent souvent une souffrance difficile à avouer ; mais il doit également porter attention au retentissement dans vie familiale : la famille peut être tolérante ou au contraire d'une extrême intolérance allant jusqu'aux punitions, brimades, voire humiliations ; et retentissement scolaire : avec l'éventualité d'un retentissement d'un échec.

Enfin, l'interrogatoire permettra la recherche de trouble mictionnel associé : incontinence diurne (fuites urinaires dans la journée), brûlures mictionnelles, dysurie, pollakiuries, impériosités mictionnelles non contrôlées, difficulté à initier le jet, miction par saccades, sensation de vidange vésicale incomplète. Il convient également de rechercher des symptômes associés telles que la constipation, et

l'encoprésie. Éléments à rechercher pour le diagnostic positif d'une énurésie, quel que soit ces caractéristiques, isolée ou non, mono symptomatique ou non.

Questionnaire pour la première consultation	
<input type="checkbox"/> Motif de consultation <input type="checkbox"/> Antécédents médicaux et chirurgicaux personnels de l'enfant <input type="checkbox"/> Antécédents médicaux familiaux	<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux d'énurésie : mère, père, fratrie, grands-parents, oncles, tantes, cousins, cousines
Histoire de la propreté de jour <input type="checkbox"/> âge de la propreté de jour <input type="checkbox"/> présence de fuites diurnes (culotte mouillée) <input type="checkbox"/> présence de mictions impérieuses <input type="checkbox"/> squatting, signe de Vincent	<input type="checkbox"/> nombre de mictions par jour <input type="checkbox"/> tendance à se retenir <input type="checkbox"/> antécédents de cystites
Histoire de l'énurésie <input type="checkbox"/> type d'énurésie : énurésie nocturne primaire, énurésie nocturne secondaire <input type="checkbox"/> âge de survenue <input type="checkbox"/> facteur déclenchant <input type="checkbox"/> fréquence de l'énurésie : quotidienne, clairsemée, épisodique <input type="checkbox"/> facteurs associés : constipation, encoprésie <input type="checkbox"/> nombre de mictions nocturnes suspectées <input type="checkbox"/> heures des mictions <input type="checkbox"/> abondance des urines nocturnes	<input type="checkbox"/> retentissement sur le sommeil <input type="checkbox"/> qualité du sommeil <input type="checkbox"/> réveil nocturne par les parents (heure) <input type="checkbox"/> type de literie <input type="checkbox"/> port d'une protection <input type="checkbox"/> participation active de l'enfant aux changes <input type="checkbox"/> types de boissons, quand ? quelle quantité ? <input type="checkbox"/> traitements antérieurs (âge, efficacité) <input type="checkbox"/> méthode traditionnelle <input type="checkbox"/> examens pratiqués (âge, résultats)
Profil psychologique rapide <input type="checkbox"/> l'enfant est-il motivé ? <input type="checkbox"/> le trouble gêne-t-il l'enfant ? <input type="checkbox"/> a-t-il un sentiment de honte ? <input type="checkbox"/> a-t-il un sentiment de culpabilité ? <input type="checkbox"/> a-t-il une mauvaise estime de soi ? <input type="checkbox"/> l'enfant se fait-il disputer à cause de son énurésie ?	<input type="checkbox"/> l'enfant est-il encouragé dans ses efforts ? <input type="checkbox"/> dort-il facilement hors du domicile (famille, colonie, classe de découverte...) ? <input type="checkbox"/> a-t-il des difficultés scolaires ? <input type="checkbox"/> a-t-il des troubles du comportement ? <input type="checkbox"/> est-il souvent inquiet (anxieux) ? <input type="checkbox"/> type de caractère
Examen clinique <input type="checkbox"/> aspect général de l'enfant <input type="checkbox"/> hygiène globale (corporelle, vêtements) <input type="checkbox"/> poids/taille	<input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> examen somatique complet +++ <input type="checkbox"/> examen du jet urinaire (ou interroger)
Conclusion de l'examen initial <input type="checkbox"/> énurésie primaire isolée <input type="checkbox"/> présence de troubles mictionnels : hyperactivité vésicale, dysurie... <input type="checkbox"/> énurésie secondaire (contexte clinique ?)	

Fiche de la première consultation d'un enfant énurétique par C. Philippe

5.2. L'examen clinique

L'examen somatique, est utile au diagnostic différentiel, surtout si l'énurésie est associée à des troubles mictionnels diurnes, afin d'orienter les examens complémentaires.

La palpation abdominale et sus-pubienne recherche un globe vésical, signe d'une rétention urinaire, et une douleur en fosse iliaque gauche révélant une stase stercorale.

L'examen des organes génitaux recherche des anomalies externes chez le garçon: un phimosis, des adhérences préputiales, un hypospadias et une sténose du méat urétral; et chez la fille : une vulvite ou encore une coalescence des petites lèvres.

L'examen du rachis lombosacré recherche une tuméfaction, une touffe de poils, une fossette sacro-coccygienne atypique évoquant un dysraphisme occulte. Un examen neurologique du périnée à la recherche d'anomalie du réflexe cutané anal. Tous ces signes cliniques sont essentiels à rechercher en cas d'énurésie associée à des troubles mictionnels diurnes.

Une attention particulière doit être portée à l'hygiène corporelle et vestimentaire.

L'inspection des sous-vêtements, discrètement en respectant l'intimité de l'enfant, s'ils sont souillés d'urines et/ou de selles, doit faire évoquer des troubles associés à l'énurésie. Il convient également de rechercher des irritations et rougeurs périnéales dues à la macération des urines surtout chez un enfant dont l'hygiène est douteuse.

Enfin, la réalisation d'une bandelette urinaire et la mesure de la glycémie capillaire permettront d'éliminer un diabète ou une infection urinaire uniquement en cas de signes cliniques évocateurs et/ou en cas d'énurésie secondaire d'apparition récente bien que, dans ce cas, l'énurésie est rarement isolée.

5.3. Les examens complémentaires

a) Enurésie isolée

Aucune imagerie ou examen complémentaire n'est nécessaire en première intention au diagnostic d'énurésie primaire qui repose avant tout sur les données de l'interrogatoire et d'un examen physique [16].

La tenue d'un calendrier mictionnel sur 48heures est le moyen recommandé pour confirmer ou corriger le diagnostic [16], pour cela on demande à l'enfant de noter les apports hydriques et mictions quotidiennes et de noter les éventuelles fuites urinaires diurnes.

Dans le cas d'une énurésie secondaire, les examens sont indispensables, même si le contexte psychologique est évocateur, afin d'éliminer une cause organique : infection urinaire, diabète inaugural (polyuro-polydipsie), maladie rénale débutante (néphronophtise, tubulopathie, hypercalciurie secondaire...) [20]. Rappelons, ici, qu'un diabète inaugural peut se manifester dans un contexte psychologique comme un état de stress psycho-traumatique .

b) Enurésie associée à des troubles mictionnels

Là, les examens complémentaires sont nécessaires et dépendent de l'orientation diagnostique :

- Une simple bandelette urinaire suffit à éliminer une infection urinaire et un diabète inaugural, causes systématiquement évoquées lorsque les fuites urinaires diurnes et l'énurésie sont d'apparition secondaire.
- Un ionogramme urinaire, un rapport calciurie/créatininurie et une osmolarité urinaire sur la première miction matinale à jeun sont justifiés en cas de polyurie et permettent d'éliminer une tubulopathie, un diabète insipide, une hypercalciurie.
- L'échographie des reins et des voies urinaires recherche une malformation des voies urinaires et apprécie l'aspect et l'épaisseur de la paroi vésicale, le retentissement urétéro-rénal d'un trouble mictionnel ainsi que le volume du résidu postmictionnel.
- Une exploration urodynamique non invasive peut être proposée en cas de doute diagnostique chez un enfant ayant des troubles mictionnels : une débimétrie mictionnelle couplée à un électromyogramme périnéal. L'aspect de la courbe du tracé oriente le diagnostic :
 - une courbe plate en plateau est évocatrice d'une obstruction du bas appareil

urinaire (valves urétrales incomplètes) ;

– une courbe de haute amplitude et de courte durée et/ou irrégulière est évocatrice d'une hyperactivité vésicale.

- Les autres explorations plus invasives (cystomanométrie, UIV, cystographie rétrograde, scintigraphie rénale) ne seront discutées que par une équipe médico-chirurgicale spécialisée, lorsque le pronostic rénal est engagé et/ou pour orienter le traitement médical ou chirurgical d'une incontinence permanente.

6. Diagnostics différentiels

L'énurésie doit être distinguée d'autres troubles mictionnels :

6.1. Les pollakiuries

Petites mictions fréquentes, précédées d'un besoin impérieux d'uriner. Elle peut être diurne, nocturne (nycturie) ou les deux :

- La pollakiurie diurne isolée est l'un des symptômes majeurs du syndrome d'hyperactivité vésicale, elle est présente également dans le «Syndrome de pollakiurie isolée bénigne transitoire» [20] et doit faire évoquer une infection urinaire, surtout si le contexte est évocateur.

- La nycturie est le fait qu'un enfant ressent le besoin d'uriner durant son sommeil et se lève pour se rendre aux toilettes. Elle peut être transitoire ou habituelle chez un enfant présentant une hyperactivité vésicale nocturne et/ou diurne associée. Elle se différencie alors de l'énurésie par le simple fait que l'enfant ressent le besoin d'uriner signifiant que son seuil d'éveil est alors moins élevé. Il peut également avoir besoin de se lever plusieurs fois ce qui n'est pas sans conséquence sur la qualité de son sommeil avec des répercussions néfastes dans les apprentissages scolaires. La nycturie peut également se manifester dans nombreuses situations : diabète sucré, diabète insipide, infection urinaire, drépanocytose, insuffisance cardiaque, tubulopathies rénales, syndrome obstructif d'apnée du sommeil...La liste n'est pas exhaustive.

6.2. Le syndrome polyuro-polydipsique

Il s'agit d'une augmentation du volume global de la diurèse, ne présageant aucunement de la fréquence des mictions. Elles annoncent Il peut faire évoquer un diabète insulino-dépendant (DID), un diabète insipide d'origine rénale ou antéhypophysaire; mais être aussi la conséquence d'une potomanie dont le diagnostic différentiel est essentiel. La potomanie peut être exclusivement vespérale dont en témoigne certaines énurésies de type «polyurique».

Là, il est nécessaire de bien faire préciser s'il s'agit d'un syndrome polyuro-polydipsique d'apparition récente avec énurésie (primaire ou secondaire), d'une énurésie avec polyurie nocturne sans augmentation de la diurèse des 24h (simple inversion nyctémérale de la diurèse), ou d'une vraie potomanie très difficile à diagnostiquer du fait qu'elle n'est que rarement révélée par l'enfant. Il sera parfois nécessaire d'hospitaliser l'enfant pour en faire le diagnostic. Le DID et le diabète insipide ainsi que la néphronophtise d'apparition tardive sont très souvent évocateurs et l'énurésie est souvent d'apparition secondaire. Il convient de se méfier d'un DID inaugural chez un enfant énurétique se manifestant alors par un syndrome polyuro-polydipsique de jour comme de nuit.

6.3. L'incontinence urinaire permanente

La définition de l'incontinence urinaire retenue est la nouvelle définition proposée par l'International Children's Continence Society (ICCS) : « toute perte involontaire d'urine dont se plaint le patient ». C'est pourquoi l'énurésie est bien une incontinence urinaire partielle et transitoire puisque ne survenant que pendant le sommeil de l'enfant.

Il peut s'agir d'écoulement d'urine par petits jets ou goutte à goutte dont il convient de retenir les étiologies suivantes :

- un obstacle au niveau du bas appareil provoquant une rétention chronique en amont avec des mictions par engorgement.

- un épispadias, facile à reconnaître chez le garçon.
- un abouchement ectopique de l'uretère (surtout chez les filles), soit au niveau de la vulve, soit dans le vagin [21].

6.4. Les mictions automatiques des « vessies neurologiques »

Sont associées à des signes neurologiques sensitivomoteurs au niveau et autour des sphincters dans le cadre d'un syndrome de la queue de cheval. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'examen neurologique de l'enfant est dans ce cas essentiel.

6.5. Les autres causes de fuites urinaires «diurnes» de l'enfant

- les fuites d'urines en rapport avec de mauvaises attitudes chez un enfant ayant une miction normale : enfant trop pressé, miction «cuisses serrées», parfois accroupie, chez la fille, rétention vaginale d'urine chez la fille, rétention urétrale d'urine chez le garçon coinçant sa verge sur le pantalon non baissé...
- les fuites d'urines du fait d'anomalies des organes génitaux externes : coalescence des petites lèvres chez la fille, adhérences préputiales ou vrai phimosis (rare) où l'urine est stockée sous le prépuce (ballonisation), valves de l'urètre postérieur de révélation tardive (jet saccadé).

- enfin, les fuites urinaires survenant dans des circonstances particulières comme l'incontinence d'effort et au «fou-rire». Le syndrome de pollakiurie transitoire bénigne se manifeste rarement par des fuites d'urines.

7. Répercussions de l'énurésie

7.1. ...sur la famille

Très peu d'études se sont penchées sur la représentation de l'énurésie chez les parents.

Une étude quantitative de 2007, enquête « Enurésie nocturne » réalisée par TNS Healthcare [2] évalue la perception et l'attitude des parents ; cette étude révèle que 86% des parents se disent gênés par l'énurésie de leur enfant, 44% culpabilisaient, certains s'estiment même résignés en particulier chez les parents d'adolescents (33%). La majorité des parents ne restent pas indifférents, et réagissent soit en rassurant l'enfant, soit en le grondant ou en lui faisant changer les draps. Enfin, 59% pensent que le problème se règle de lui-même, mais ils sont tout de même 61% à consulter leur généraliste en premier lieu.

Plus d'un tiers s'accordent à penser que l'énurésie a un véritable impact sur la vie sociale et le comportement des enfants.

7.2. ...sur la vie sociale et relationnelle de l'enfant

Les enfants énurétiques rapportent souvent, au cours des entretiens, une baisse de l'estime de soi, un sentiment de honte, de gêne, de culpabilité, d'impuissance, et des difficultés à envisager un séjour hors de la maison (colonies de vacances, dormir chez des amis...) [22].

Certains y trouvent même des bénéfices secondaires à ne pas grandir, ce qui peut aboutir à un repli sur soi. Le traitement de l'énurésie s'accompagne généralement d'une amélioration de l'estime de soi et d'une diminution des difficultés de comportement [23]. L'énurésie est parfois plus mal vécue par la famille que par l'enfant lui-même.

8. Prise en charge de l'énurésie

L'énurésie tend spontanément à la guérison avec un taux de l'ordre de 15% par an [6]. Ce chiffre mériterait, toutefois, de faire l'objet d'une nouvelle étude plus récente. Son retentissement psychologique et socio-familial est suffisamment important pour justifier une prise en charge à partir de 5 ou 6 ans, voire plus jeune si l'enfant a des troubles mictionnels dans la journée. Il faut surtout en parler avec l'enfant et ses parents afin d'éviter les contre-attitudes (dont les punitions et châtements) et les répercussions néfastes d'où la nécessité de la repérer. La prise en charge ne se justifie que si elle pose problème et/ou si l'enfant est motivé. L'essentiel est, avant tout,

d'instaurer un climat de confiance tant avec l'enfant qu'avec ses parents tout en responsabilisant l'enfant.

Des recommandations peuvent être données à l'enfant, et indirectement aux parents, afin de favoriser son autonomie par des prises de responsabilités et ainsi limiter les bénéfices secondaires de l'énurésie. Il semblerait qu'aucune publication ne rapporte des études validées avec niveau de preuve sur recommandations données à l'enfant et à ses parents [1].

- Le port de «protections», habituellement toujours déconseillé par certains médecins (généralistes et/ou pédiatres), psychologues et éducateurs, doit être évalué «au cas par cas» en fonction du retentissement de l'énurésie sur le sommeil de l'enfant, de la tolérance familiale et des conditions sociales. Si nécessaire l'enfant devra opter pour des culottes de nuit jetables qu'il devra utiliser en toute autonomie.
- Privilégier une bonne hygiène du sommeil en proposant à l'enfant de se coucher à une heure convenable en avançant, si possible l'heure du dîner, après un passage « obligé » aux toilettes sans que ses parents n'aient à le lui rappeler afin de favoriser son autonomie.
- Inviter à l'enfant à se responsabiliser tant sur le plan de son hygiène corporelle qu'en participant à la gestion de sa literie et de ses affaires mouillées. Cela doit lui être proposé sans que ce soit vécu comme une punition.
- Expliquer à l'enfant à l'aide d'un dessin et de mots simples, de façon ludique et interactive, le fonctionnement de l'appareil urinaire, les relations entre les apports hydriques et l'énurésie pour qu'il limite par lui-même les boissons le soir : pourquoi

boit-on?, d'où vient le pipi ? à quoi servent les reins et la vessie ? Lui expliquer, par exemple, qu'en faisant travailler ses reins la journée, ceux-ci se reposeront la nuit, que s'il n'écoute pas sa vessie la journée, elle se vengera la nuit et ainsi lui faire comprendre qu'il peut agir sur son corps. Cette attitude pédagogique permet souvent de démystifier le symptôme-énurésie.

- Proposer un calendrier sur lequel l'enfant note lui-même les nuits sèches et mouillées, sous forme de soleil/ nuage, pour le présenter à chaque consultation peut le motiver et rendre compte des résultats de ses efforts; voire même noter uniquement les nuits sèches pour éviter de décourager l'enfant dans le cas où les nuits mouillées seraient nombreuses. Il consacre ainsi un lien entre l'enfant et son médecin, et il est le contrat de soin qui les unit. Certains auteurs proposent un autre type de calendrier où l'évaluation initiale porte sur l'observance des recommandations, appelées alors missions que l'enfant doit mener en toute responsabilité, et non plus sur le nombre de nuits sèches/mouillées qui souvent décourage vite l'enfant [24]. Il est alors invité le soir, au coucher, à dessiner un bateau ou un «smiley» s'il a bien suivi toutes ses missions. Le lendemain, si ça nuit a été sèche, il peut alors dessiner un soleil. Seul le renforcement «positif» doit être privilégié afin qu'aucune nuit mouillée ne soit vécue comme un échec voire une faute.

8.1. Règles hygiéno-diététiques

Elles sont proposées par un consensus formalisé d'experts [16]. La prise en charge de l'énurésie passe en première approche par une démarche d'information et d'éducation (prescription hygiéno-diététique et tenue d'un calendrier mictionnel).

Il faut conseiller de mieux répartir les apports en eau et choisir les boissons. Les apports liquidiens recommandés chez l'enfant énurétique restent normaux mais à absorber entre 7 et 18 heures. Un petit déjeuner avec un apport liquidien représentant un tiers des besoins quotidiens. Diminuer le plus possible les apports hydriques après 18 heures. L'apport liquidien tout au long de la journée doit privilégier les eaux de boisson peu minéralisées. Supprimer en fin de journée les boissons sucrées et les boissons gazeuses, ainsi que les aliments très salés. Limiter le soir l'apport calcique en modérant les apports de laitage.

Il faut inciter l'enfant à aller uriner régulièrement dans la journée ; on lui recommandera d'aller aux toilettes cinq à six fois par jour (sans oublier au lever et au coucher), d'aller aux toilettes dès qu'il en ressent le besoin, de ne pas se retenir, lorsqu'il urine, d'être détendu autant que possible et de laisser couler le jet librement sans pousser.

Suivre ces conseils pendant au moins deux semaines et remplir un calendrier des accidents nocturnes où seront notées les nuits sèches afin de revaloriser l'enfant énurétique qui a souvent une baisse de l'estime de soi. Cette évaluation initiale est importante.

Un certain nombre d'énurésies régresse voire se résorbe avec une simple participation active de l'enfant... il se responsabilise et les parents interviennent moins. Dédramatiser le symptôme et déculpabiliser l'enfant (voire les parents) tout en le responsabilisant permet de restaurer son estime de soi.

Ce n'est qu'en cas d'échec de ces mesures générales avec une bonne observance des recommandations par l'enfant que la prescription d'un traitement médicamenteux peut se discuter et se justifier.

8.2. Traitements médicamenteux

L'efficacité suspensive du traitement médicamenteux peut être transitoire mais souvent utile pour montrer à l'enfant et à ses parents que l'énurésie n'est pas une fatalité.

a) La desmopressine

Les enfants chez qui une polyurie nocturne a été confirmée répondent généralement à la desmopressine (DDAVP) comme traitement de première intention [25]. La DDAVP est un nonapeptide synthétique analogue de l'hormone antidiurétique qui diminue la production d'urine. Elle est actuellement prescrite essentiellement sous forme lyophilisée sublinguale (comprimés de 60 ug, 120 ug et 240 ug) chez l'enfant de plus de six ans. Sa biodisponibilité est de 60 % supérieure à celle du comprimé.

Toutefois, sa durée d'action est plus courte (de 7 à 11 heures), ce qui correspond cependant à la durée usuelle du sommeil chez l'enfant [26]. Son efficacité est jugée sur la diminution d'au moins 50% de nuits mouillées et/ou sur une moindre abondance des accidents surtout chez l'enfant polyurique nocturne. Si l'enfant est sensible au traitement, le délai d'action est rapide et serait efficace après quatre semaines chez 60 % à 70 % des enfants [27]. Comme certains enfants y réagissent plus tardivement, il est recommandé de poursuivre le traitement pendant trois mois avant de procéder à une nouvelle évaluation. Il est conseillé de respecter une fenêtre thérapeutique d'au moins une semaine avant de le prolonger pour une nouvelle période de trois mois. Le traitement ne devrait pas être poursuivi plus de six mois. Le taux annuel de guérison chez les enfants traités pendant une période prolongée est de 30 % à 35 % [28]. Les chances de résolution permanente de l'énurésie sont meilleures (jusqu'à 75 %) avec un « programme de retrait structuré » qui prévoit une diminution graduelle de la dose de DDAVP et un renforcement positif lorsque l'enfant réussit à passer une nuit complète sans mouiller son lit et sans médicament [28,29].

La desmopressine, bien prescrite, est généralement bien tolérée, les effets indésirables les plus fréquents étant les céphalées et les symptômes gastro-intestinaux. Ceux-ci sont moindres si l'enfant respecte bien les consignes données systématiquement lors de la prescription du traitement : restriction hydrique en soirée et arrêt de toutes boissons 1 heure avant la prise du médicament au coucher et durant toute la nuit. Si l'enfant, quel qu'en soit la raison, en raison d'une soif intense, ou lors

d'une soirée festive, ne peut respecter les consignes, mieux vaut qu'il s'abstienne de prendre le traitement ce soir là.

La forme en spray intra nasale est abandonnée, et ne doit plus être prescrite dans cette indication, en raison de son absorption variable en cas d'infections des voies respiratoires supérieures, de rhinite allergique et d'un risque de surdosage responsable d'une sévère hyponatrémie de dilution, non observé avec les formes orales aux posologies recommandées

Il est conseillé d'initier le traitement avec 1 comprimé à 120 ug et d'augmenter cette posologie par palier de 60 ug toutes les semaines, en cas d'efficacité partielle, jusqu'à une posologie de 240 ug (rarement 360 ug). Le traitement ne sera poursuivi qu'en cas d'efficacité à savoir une réduction d'au moins 50% de nuits sèches. Il n'est pas conseillé de le poursuivre en cas d'échec thérapeutique pour lequel les raisons devront être appréciées : mauvaise observance du traitement, non respect des consignes, non respect des recommandations ou résistance au traitement dont l'étude fait l'objet de travaux et de publications [30, 31].

b) L'oxybutynine

Du fait de ses propriétés anti cholinergiques et de relaxation des muscles lisses, l'oxybutynine (Ditropan) est essentiellement indiqué dans le syndrome d'hyperactivité vésicale où l'énurésie est rarement isolée. Elle peut être indiquée,

selon certains auteurs, dans l'hyperactivité vésicale d'expression exclusivement nocturne, en cas d'échec de la desmopressine ou en association [32].

Les effets indésirables sont liés aux effets atropiniques de la molécule dont l'enfant est particulièrement sensible : une sécheresse de la bouche, des vertiges et de la constipation, cette dernière aggravant l'hyperactivité du détrusor. En règle générale, l'oxybutinine n'est pas indiquée dans l'énurésie isolée ou mono symptomatique.

c) Les antidépresseurs tricycliques

Les imipraminiques ne sont plus indiqués, en pédopsychiatrie, chez l'enfant et l'adolescent de moins de 16 ans en raison de leurs graves effets indésirables sur la fonction cardiaque (troubles de la conduction). A fortiori, ils ne doivent plus être prescrits pour l'énurésie [33].

8.3. Les systèmes d'alarmes

C'est une méthode ancienne de conditionnement (« pipi-stop ») dont certains soulignent les résultats très favorables à long terme (estimés à 70%) [34]. Elle repose sur l'anticipation et la prise de conscience du besoin d'uriner durant le sommeil. Le procédé est simple et sans risque : une sonnerie se déclenche dès l'émission des premières gouttes d'urine et invite l'enfant «à interrompre sa miction» et à se rendre aux toilettes pour terminer de vider sa vessie.

L'utilisation d'un tel appareil est souvent contraignante pour la famille qui est souvent réveillée par la sonnerie alors que le principal concerné poursuit sa nuit de sommeil malgré la fuite d'urine. Cette méthode nécessite, ainsi, une bonne coopération de l'enfant mais également son acceptation par la famille, ce qui n'est pas toujours le cas d'où les nombreux abandons de traitement. S'ils sont «sans danger», le non remboursement des systèmes d'alarme par la CPAM et leur mauvaise tolérance, du fait des réveils nocturnes qu'ils engendrent, font qu'ils sont peu prescrits en France. On obtient de meilleurs résultats chez les enfants et les familles motivés et quand le nombre de nuits « mouillées » est élevé. C'est sur le seuil d'éveil qu'agiraient les alarmes. L'enfant modifie peu à peu la qualité de son sommeil et ainsi allège son niveau d'éveil, ce qui facilite le déclenchement du réflexe d'inhibition vésicale. C'est par le même mécanisme qu'agiraient les effets thérapeutiques des changements de lieu. Lorsque ces enfants dorment loin de leur famille, redoutant alors une humiliante fuite nocturne, ils modifient inconsciemment leur sommeil en arrivant ainsi à se contrôler.

Selon la Société canadienne de Pédiatrie, cette méthode semble se concevoir surtout chez des enfants plus âgés dans des familles très motivées (catégorie de recommandation A, qualité de preuve) [35].

Les systèmes d'alarmes ont fait l'objet d'une évaluation par l'ANAES en 2003.

Certaines méta-analyses d'études, portant sur le taux de guérison à long terme, chez des enfants ayant poursuivi le traitement, montrent que si l'efficacité est bien moins

rapide que la desmopressine, le taux de guérison se situe aux environs de 50% et que les rechutes 3 mois après l'arrêt du traitement sont bien moins fréquentes.

Certains auteurs émettent des réserves sur ce traitement dont les effets psychologiques et sur la qualité du sommeil à long terme n'ont pas été évalués

8.4. Autres thérapeutiques

a) Les psychothérapies

La psychothérapie est dite « de soutien » lorsque l'enfant souffre des conséquences de l'énurésie dans sa vie quotidienne familiale et sociale. La perte de l'estime de soi, les sentiments de dévalorisation et de culpabilité et le manque de confiance peuvent traduire un véritable syndrome dépressif de l'enfant. Celui-ci peut également être masqué par divers troubles du comportement et/ou des conduites voire une baisse des performances scolaires. La psychothérapie est souvent proposée dans l'énurésie secondaire lorsqu'une cause psychoaffective est clairement identifiée.

b) Acupuncture, Homéopathie, Hypnose, Chiropraxie

Les résultats obtenus par l'hypnose, l'acupuncture, l'homéopathie ou la chiropraxie ne sont actuellement pas validés car les séries sont insuffisantes et la méthodologie pas assez rigoureuse [36].

DEUXIEME PARTIE :
ENQUETE AUPRES DES PRATICIENS

II/ ENQUETE AUPRES DES PRATICIENS

Ce travail avait pour objectif de mettre en évidence :

- une carence d'information sur l'énurésie, son diagnostic et sa prise en charge.
- une sous-estimation du problème, de sa fréquence et de ses répercussions psychologiques et socio-familiales dans la vie de l'enfant.

Cette étude pourrait permettre par la suite :

- la réalisation d'un guide de bonnes pratiques sur la prise en charge de l'énurésie
- la création d'un réseau médical
- l'élaboration de fiches techniques d'aide au repérage et à la prise en charge de cette affection.

Afin d'évaluer la formation des médecins généralistes et des pédiatres en ce qui concerne l'énurésie et sa prise en charge, nous avons réalisé une étude auprès de 500 médecins généralistes et pédiatres en Ile-de-France choisis dans la base de données de l'ordre des médecins, à l'aide d'un pré-test sur les connaissances et d'un questionnaire sur les pratiques.

1. Matériels et Méthodes

1.1. Population

L'étude de cohorte prospective concernait 500 médecins, 300 généralistes et 200 pédiatres, choisis au hasard, dans les bases de données de l'ordre des médecins, des différents départements que compte l'Ile-de-France ; soit un peu plus d'une soixantaine de médecins par départements répartis de la manière suivante 60% médecins généralistes et 40% de pédiatres.

Ont été exclus de cette étude :

- les médecins généralistes et pédiatres remplaçants
- les médecins non installés
- les médecins généralistes portant la mention «non qualifié»
- les médecins dont l'adresse de référence était celle d'un centre hospitalier

1.2. Recueil et traitement des données

L'étude se déroule du 10 septembre au 10 Novembre 2013. Le questionnaire établi, comporte 20 questions, essentiellement des QCM, répartis en trois parties :

- la première, comprenant 4 questions, permet d'établir le profil des médecins interrogés.

- la seconde, composée de 5 questions, évalue la formation des différents médecins sur le sujet et leur besoin d'information.

- la dernière, qui comptait 11 questions, apprécie les différentes pratiques des médecins interrogés.

Le questionnaire complet comporte deux pages, un espace est laissé disponible en bas de chaque page pour recevoir les commentaires éventuels de chaque médecin.

Chaque questionnaire est accompagné d'une lettre de présentation, ainsi que d'une enveloppe de retour pré-remplie et timbrée au tarif en vigueur.

La date limite de réception des questionnaires par retour de courrier est fixée au 10 novembre 2013.

Le recueil des données est réalisé au fur et à mesure de la réception des courriers de réponse. Les statistiques sont effectuées à l'aide du logiciel Excel.

2. Résultats

Sur les 500 questionnaires envoyés : 300 aux médecins généralistes et 200 aux pédiatres, 159 ont répondu.

Sur les 159 questionnaires retournés, 8 ont été exclus :

- 2 retournés vierges avec un mot explicatif.

- 6 retournés vierges accompagnés de la lettre et sans aucune annotation.

Au final, 151 questionnaires ont été retenus et exploités : 109 appartenant à des médecins généralistes et 42 à des pédiatres.

2.1. Résultats de la 1^{ère} partie : « Votre profil »

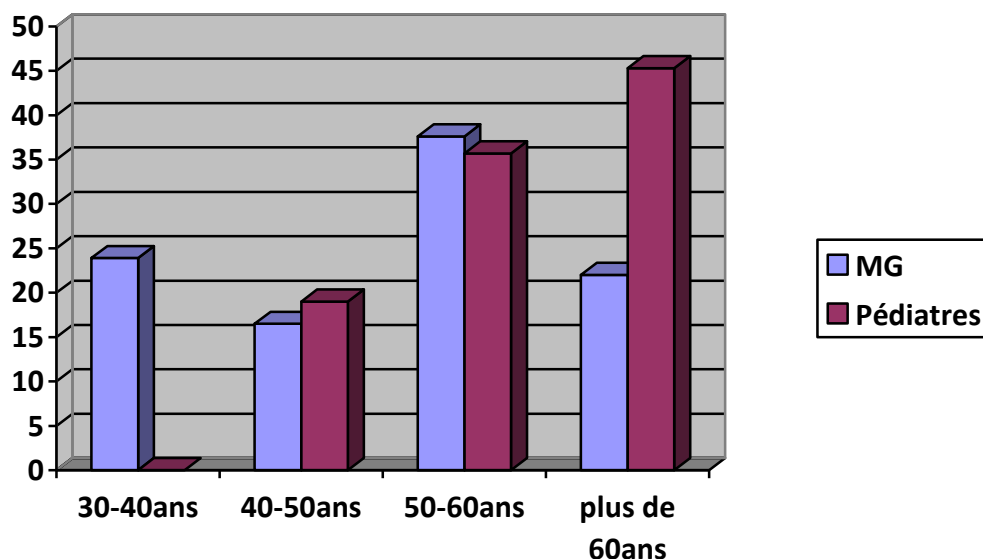
a) Age

Plus de la moitié des médecins interrogés ont plus de 50 ans ; aussi bien dans le groupe des médecins généralistes que des pédiatres.

37.6% des médecins généralistes ont entre 50 et 60 ans ; 22% ont plus de 60ans.

Concernant les pédiatres, 35.7% ont entre 50 et 60 ans ; 45.3% ont plus de 60ans.

Les résultats sont reproduits dans le graphique ci-après.



Graphique 1 – Représentation de l'âge des médecins généralistes et des pédiatres interrogés.

b) Mode d'exercice

La majorité des médecins interrogés ont une activité libérale, et peu d'entre eux une activité mixte.

Chez les médecins généralistes : 91.7% exercent en libéral contre 8.3% en mixte. Concernant les pédiatres, 69% exercent en libéral et seul 26.2% ont une activité mixte.

Libéral	Hospitalier Tps partiel	Hospitalier Tps plein	Mixte
91.7% (100/109)	0%	0%	8.3% (9/109)

Tableau 1 – Mode d'exercice des MG interrogés

Libéral	Hospitalier Tps partiel	Hospitalier Tps plein	Mixte
69% (29/42)	4.8% (2/42)	0%	26.2% (11/42)

Tableau 2 – Mode d'exercice des pédiatres interrogés

c) Activité pédiatrique

L'activité pédiatrique représente en moyenne 26% chez les médecins généralistes avec un minimum de 0.3% et un maximum de 70%.

Ensuite, il a été demandé aux médecins s'ils s'estiment «à l'aise» ou non avec la pathologie pédiatrique en général. La majorité des médecins généralistes ont répondu « oui » à cette question ; quant aux pédiatres la réponse est, à l'unanimité, affirmative ce qui est plutôt rassurant.

Les réponses sont portées dans le tableau ci-dessous.

Oui	Non
90.8% (99/109)	9.2% (10/109)

Tableau 3 – Réponses des MG à la question : «Etes-vous à l'aise avec la pathologie pédiatrique en général ?»

d) Fréquence des consultations d'enfants énurétiques

A la question où l'on demande aux médecins généralistes et pédiatres de chiffrer le nombre de consultations occasionnées par l'énurésie, voici quelles ont été leur réponses :

Aucune	< 2/ mois	2à5/ mois	>5/ mois
11% (12/109)	74.3% (81/109)	12.8% (14/109)	1.9% (2/109)

Tableau 4 – Fréquence des consultations d'enfants énurétiques chez les MG interrogés

Aucune	< 2/ mois	2à5/ mois	>5/ mois
0%	47.6% (20/42)	31% (13/42)	21.4% (9/42)

Tableau 5 – Fréquence des consultations d'enfants énurétiques chez les pédiatres interrogés

Visiblement le nombre de consultations d'enfants énurétiques est plus important chez les pédiatres que les médecins généralistes interrogés, on peut se poser la question d'une telle différence : est-ce lié au fait que les généralistes consultent moins d'enfants ? A un meilleur repérage de l'énurésie ? A une meilleure formation sur le sujet ? Ou aux trois raisons ?

2.2. Résultats de la deuxième partie : «Votre formation sur le sujet»

a) Repérage de l'énurésie

La cinquième question demande aux médecins si le repérage de l'énurésie est systématique lors de leurs consultations pédiatriques, et si non pour quelles raisons.

Les réponses des médecins généralistes et pédiatres sont portés dans le tableau 6.

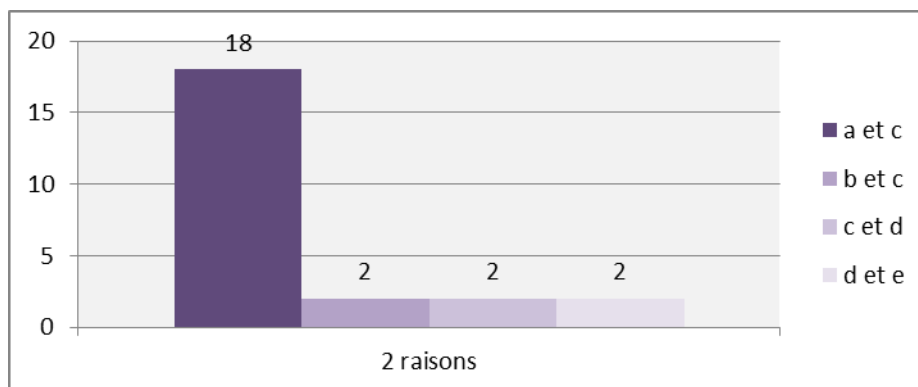
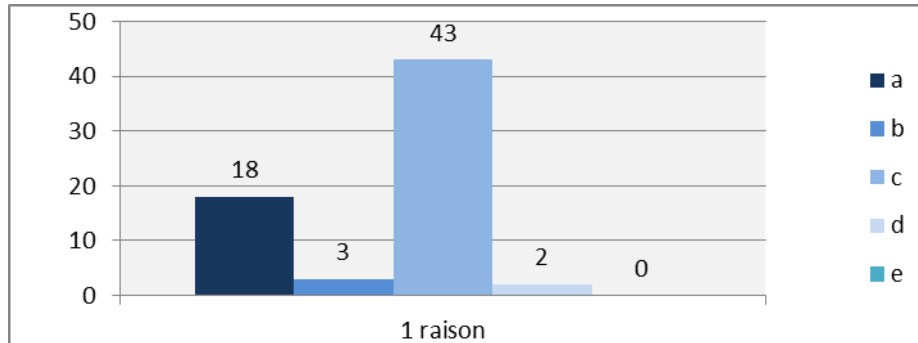
Médecins Généralistes		Pédiatres	
Oui	Non	Oui	Non
16.5% (18/109)	83.5% (91/109)	76.2% (32/42)	23.8% (10/42)

Tableau 6 – Réponses des médecins interrogés à la question : « Le repérage de l'énurésie est-il systématique lors de vos consultations pédiatriques ? »

Parmi les 91 médecins généralistes qui ne repèrent pas systématiquement l'énurésie lors de l'interrogatoire, 66 d'entre eux le justifient en donnant une raison, 24 en donnent plusieurs réponses. (graphique2)

Les 10 pédiatres qui répondent « non », soit près d'1/4 des pédiatres, donnent tous pour unique raison pour laquelle l'énurésie n'est pas systématiquement recherchée que « c'est à l'enfant et/ou à ses parents d'en parler ». (Réponse c). Il serait intéressant de discuter si cette attitude est pertinente et dans l'intérêt de l'enfant

énurétique sachant que cette affection est encore souvent entachée de « tabous » et cachée du médecin.



Graphique 1 – Répartition des raisons données par les MG ne recherchant pas l'énurésie à l'interrogatoire(en haut ceux qui ont donné 1 raison, en bas ceux qui en ont donné 2).

Légende :

- a- ce n'est pas si fréquent donc je n'y pense pas
- b- je ne suis pas assez à l'aise pour aborder à cette question
- c- c'est à l'enfant et/ou aux parents d'en parler
- d- c'est trop bénin pour engager un repérage systématique
- e- le sujet est trop tabou pour l'évoquer (respect de l'intimité)

40.7% (37/91) répondent que ce n'est pas si fréquent et n'y pensent pas.

6.6% (6/91) répondent ne pas être à l'aise pour aborder la question de l'énurésie.

72.5% (66/91) répondent que c'est à l'enfant et/ou aux parents d'en parler.

6.6% (6/91) répondent que c'est trop bénin pour engager un repérage systématique de l'énurésie.

3.3% (3/91) répondent que le sujet est trop tabou pour l'évoquer.

b) Enurésie et milieu médical

A la question « pensez-vous que l'énurésie soit un sujet suffisamment abordé en milieu médical ? » 82 des médecins généralistes, sur les 109 qui ont participé à l'étude, répondent « Non », soit 75.2%.

Concernant les pédiatres, 28 sur les 42 qui ont participé à l'étude, répondent « Non », soit 66.7%

Les résultats sont portés dans le tableau ci-dessous :

Médecins Généralistes		Pédiatres	
Oui	Non	Oui	Non
24.8% (27/109)	75.2% (82/109)	33.3% (14/42)	66.7% (28/42)

Tableau 7 : Réponse des médecins interrogés à la question : l'énurésie est-elle suffisamment abordée en milieu médical ?

La majorité des médecins, dans les groupes interrogés, estiment que l'énurésie est un sujet qui n'est pas suffisamment abordé en milieu médical témoignant ainsi d'un besoin d'information à ce sujet.

c) Connaissances de recommandations d'expert

A la question « connaissez-vous les nouvelles recommandations des experts dans la prise en charge de l'énurésie ? » Une grande partie des médecins généralistes interrogés répondent « Non » contre une majorité de « Oui » chez les pédiatres. Leurs réponses sont reportées dans le tableau ci-après.

Médecins Généralistes		Pédiatres	
Oui	Non	Oui	Non
3.7% (4/109)	96.3% (105/109)	78.6% (33/42)	21.4% (9/42)

Tableau 8 – Réponses des médecins interrogés à la question : « Connaissez-vous les recommandations des experts dans la prise en charge de l'énurésie ? »

d) Formation des médecins

La quatrième question demande aux médecins s'ils estiment avoir été suffisamment bien formés sur la prise en charge de l'énurésie chez l'enfant. Si oui, quelle a été leur principale source de formation ; et si non qu'auraient-ils souhaité aborder lors d'un enseignement post universitaire.

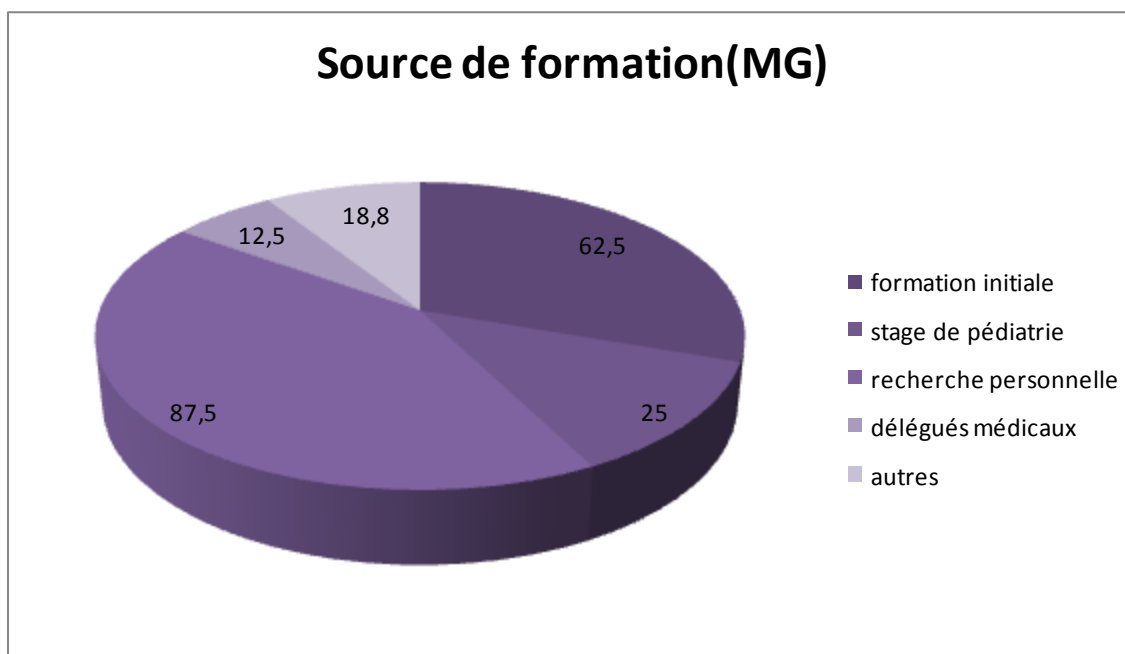
85.3% des médecins généralistes estiment être insuffisamment formés à la prise en charge de l'énurésie contre 31% des pédiatres interrogés. Les résultats sont reportés dans le tableau ci-dessous.

Médecins Généralistes		Pédiatres	
Oui	Non	Oui	Non
14.7% (16/109)	85.3% (93/109)	69% (29/42)	31% (13/42)

Tableau 9 – Réponse des médecins interrogés à la question : « Estimez-vous avoir été bien formé à la prise en charge de l'énurésie? »

Parmi les 16 médecins généralistes qui s'estiment suffisamment bien formés sur la prise en charge de l'énurésie, 1 seul n'a renseigné qu'une source de formation, les 15 autres ont donné plusieurs sources de formation concernant l'énurésie.

62.5% (10/16) des médecins généralistes citent comme principale source d'information la formation initiale, pour 25% (4/16) d'entre eux il s'agit de l'enseignement dispensé en stage en pédiatrie, aucun ne mentionne les enseignements post universitaires, pour 87.5% (14/16) il s'agit de recherche personnelle, pour 12.5% (2/16) d'informations apportées par les délégués médicaux et pour les 18.8% (3/16) restant d'autres sources non précisées.

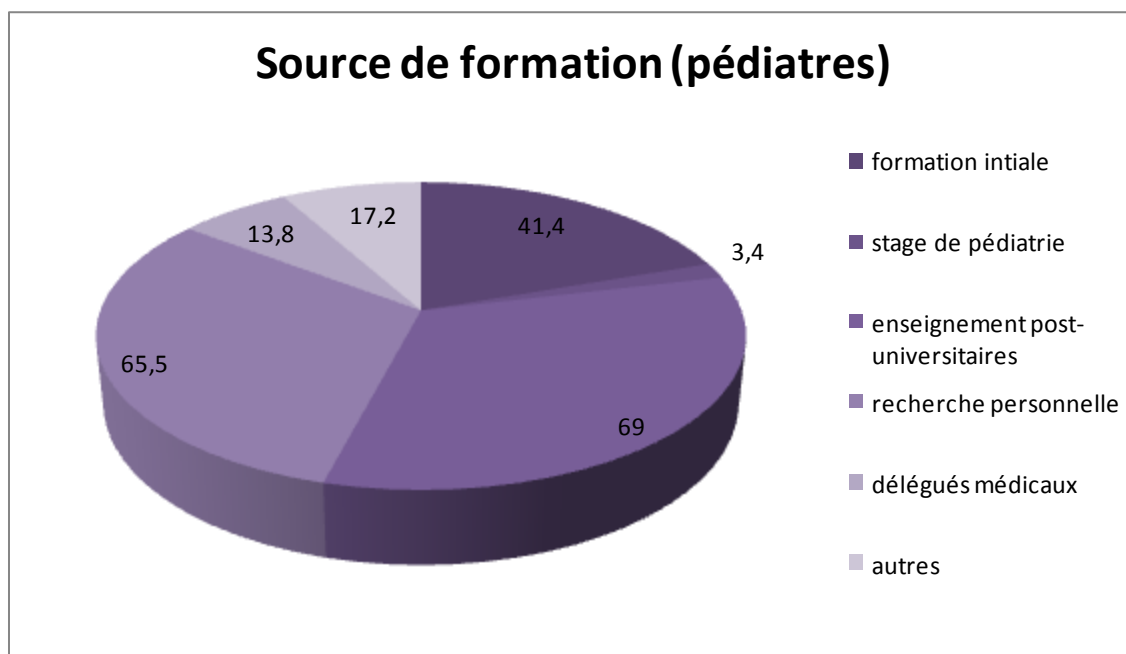


Graphique 2 – Répartition des sources de formation des médecins généralistes en pourcentage.

Parmi les 29 pédiatres qui s'estiment suffisamment bien formés, 11 renseignent une source principale de formation, les 18 autres en renseignent plusieurs.

41.4% (12/29) des pédiatres ont identifié comme principale source de formation la formation initiale, pour 3.4% (1/29) il s'agit de l'enseignement dispensé en stage de pédiatrie, pour 69% (20/29) d'enseignements post universitaires, pour 65.5% (19/29) de recherche personnelle, 13.8% (4/29) d'entre eux identifient la visite médicale et enfin les 17.2% (5/29) restant d'autres sources de formation non précisées.

La majorité des médecins interrogés, médecins généralistes et pédiatres confondus, citent la recherche personnelle comme principale source de formation, là où on aurait pu s'attendre à une majorité de « formation initiale ». (Les résultats sont représentés dans le graphique ci-après).



Graphique 2 – Répartition des sources de formation des pédiatres en pourcentage.

Parmi les 93 médecins généralistes qui ne s'estiment pas suffisamment bien formés, 26.9% (25/93) souhaitent avoir une aide au repérage de l'énurésie, 73.1% (68/93) une aide à la prise en charge de l'enfant énurétique, 69.9% (65/93) mieux connaître les recommandations de prise en charge de l'énurésie, 76.3% (71/93) connaître les moyens thérapeutiques et leur indications, 50.5% (47/93) connaître les différents thérapeutes vers lequel l'enfant peut être adressé, enfin 55.9% (52/93) souhaitent avoir un guide de bonne pratique pour la prise en charge de l'énurésie.

Parmi les 13 pédiatres qui ne s'estiment pas suffisamment bien formés, 23.1% (3/13) souhaitent avoir une aide au repérage de l'énurésie, 53.8% (7/23) une aide à la prise en charge de l'enfant énurétique ; mieux connaître les recommandations de prise en charge de l'énurésie ; connaître les moyens thérapeutiques et leur indications ; connaître les différents thérapeutes vers lequel l'enfant peut être adressé ; et avoir un guide de bonne pratique pour la prise en charge de l'énurésie.

Le besoin d'information est plus important chez les médecins généralistes.

e) Organisation de séances d'Enseignement postuniversitaire (EPU)

Plus de la moitié des médecins interrogés, que ce soient les médecins généralistes ou les pédiatres, montrent un intérêt pour des éventuelles formations sur le sujet.

Médecins Généralistes		Pédiatres	
Oui	Non	Oui	Non
75.2% (82/109)	24.8% (27/109)	52.4% (22/42)	47.6% (20/42)

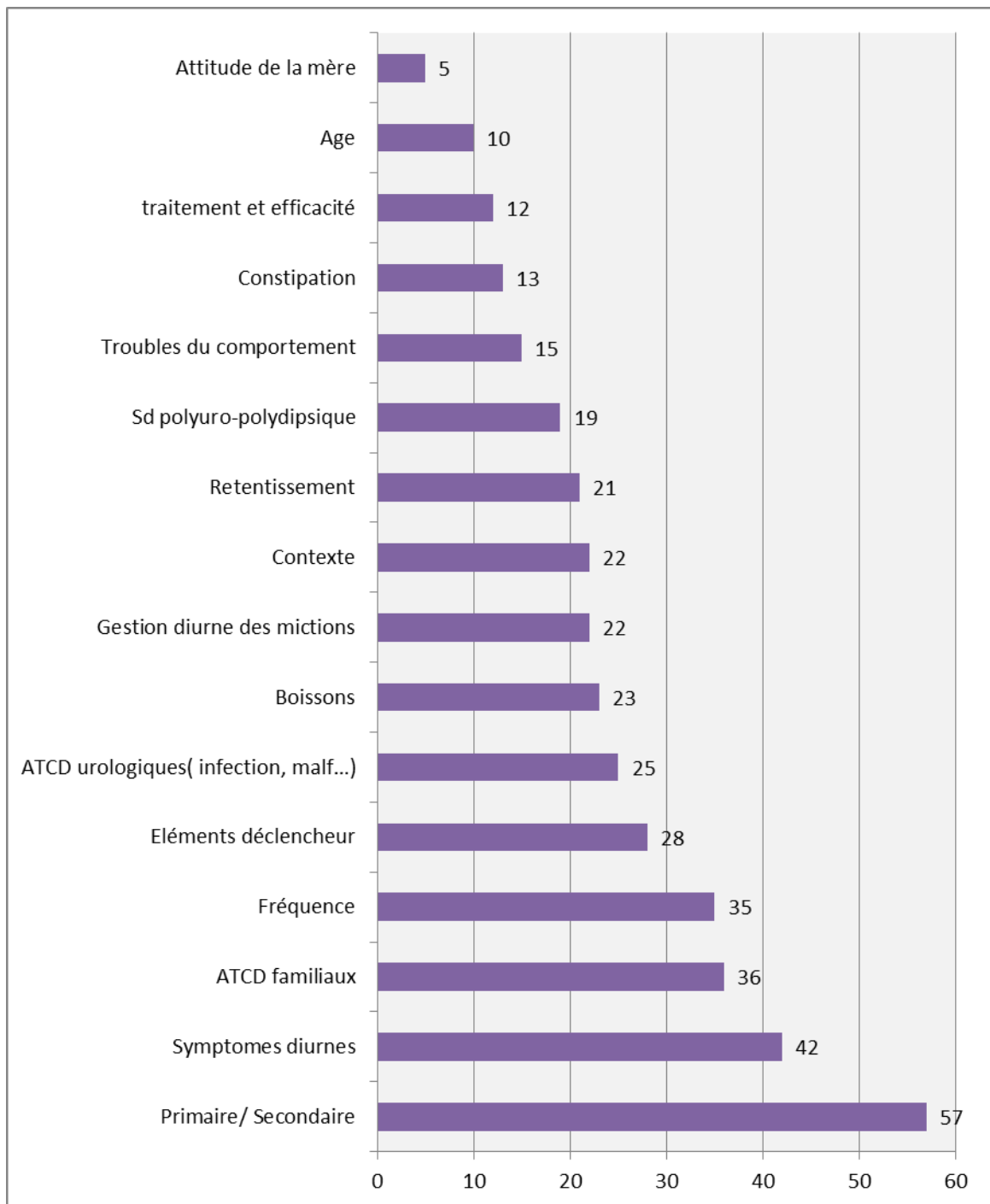
Tableau 10 – Réponse des médecins interrogés à la question : « Seriez-vous intéressé par des séances d'Enseignement post-universitaire (EPU) ? »

Le besoin de formation et/ou de mise à niveau des connaissances sur le sujet de l'énurésie est confirmé dans les deux groupes de médecins interrogés.

2.3. Résultats de la troisième partie : «Votre pratique dans la prise en charge de l'énurésie »

a) Eléments de l'interrogatoire

A la question où l'on demande aux médecins de citer les éléments qu'ils recherchent à l'interrogatoire d'un enfant énurétique. Leurs réponses sont représentées sur le graphique ci- après :



Graphique 3 – Eléments importants de l'interrogatoire

Parmi les médecins interrogés, 7 ne renseignent aucun élément à rechercher à l'interrogatoire.

Pour les autres, qui recherchent des éléments cliniques, les réponses sont pour:

- 39.6% le caractère primaire ou secondaire de l'énurésie.

- 29.2% les troubles mictionnels diurnes.
- 25% les antécédents familiaux d'énurésie
- 24.3% la fréquence de l'énurésie.
- 19.4% un facteur déclenchant
- 17.4% des antécédents urologiques (notion d'infection urinaire, de pyélonéphrite aiguë, de malformations uro-génitales).
- 16% les apports hydriques
- 15.3% l'hygiène mictionnelle, dont la gestion diurne des mictions
- 15.3% le contexte environnemental.
- 14.6 % le retentissement de l'énurésie sur l'enfant, et probablement sur la famille.
- 13.2% un syndrome polyuro-polydipsique.
- 10.4% des troubles du comportement associés
- 9% une constipation associée.
- 8.3% les traitements qu'ont reçu les enfants énurétiques ainsi qu'à leur efficacité.
- 6.9% l'âge de l'enfant.
- 3.5% l'attitude de la mère face à l'énurésie de son enfant.

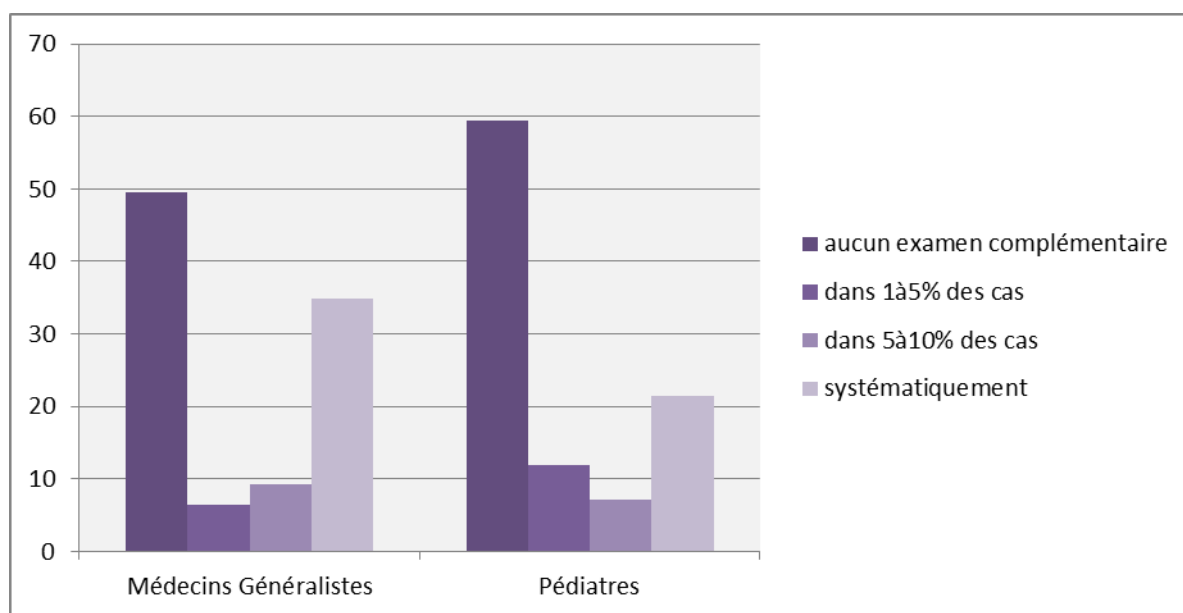
b) Examens complémentaires

Il est demandé aux médecins s'ils prescrivent des examens complémentaires pour une énurésie primaire isolée, et si oui lesquels.

Parmi les médecins généralistes, 49.5% ne prescrivent pas d'examens complémentaires, 6.4% les prescrivent dans 1 à 5% des cas, 9.2% dans 5 à 10% des cas et 34.9% d'entre eux prescrivent systématiquement un ECBU et une échographie de l'appareil urinaire.

Parmi les pédiatres interrogés, 59.5% ne prescrivent pas d'examens complémentaires, 11.9% les prescrivent dans 1 à 5% des cas, 7.1% dans 5 à 10% des cas et 21.5% prescrivent systématiquement un ECBU et une échographie de l'appareil urinaire.

Il en ressort que la majorité des médecins ne prescrivent pas d'examens complémentaires, les résultats sont représentés dans les graphiques ci-dessous.



Graphique 4 – Prescription d'examen complémentaire par les MG et pédiatres

a) Implication des facteurs psychologiques

A la question où l'on demande aux médecins la part des facteurs psychologiques responsable d'énurésie : pour 3.7% (4/109) des médecins généralistes et 9.5% (4/42) des pédiatres il n'y a pas d'implication des facteurs psychologiques ; pour 13.8% (15/109) des MG et 23.8% (10/42) des pédiatres, les facteurs psychologiques sont impliqués dans moins de 20% des cas ; dans 20-40% pour 30.3% (33/109) des MG et 35.7% (15/42) des pédiatres ; dans 40 à 50% pour 11% (12/109) des MG et 7.3% (8/42) des pédiatres et dans plus de 50% pour 41.2% (45/109) des MG et 16.7% (7/42) des pédiatres.

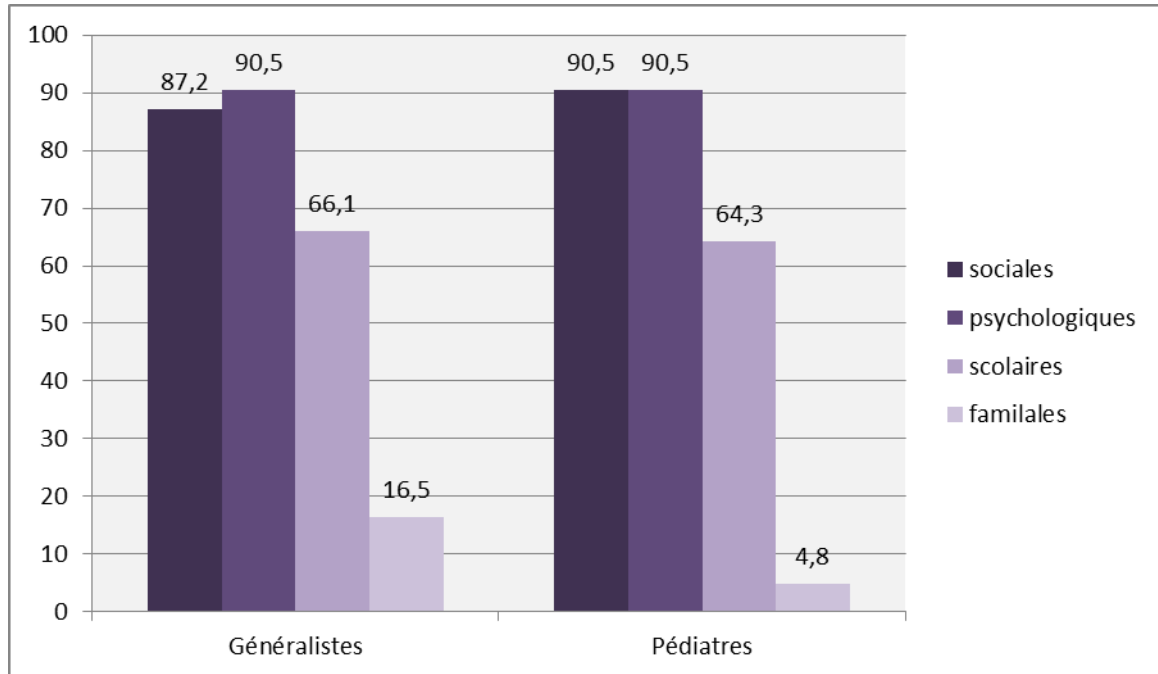
Pour un nombre important de médecins, l'implication des facteurs psychologiques est déterminante.

c) Répercussions dans la vie de l'enfant

A la question où l'on demande aux médecins s'ils pensent que l'énurésie peut avoir des répercussions dans la vie de l'enfant, et si oui, lesquelles : 97.2% des médecins généralistes et 95.2% des pédiatres estiment que l'énurésie a des répercussions dans la vie de l'enfant.

Parmi les médecins généralistes qui estiment qu'il peut y avoir des répercussions : 87.2% (95/109) estiment qu'elles sont sociales, 90.8% (99/109) psychologiques, 66.1% (72/109) scolaires et 16.5% (18/109) familiales.

Parmi les pédiatres, qui ont répondu « oui », 90.5% (38/42) estiment que les répercussions seront sociales, 90.5% (38/42) psychologiques, 64.3% (27/42) scolaires, 4.8% (2/42) familiales.



Graphique 5 – Répercussions dans la vie de l’enfant selon les MG et pédiatres en pourcentage.

Un grand nombre de médecins s’accorde pour dire qu’il existe un retentissement de l’énurésie sur la vie de l’enfant.

d) Instauration d’un traitement médicamenteux

A la question où l’on demande aux médecins s’ils instaurent un traitement médicamenteux dès la première consultation, si oui lequel, et si non, à quel moment de la prise en charge : 76.1% (83/109) des médecins généralistes et 78.6% (33/42)

des pédiatres n'instaurent pas de traitement médicamenteux dès la première consultation.

Parmi les médecins instaurant un traitement médicamenteux d'emblée, leur choix se porte sur la desmopressine pour 76.9 % (20/26) des médecins généralistes et 77.8 % (7/9) des pédiatres. 15.4 % (4/26) des généralistes interrogés et 22.2% (2/9) cite le Ditropan en 1^{ère} intention alors que 2 médecins généralistes ne précisent pas le traitement.

Parmi ceux qui n'instaurent pas de traitement d'emblée, la majorité des médecins généralistes, qui ont répondu, le font après échec des mesures hygiéno-diététiques dans 96.4% (80/83) des cas, les 3 autres à la demande des parents. Le choix du traitement médicamenteux est la desmopressine dans 71.2% (42/59) des cas ; le ditropan dans 11.9% (7/59) des cas et les antidépresseurs tricycliques dans 16.9% (10/59) des cas alors que 24 médecins généralistes n'indiquent aucun traitement.

Parmi les pédiatres qui n'instaurent pas de traitement d'emblée, 75.8% (25/33) le font après échec des mesures hygiéno-diététiques ; 18.2% (6/33) après la 2^{ème} ou 3^{ème} consultation, 3% (1/33) après un avis spécialisé et 3% (1/33) d'entre eux n'instaurent pas de traitement médicamenteux. Le choix du traitement est la desmopressine dans 77.4 % (24/31) des cas, le ditropan dans 16.1% (5/31) des cas, et enfin sur les antidépresseurs tricycliques (anafranil, tofranil) dans 6.5% (2/31) des cas.

La desmopressine est le traitement médicamenteux de choix, lorsqu'il est prescrit par les médecins interrogés, dans la prise en charge de l'énurésie.

e) En cas d'échec du traitement médicamenteux...

A la question où l'on demande aux médecins la conduite à tenir en cas d'échec du traitement médicamenteux :

Parmi les médecins généralistes, 25.7% (28/109) ne répondent pas à la question, 43.1% (47/109) orientent l'enfant vers un psychologue, 24.8% (27/109) vers un confrère pédiatre et 6.4% (7/109) d'entre eux vers un urologue.

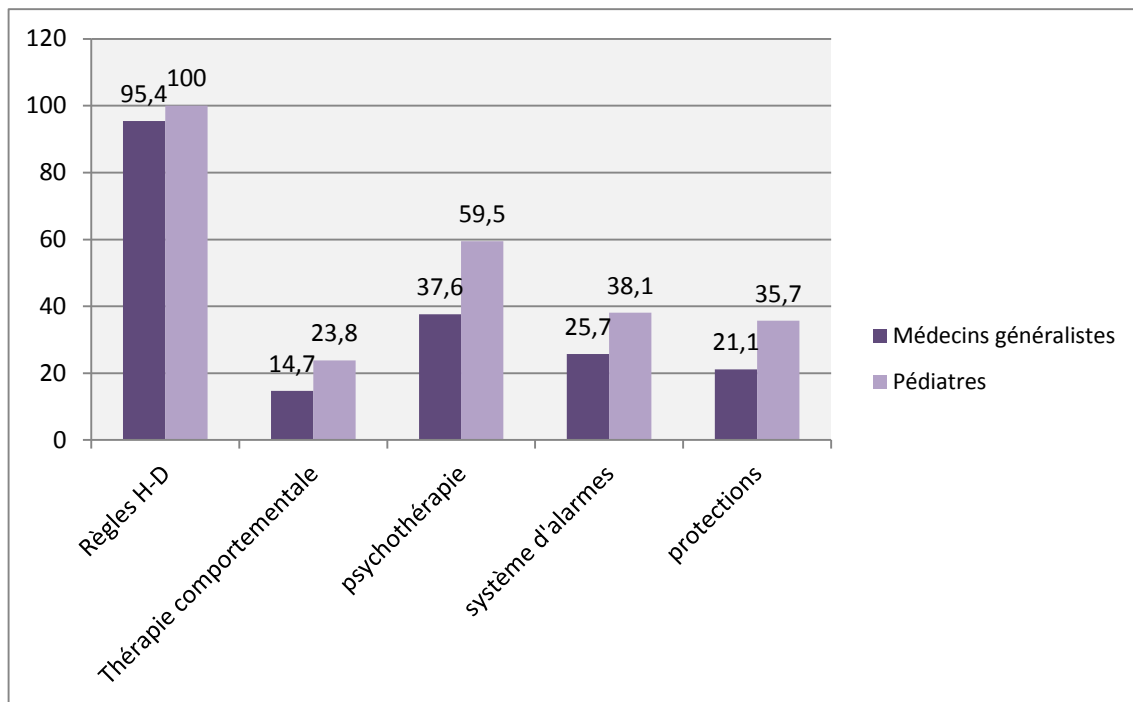
Parmi les pédiatres, 21.4% (9/42) ne répondent pas à cette question, 69% (29/42) répondent qu'ils envisagent une psychothérapie pour l'enfant, 9.5% (4/42) demandent un avis spécialisé (pédiatre exerçant en milieu hospitalier).

La majorité des médecins des deux groupes interrogés, orientent l'enfant énurétique vers un psychologue, ce qui montre bien que la part du «psychologique» n'est pas insignifiante dans l'énurésie, peut-être plus souvent reconnue en cas d'échec de la prise en charge (mesures hygiéno-diététiques et traitement médicamenteux).

f) Autres moyens thérapeutiques à disposition

A la question où l'on demande aux médecins de quels moyens thérapeutiques ils disposent pour prendre en charge l'énurésie, les médecins donnent plusieurs réponses : 95.4% (104/109) des médecins généralistes et 100% (42/42) des pédiatres mentionnent les règles hygiéno-diététiques ; 14.7% (16/109) des médecins généralistes et 23.8% (10/42) des pédiatres citent la thérapie comportementale ;

37.6% (41/109) des généralistes et 59.5% (25/42) des pédiatres mentionnent la psychothérapie ; 25.7% (28/42) des généralistes et 38.1% (16/42) des pédiatres les systèmes d'alarmes (Pipi stop) ; 21.1% (23/109) des médecins généralistes, et 35.7% (15/42) des pédiatres conseillent également les protections (couches, alèses, protège-draps). Les résultats sont reportés dans le graphique ci-dessous.



Graphique 6 – Moyens thérapeutiques à la disposition des MG et pédiatres (en pourcentage).

g) Le calendrier mictionnel

A la question où l'on demande aux médecins s'ils proposent systématiquement un calendrier mictionnel aux enfants énurétiques : 51.4% (56/109) des médecins généralistes et 85.7% (36/42) des pédiatres le proposent systématiquement contre 48.6% (53/109) et 14.3% (6/42) respectivement.

Une majorité de médecins proposent un calendrier mictionnel avec une préférence pour la forme soleil/ nuage.

h) La consultation de suivi

La majorité des médecins proposent une consultation de suivi, soit 65.1% (71/109) des médecins généralistes et 83.3% (35/42) des pédiatres. Les résultats sont représentés dans le tableau ci-dessous.

Médecins Généralistes		Pédiatres	
Oui	Non	Oui	Non
65.1% (71/109)	34.9% (38/109)	83.3% (35/42)	16.7% (7/42)

Tableau 10 – Réponse des médecins interrogés à la question : « Proposez-vous systématiquement une consultation de suivi? »

A la question où l'on demande aux médecins s'ils reçoivent l'enfant seul, un grand nombre, aussi bien chez les médecins généralistes (84.4%) que les pédiatres (83.3%), a répondu « non ».

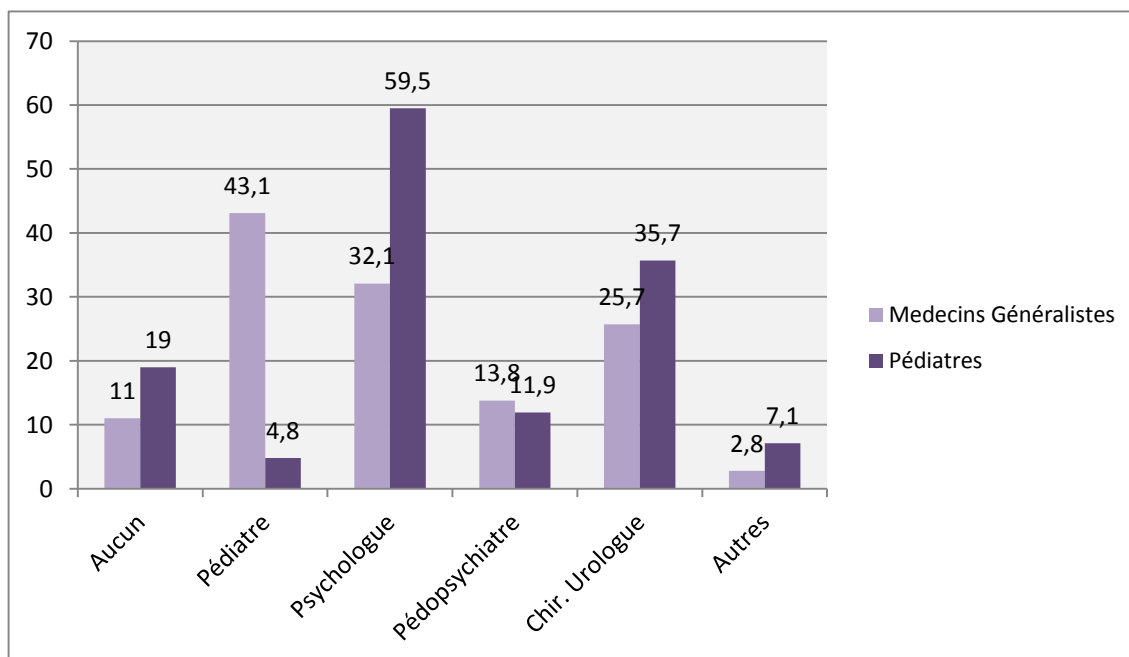
i) Les professionnels de santé sollicités

A la question où l'on demande aux médecins à quels professionnels de santé ils font appel pour un avis :

Chez les médecins généralistes interrogés ; 11% (12/109) ne font appel à personne, 43.1% (47/109) sollicitent l'avis d'un pédiatre, 32.1% (35/109) celui d'un psychologue pour enfants, 13.8% (15/109) celui d'un pédopsychiatre, 25.7% (28/109) celui d'un chirurgien urologue, et enfin 2.8% (3/109) d'entre eux un autre professionnel de santé que ceux proposés.

Chez les pédiatres, 19% (8/42) ne demandent pas d'avis, 4.8% (2/42) sollicitent l'avis d'un confrère pédiatre plus spécialisé, 59.5% (25/42) celui d'un psychologue pour enfants, 11.9% (5/42) l'avis d'un pédopsychiatre, 35.7% (15/42) celui d'un chirurgien urologue et 7.1% (3/42) d'un autre professionnel de santé.

Il ressort que l'avis d'un psychologue est très souvent sollicité, pointant encore la part importante du psychisme dans l'énurésie de l'enfant. Les résultats sont portés dans le graphique ci- après :



Graphique 7 – Professionnels de santé sollicités pour un avis par les MG et pédiatres en pourcentage.

j) Prendre ou ne pas prendre en charge l'énurésie ?

A la question où l'on demande aux médecins s'ils préfèrent ne pas prendre en charge l'énurésie si une consultation spécialisée, rapidement disponible, leur est proposée, et si oui pour quelles raisons : 33.9% des médecins généralistes et 16.7% des pédiatres préfèrent ne pas prendre en charge l'énurésie, si cela est possible, contre 66.1% et 83.3% respectivement. Les résultats sont reportés dans le tableau ci-après.

Médecins Généralistes		Pédiatres	
Oui	Non	Oui	Non
33.9% (37/109)	66.1% (72/109)	16.7% (7/42)	35% (35/42)

Tableau 11_ Réponse des médecins interrogés à la question : « Préfèreriez-vous ne pas prendre en charge l'énurésie de l'enfant si une consultation spécialisée, rapidement disponible, vous était proposée? »

Il ressort que peu d'entre eux, significativement plus chez les médecins généralistes, évite la question de l'énurésie. Dans ce cas, la raison la plus fréquemment donnée est le manque de temps.

3. Discussion

Cette étude a permis d'évaluer les connaissances des médecins généralistes et pédiatres d'Ile de France sur l'énurésie et sur les modalités de sa prise en charge. Sa finalité est d'améliorer son repérage par les médecins traitants de l'enfant, généralistes et pédiatres confondus, et la prise en charge globale de l'enfant énurétique.

Le taux de réponse au questionnaire adressé aux médecins généralistes et pédiatres d'Ile de France est de 31,8% ; c'est un taux satisfaisant pour ce type d'enquête mais insuffisant pour représenter l'ensemble de la population étudiée.

Plusieurs raisons peuvent expliquer le nombre important de médecins n'ayant pas répondu à l'enquête. Il peut s'agir d'un sujet qui ne les intéresse pas, considérant l'énurésie trop peu fréquente voire être une affection trop bénigne. Ils peuvent craindre d'être jugé sur leur pratique. Par ailleurs, la période d'envoi des questionnaires, à la rentrée de septembre, particulièrement surchargée pour les médecins (rentrée des classes, certificats médicaux divers...) a pu ne pas être propice à ce type d'enquête.

3.1. Biais de l'étude

La présentation du questionnaire, sous forme de cases à cocher, dans un souci de simplicité, afin de récolter un maximum de réponses, a pu influencer les réponses des médecins interrogés et ainsi leur faire perdre leur spontanéité.

L'auto-évaluation des médecins interrogés a pu fausser certaines réponses par sous-estimation ou surestimation de la réalité des pratiques.

Les réponses des médecins n'ayant pas répondu, donc n'ayant pas été intégrées dans l'étude, auraient pu être différentes de celles qui recueillies.

3.2. Analyse

Plus de la moitié (65.6%) des médecins interrogés ont plus de 50 ans, aussi bien dans le groupe de médecins généralistes que celui des pédiatres, reflétant bien l'âge moyen des médecins, exerçant principalement dans le secteur libéral (85.4%). L'énurésie primaire mono symptomatique est rarement un motif de consultation hospitalière, puisque, par définition, elle n'est associée à aucune pathologie. De plus, il s'agit d'une affection fréquente comme le montre les résultats de l'étude où la majorité des médecins interrogés (92.1%) déclarent que l'énurésie occasionne au moins une consultation par mois. Il est également important de signaler que la moyenne d'âge des pédiatres interrogés est significativement supérieure à celui des MG, ce qui peut influencer les réponses du fait d'une plus grande expérience (en plus

de leur formation pédiatrique spécifique) et ils peuvent également garder des habitudes de pratiques plus anciennes. [Pédiatres : 81% > 50 ans dont 45,3% > 60 ans ; MG : 59,6% > 50 ans dont 22% > 60 ans].

Dans l'étude, 90.8% des médecins généralistes s'estiment à l'aise avec la pathologie pédiatrique en général. Il n'y a cependant, pas de corrélation entre les stages effectués en pédiatrie et le fait de se sentir à l'aise ou non avec la pédiatrie. En effet, seul 25% des médecins généralistes, ayant déclaré « se sentir à l'aise avec la pathologie pédiatrique », mentionne les stages de pédiatrie comme principale source de formation alors que certains médecins déclarent ne pas éprouver de difficultés sans pour autant avoir effectué de stage en service pédiatrique au cours de leur formation.

Il reste vrai que l'énurésie n'est pas abordée en pédiatrie, pas même chez les enfants hospitalisés où la question intéresse guère les médecins, un peu plus les infirmières et les auxiliaires de puériculture, et également que la pédiatrie générale et ambulatoire pour les MG ne s'apprend guère en milieu hospitalier (sauf les urgences). L'énurésie est bien une préoccupation de pédiatrie générale. Ce pourcentage élevé de médecins à l'aise avec la pédiatrie montre que la pratique de la pédiatrie courante ne s'apprend pas uniquement en milieu hospitalier, elle peut être acquise lors de leurs stages chez les praticiens en ville ou encore lors de leur expérience professionnelle.

L'activité pédiatrique représente en moyenne 26% chez les médecins généralistes, pourcentage suffisamment important et significatif pour compléter et diversifier la formation des étudiants à la pédiatrie ambulatoire au delà de leur

formation initiale qui peut se limiter à un stage en pédiatrie. C'est tout l'intérêt des stages chez le praticien de ville (SASPAS?) en médecine générale mais également chez un pédiatre de ville, en PMI, en milieu scolaire....

Sur la question du repérage de l'énurésie en consultation, seulement 16.5% des médecins généralistes interrogent les parents et/ou l'enfant sur cette question contre 76.2% des pédiatres. Ceci peut expliquer en partie que la part des consultations occasionnées par l'énurésie est plus importante chez les pédiatres. Pourquoi les médecins généralistes ne repèrent-ils pas systématiquement l'énurésie ? Y porteraient-ils un intérêt moindre ? N'auraient-ils pas les connaissances suffisantes pour la prendre en charge ? Ou serait-ce uniquement par manque de temps ? La majorité des médecins interrogés [MG 72,5% (66/91) et 23,8% (10/42) pour les pédiatres] estiment que c'est à l'enfant ou aux parents d'en parler ; raison qui est la plus citée, et la seule réponse donnée par les pédiatres qui ne posent pas la question de l'énurésie.

Dans l'article «En parler - Enquête auprès des mères» [37], les mères disant effectivement qu'on leur posait bien la question de la propreté nocturne avant 5 ans mais peu la question de l'énurésie après 6 ans. C'est vrai que dans le carnet de santé de l'enfant (certificats), la question de la propreté nocturne est abordée à l'examen de la 3e année puis de la 4e année mais plus du tout après.

Bon nombre de médecins, 75.2% des médecins généralistes et 66.7% des pédiatres, estime que l'énurésie est un sujet qui n'est pas suffisamment abordé en milieu médical ce qui montre un réel besoin de formation et de discussion sur ce

sujet. 96.3% des médecins généralistes disent ne pas connaître les nouvelles recommandations des experts dans la prise en charge de l'énurésie ce qui vient renforcer ce besoin de formation.

85.3% des médecins généralistes estiment ne pas être suffisamment bien formés à la prise en charge de l'énurésie, là encore ce besoin de formation se confirme.

Celui-ci s'oriente vers une aide à la prise en charge de l'enfant énurétique, une meilleure connaissance des recommandations, et des moyens thérapeutiques ainsi que leurs indications. C'est ce que confirme l'intérêt sur ce qu'ils souhaitent aborder lors des EPU (enseignement postuniversitaire). Pour répondre à cette demande, dans un premier temps, une fiche d'aide au repérage de l'énurésie pourrait permettre aux médecins d'être plus à l'aise pour aborder cette question. A l'aide de questions simples sur le sommeil de l'enfant et/ou l'hygiène mictionnelle pourrait être abordée, avec tact et mesure, la question de la propreté nocturne :

1 - l'énurésie repérée en abordant le sommeil :

- dors-tu bien?
- à quelle heure te couches-tu?
- t'arrive t-il de te réveiller la nuit ?
- as-tu parfois des cauchemars ?
- comme ça arrive à beaucoup d'autres enfants, t'arrive- t'il de faire pipi au lit ?

2 - l'énurésie repérée en abordant l'hygiène mictionnelle :

- bois-tu suffisamment d'eau dans la journée
- vas-tu régulièrement aux toilettes ?
- te retiens-tu de faire pipi à l'école ?
- t'arrives-t-il de ne plus pouvoir te retenir ou d'avoir des petites fuites ?
- et la nuit, comme ça arrive à beaucoup d'autres enfants, t'arrive-t-il de faire pipi au lit ?

Il est tout à fait concevable de proposer une fiche d'aide au diagnostic et à la prise en charge de l'énurésie, une fois repérée ou révélée par les parents. L'énurésie est un diagnostic d'interrogatoire et de simples questions suffisent à le poser et à en définir les caractères «isolée» ou «associée» et primaire ou secondaire. Cette fiche permettrait également de router les différentes étapes de la prise en charge et de rappeler les recommandations consensuelles d'experts [16]. Ces fiches pourraient constituer l'amorce d'un vrai «guide de bonnes pratiques» pour le repérage et la prise en charge de l'énurésie. Il pourrait être également une aide à l'adressage des enfants énurétiques vers des consultations spécialisées et/ou des médecins spécialistes.

Quant aux médecins qui s'estiment bien formés, ils n'ont pas toujours renseigné la « formation initiale », comme principale source de formation, comme on aurait pu s'y attendre tant l'énurésie est une affection fréquente chez l'enfant. Cependant, pour les médecins généralistes, la formation principale représente une source importante - peut-être est ce du fait que la formation pédiatrique des MG est de meilleure qualité du fait des stages chez le praticien généraliste, en PMI et des enseignements dispensés dans le cadre du 3e cycle de MG... Les sources de formation citées sont très diverses, leur répartition est principalement la recherche personnelle suivie des enseignements postuniversitaires ; la formation initiale quant à elle n'est citée que secondairement chez les pédiatres. La recherche personnelle est la source de formation qui remporte le plus de suffrages chez les médecins interrogés, mais pour bon nombre de pédiatres le plus de suffrages est pour les EPU +++, à la grande différence des MG qui ne la mentionne aucunement, ce qui peut sous-entendre que

c'est au décours d'une consultation d'un enfant énurétique que le médecin éprouve le besoin de réactualiser ses connaissances . Certains médecins, une minorité certes, déclarent avoir pour seule source de formation l'information délivrée par les visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques, ce qui peut leur être reproché, et présente un conflit d'intérêt évident.

Ces résultats nous amènent à nous interroger sur les cours dispensés à la faculté, et à remettre en question la formation initiale des médecins concernant l'énurésie: L'énurésie n'est-elle pas abordée au cours des études de médecine (second et troisième cycle) ou s'agit-il uniquement d'un délaissement de cette affection par les étudiants ?

Plus de la moitié des médecins interrogés, aussi bien chez les médecins généralistes que chez les pédiatres, montre un intérêt pour diverses formations sur le sujet ce qui témoigne bien d'une carence sur le sujet.

Il n'apparaît pas de différence significative entre le nombre de médecins qui prescrivent des examens complémentaires et ceux qui n'en prescrivent pas, par contre ceux qui jugent utile, prescrivent un ECBU et une échographie rénale et des voies urinaires afin de déceler une atteinte organique. Si l'avantage de ces examens est d'être indolore et non contraignants, ils restent cependant inutile lorsque l'énurésie primaire «isolée» ou «mono symptomatique». Il est possible également que des examens soient prescrits pour «rassurer les parents».

En effet, l'énurésie nocturne «isolée» ou «mono symptomatique» est un diagnostic essentiellement clinique, il repose avant tout sur une enquête anamnestique, afin de

d'exclure, avant tout, des troubles associés, en particulier les troubles mictionnels diurnes.

Concernant les facteurs psychologiques 79,5 % des médecins interrogés pensent que ces facteurs interviennent dans au moins 20% des cas, et, selon 34.4%, cette proportion est supérieure à 50%, et majoritairement chez les médecins généralistes. Pour quelles raisons les MG sont majoritaires sur cette question? Manque de formation sur les différentes causes (ou hypothèses étiopathogéniques) : rôle de l'ADH, l'hyperactivité vésicale....

La majorité des médecins interrogés, 97.2% des médecins généralistes et 95.2% des pédiatres, estiment que l'énurésie peut avoir des répercussions dans la vie de l'enfant. Ces résultats sont rassurants car cela devrait être la première préoccupation des médecins qui prennent en charge des enfants énurétiques. La question des répercussions psychologiques socio-familiale, voire scolaires ne doit pas être ignorée et doit faire l'objet d'une recherche systématique auprès de l'enfant énurétique et de ses parents [2].

La majorité des médecins interrogés n'instaure pas de traitement médicamenteux dès la première consultation, soit respectivement 76.1% et 78.6% des médecins généralistes et pédiatres ; ce qui est également rassurant, surtout que la prescription d'un traitement n'est pas anodine, et doit être précédée d'une bonne observance des mesures hygiéno-diététiques et accompagnée de conseils. Cette attitude respecte bien les recommandations proposées par les experts. De plus, l'efficacité du traitement médicamenteux, est meilleure si l'enfant respecte scrupuleusement les règles

hygiéno-diététiques, ce qui ne peut se concevoir que chez l'enfant bien motivé et en âge de se responsabiliser.

Parmi les médecins interrogés, le délai de prescription du médicament, est de 2 voire 3 consultations en moyenne.

La desmopressine est le traitement de choix, en première intention, par 61.6% des médecins interrogés, médecins généralistes et pédiatres confondus, sans différence significative entre les 2 groupes. L'oxybutynine est prescrit par 24.5 % des médecins et les tricycliques par 9.9% d'entre eux. Rappelons que l'oxybutinine n'est pas indiquée dans le traitement de première intention de l'énurésie et que les antidépresseurs tricycliques ne doivent plus être prescrits chez l'enfant et l'adolescent de moins de 16 ans. Il aurait été judicieux de demander aux médecins si leurs prescriptions s'accompagnent de conseils particuliers ou non puisque ces traitements ne sont pas dénués d'effets indésirables qui peuvent s'avérer graves. Concernant la desmopressine, le traitement ne peut être prescrit que si l'enfant est en mesure de respecter la limitation des boissons en soirée et même ne plus boire 1 heure avant de prendre le médicament et durant toute la nuit. En effet, en cas de non respect de ces consignes, l'enfant peut être exposé à des effets indésirables bénins à type de nausées, céphalées, douleurs abdominales et sévères en rapport avec une hyponatrémie de dilution. Il est vrai que cet effet indésirable gravissime s'observait avec le conditionnement du médicament sous la forme d'un spray nasal, retiré du marché dans l'indication «traitement de l'énurésie» depuis 2007. Il aurait été intéressant de demander aux médecins interrogés le conditionnement du traitement

prescrit car il n'est pas exceptionnel que la forme spray nasal soit toujours prescrite alors que la forme «sublinguale» est celle qui est actuellement recommandée.

En cas d'échec du traitement médicamenteux, bon nombre de médecins ont recours à la psychothérapie ou à l'avis d'un confrère pédiatre exerçant en milieu hospitalier. Il aurait été également judicieux de demander les raisons pour lesquelles les médecins ont recours à cette psychothérapie. Cette attitude est bien corrélée avec le fait que la majorité des médecins interrogés reconnaissent l'implication de facteurs psychologiques dans l'énurésie. Ils sont encore plus nombreux à reconnaître les répercussions psychologiques de l'énurésie et la souffrance de l'enfant et c'est tout le mérite de cette étude que de le constater. De fait, il n'est pas possible de savoir si l'enfant est adressé à un psychothérapeute du fait de l'échec du traitement et «en désespoir de cause» et/ou du fait de sa souffrance psychologique (mauvaise estime de soi, dévalorisations, sentiment de culpabilité, manque de confiance voire isolement social...). Cette orientation thérapeutique peut aussi être motivée par une mauvaise tolérance de l'énurésie par les parents (attitudes inappropriées, humiliantes voire coercitives) ou au contraire par une attitude hyper protectrice des parents [1].

Parmi les autres moyens thérapeutiques, on ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes de médecins (généralistes/pédiatres) ; 96.7% mentionne les règles hygiéno-diététiques, 17.2% la thérapie comportementale, 43.7% la psychothérapie, 29.1% les systèmes d'alarmes (Pipi stop) et 25.2% d'entre eux reconnaissent conseiller les protections (couches, alèses, protège-draps). Rappelons que le port de couches est à évaluer en fonction du retentissement de

l'énurésie sur le sommeil de l'enfant, de la tolérance familiale et des conditions sociales de l'enfant. La suppression systématique des protections n'est plus une recommandation des experts. Celles ci sont tout à fait recommandées pour les nuits passées à l'extérieur de la maison (centre de vacances, voyage scolaire, «soirée pyjamas», séjour dans la famille...) afin de favoriser la vie sociale de l'enfant. Certaines pratiques témoignent d'un manque de formation.

Le calendrier mictionnel est peu prescrit par les médecins généralistes (51,4%) comparé à leurs confrères pédiatres (85,7%). Celui qui est recommandé par les experts est utile au diagnostic d'énurésie et permet d'en définir le caractère «isolée» ou «associée» à des troubles mictionnels. Il est demandé à l'enfant de noter sur 48h le nombre de mictions diurnes, de fuites urinaires diurnes, de mictions nocturnes en cas de nycturie associée et d'accidents nocturnes. Il est recommandé d'apprécier l'abondance des urines émises la nuit (changes, débordements...) afin de rechercher une polyurie nocturne, ce qui n'est pas toujours simple. Il est également indispensable que l'enfant note les quantités d'eau ou autres boissons absorbées au cours de la journée, voire de la nuit. Ce calendrier, à visée diagnostic, est à différencier du calendrier où l'enfant note ses résultats (nuits sèches/nuits mouillées), ce que nous avons développé dans la première partie. C'est bien de celui-ci qu'il est question dans l'enquête puisqu'il est fait référence au calendrier «soleils/nuages» dont nous avons vus les limites.

La majorité des médecins interrogés (70.2%) proposent une consultation de suivi, ce qui est recommandé puisque la motivation initiale pour la bonne observance des

règles hygiéno-diététiques s'estompe vite et l'expérience montre qu'un recadrage peut apparaître nécessaire et bénéfique. Il est tout aussi nécessaire que l'enfant puisse rendre compte au médecin de ses résultats, dans le cadre du contrat qui les lie, non pas seulement en terme de «nuits sèches» mais également en montrant au médecin qu'il suit bien «ses missions» en toute responsabilité.

Quant à la consultation, seul avec l'enfant, elle ne remporte pas d'importants suffrages ; 15.9 % seulement recevraient l'enfant seul alors qu'il peut être conseillé de recevoir l'enfant seul, surtout s'il est plus âgé, à un moment de la consultation pour lui montrer qu'on lui porte de l'intérêt, pour mieux percevoir sa motivation et évaluer le retentissement de l'énurésie dans sa vie quotidienne. L'expérience montre que cette pratique est très bien acceptée tant par l'enfant que par ses parents et à le privilège de «faire grandir» l'enfant.

Parmi les professionnels de santé, ce sont les psychologues et les pédopsychiatres qui sont le plus souvent sollicités par les médecins interrogés (52,9%), un peu plus par les pédiatres et pour des raisons que nous avons déjà évoquées.

Par ailleurs, 28.5% des médecins font appel un chirurgien urologue, là encore cela montre que l'énurésie de l'enfant dépasse leur domaine de compétence.

La consultation hospitalière dédiée à la prise en charge de l'énurésie n'a pas convaincu beaucoup de médecins puisque seul 29.1% y étaient favorables. Ceci peut s'expliquer par le fait que bien peu de consultations pédiatriques sont ciblées dans la prise de l'énurésie et des troubles mictionnels. Il serait souhaitable que celles ci se développent car certaines expériences prouvent qu'elles répondent à une réelle

demande des parents, ce qui ne transparait pas dans cette enquête auprès des médecins.

CONCLUSION

Ce travail a permis d'évaluer la formation des médecins généralistes et des pédiatres d'Ile-de-France en ce qui concerne l'énurésie et sa prise en charge chez l'enfant.

L'énurésie est une affection fréquente dont les répercussions psychologiques, sociales et économiques sont bien souvent sous-estimées. Nous avons émis l'hypothèse d'une réelle carence de formation sur le sujet chez les médecins interrogés : méconnaissance des aspects cliniques de l'énurésie et des recommandations de prise en charge, formation initiale insuffisante, demande de formation complémentaire...Ce travail confirme nos hypothèses malgré quelques réserves.

Si les médecins interrogés sont, dans l'ensemble, demandeurs de formation complémentaire sur le sujet, essentiellement sous forme d'EPU (enseignement post-universitaire), la prise en charge de l'énurésie par les médecins généralistes reste globalement satisfaisante, comparée à la bonne pratique des pédiatres. Ceci sous-entend que l'expérience personnelle des médecins et la recherche personnelle d'informations via des publications pourrait pallier à une formation théorique incomplète. Il n'en reste pas moins qu'une majorité d'entre les médecins interrogés, généralistes et pédiatres confondus, sont favorable à l'accès d'un «guide de bonnes pratiques» dans la prise en charge de l'énurésie.

Par contre, les médecins interrogés ne sont pas majoritairement favorable à l'organisation d'une consultation hospitalière ciblée sur la prise en charge de l'énurésie, préférant prendre eux-mêmes en charge leurs patients énurétiques, ce qui va à l'encontre de ce que l'on aurait pu initialement croire, ce qui par ailleurs avait motivé cette étude.

Ce travail montre que les médecins interrogés, qui ont accepté de répondre au questionnaire, ne sont pas indifférent au sujet traité et qu'une meilleure connaissance de l'énurésie et de sa prise en charge en ambulatoire pourrait être améliorée par :

- la réalisation d'un «guide de bonnes pratiques»

- l'élaboration de fiches techniques d'aide au repérage et à la prise en charge de l'énurésie.

La formation initiale pourrait être plus conséquente sur le sujet. Un cours théorique devrait être systématiquement proposé dans la formation de troisième cycle pour les internes de médecine générale. Cela pourrait sensibiliser les futurs praticiens à un meilleur repérage de cette affection, dont la fréquence et les répercussions ne doivent pas être sous-estimées, fréquente, et à une prise en charge plus consensuelle dans le respect des recommandations par les sociétés d'experts.

L'organisation de séances d'EPU (enseignement post-universitaire) sur la prise en charge de l'énurésie apparaît souhaitée et souhaitable pour les médecins généralistes.

Enfin la création d'un réseau médical pourrait aider les médecins à obtenir du soutien et un accès direct à des consultations spécialisées ambulatoires et/ou hospitalières si le besoin s'en faisait sentir. Ce peut être le cas lors d'un échec

thérapeutique ou lorsque l'énurésie est associée à d'autres troubles (troubles mictionnels, troubles «pédopsychiatriques» divers, suspicion de maladie rénale...)

BIBLIOGRAPHIES

- [1] Philippe C., Jaby-Sergent M.P., Dutray B., Moro M.R., Rousseau-Campione V. : « Soigner l'enfant énurétique sans en faire une maladie », Méd. Enf., 2007, 27 : 139-46.
- [2] Lottmann H. Observatoire français sur les répercussions et la prise en charge de l'énurésie nocturne chez l'enfant et l'adolescent. Médecine & enfance, juin 2009, Pages 298-302
- [3] Glazener C.M., Evans J.H. Desmopressin for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database Syst Rev 2002;3 [CD002112].
- [4] Glazener C.M., Evans J.H., Peto R.E. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database Syst Rev 2005A;2 [CD002911].
- [5] Barthe P, Barret F. Aspects cliniques. In: Cochat P. Énurésie et troubles mictionnels de l'enfant. Paris: Elsevier; 1997. p.83-8.
- [6] Forsythe W.I., Redmond A. Enuresis and spontaneous cure rate: study of 1129 enuretics. Arch Dis Childhood 1974; 49:259-263.
- [7] Freitag C.M., Röhling D., Seifen S., Pukrop R., von Gontard A. Neurophysiology of nocturnal enuresis: evoked potentials and prepulse inhibition of the startle reflex. Dev. Med. Child Neurol. 2006; 48 : 278-283
- [8] AVÉROUS M., LOPEZ CH. : « Bilan de vingt ans de réflexion sur l'énurésie de l'enfant », Progrès en Urologie, 1997 ; 7 : 476-83
- [9] Kawauchi A., Tanaka Y., Naito Y., Yamao Y., Ukimura O., Yoneda K., et al. Bladder capacity at the time of enuresis. Urology. 2003 ; 61 : 1016
- [10] Von Gontard A., Plück J., Berner W., Lehmkuhl G. Clinical behavioral problems in day and night wetting children. Pediatr. Nephrol. 1999; 13 : 662-667
- [11] Von Gontard A., Schamburg H., Hollmann E., Eiberg H., Rittig S. The genetics of enuresis: a review. J. Urol. 2001; 165: 2438-2443
- [12] LOTTMANN H. : « Physiopathologie : plusieurs facteurs intriqués », Abstract Pédiatrie, 2002 ; 5-6.

- [13] EIBERG H., BERENDT I., MOHER J. : « Assignment or dominant inherited nocturnal enuresis (ENUR 1) to chromosome 13q », *Nature Genetics*, 1995 ; 10 : 354-6.
- [14] Wolfish N.M. Sleep/arousal and enuresis subtypes. *J. Urol.* 2001; 166 : 2444-2449
- [15] Cher T.W., Lin G.J., Hsu K.H. Prevalence of nocturnal enuresis and associated familial factors in primary school children in Taiwan. *J. Urol.* 2002; 168 : 1142-1146
- [16] Aubert D., Berard E., Blanc J.P., Lenoir G, Liard F., Lottmann H. Énurésie nocturne primaire isolée : diagnostic et prise en charge. Recommandations par consensus formalisé d'experts. *Progrès en urologie.* 2010 ; 20 : 343-349
- [17] Lottmann H. Traitement de l'énurésie nocturne en France. *Presse Med* 2000;29:987-990.
- [18] Feehan M., McGee R., Stanton W., Silva P.A. A 6-year follow-up of childhood enuresis: Prevalence in adolescence and consequences for mental health. *J Paediatr Child Health* 1990;26:75-79. Butler R., Heron J. The Alspac Study Team. Exploring the differences between mono-and polysymptomatic nocturnal enuresis. *Scand J Urol Nephrol* 2006; 40:313-319.
- [19] Yeung C.K., Sreedhar B., Sihoe J., Sit F.K., Lau J. Differences in characteristics of nocturnal enuresis between from a large epidemiological study. *BJU Int* 2006;97:1069-1073.
- [20] 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*, 2012, 19-24 (article publié en 01/2013)
- [21] Philippe C. : « Délit de fuites : mise au point sur la démarche diagnostique devant des fuites urinaires de l'enfant. », *Méd. Enf.*, 2013.
- [22] Butler JR. Impact of nocturnal enuresis on children and young people. *Scand J Urol Nephrol* 2001 ; 35 (3) : 169-76.
- [23] Longstaffe S, Moffatt MEK, Whalen JC. Behavioral and self-concept changes after six months of enuresis treatment: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2000 ; 105 : 935-40.
- [24] 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* ;62;19

- [25] Hjalmas K, Arnold T, Bower W et coll. Nocturnal enuresis: an international evidence-based management strategy. *J Urol* 2004 ; 171 : 2545-61.
- [26] Lottmann H, Froeling F, Alloussi S et coll. A randomised comparison of oral desmopressin lyophilisate (MELT) and tablet formulations in children and adolescents with primary nocturnal enuresis. *Int J Clin Pract* 2007 ; 61 (9) : 1454-60.
- [27] Terho P. Desmopressin in nocturnal enuresis. *J Urol* 1991 ; 145 (4) : 818-20.
- [28] Hjalmas K, Hanson E, Hellström AL et coll. Long-term treatment with desmopressin in children with primary monosymptomatic nocturnal enuresis: an open multicentre study. Swedish Enuresis Trial (SWEET) Group. *Br J Urol* 1998 ; 82 (5) : 704-8.
- [29] VANDE WALLE J.G., HOEBEKEP., RAES A. : « Les différences de profil nyctéméral de la diurèse », *Arch. Pédiatr.*, 1997
- [30] AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE. Utilisation de la desmopressine (Minirin®) dans l'énurésie nocturne isolée chez l'enfant. Site internet : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Saint-Denis (France) ; 2006
- [31] RITTING S., KNUDSEN U.B., NORGAARD J.P., PEDERSEN E.B., DJURHUUS J.C. : « Abnormal diurnal rythm of plasma vaso- pressin and urine output in children with nocturnal enuresis », *Am. J. Physiol.*, 1989)
- [32] AVÉROUS M., ROBERT M., BILLIARD M., GUITER J., GRASSET : « Le contrôle mictionnel au cours du sommeil », *Rev. Prat.*, 1991 ; 41 : 2282-7.)
- [33] BERLIER P. : « Traitements médicamenteux », in COCHAT P. : *Enurésie et troubles mictionnels de l'enfant*, Elsevier, 1997: p. 107-14.
- [34] Evaluation des systèmes d'alarme dans le traitement de l'énurésie nocturne primaire monosymptomatique. ANAES. 2003.
- [35] SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE : « La prise en charge de l'énurésie nocturne primaire », *Paediatrics & Child Health*, 2005 ; 10 : 616-20
- [36] Kiddoo D., *Nocturnal Enuresis, Clinical Evidence*. 2007 ; 10 : 305.
- [37] PHILIPPE C., PENVERN-CORTES S., LE PICARD A. : « Parler de l'énurésie : enquête auprès des mères », *Méd. Enf.*, 2011, 31: 54-9.

Résumé :

L'énurésie, selon la définition consensuelle de l'ICCS (International Children's Continence Society) en 2006, est une incontinence d'urine intermittente survenant exclusivement pendant le sommeil chez un enfant âgé d'au moins cinq ans.

La prévalence de l'énurésie est difficile à estimer, pourtant elle serait fréquente puisqu'en France au moins 400 000 enfants de cinq à dix ans seraient concernés.

Cette forte prévalence témoigne de l'intérêt que chaque professionnel de santé doit porter à l'énurésie, dont les répercussions psychologiques, sociales et économiques sont bien souvent sous-estimées, ce qui fait d'elle un problème de santé publique.

Ce travail est motivé par l'hypothèse que les médecins traitants, généralistes et pédiatres, ne sont pas suffisamment armés pour prendre en charge un enfant énurétique dont la démarche diagnostique et thérapeutique doivent être adaptées au contexte familial, social et culturel dans le lequel évolue l'enfant.

Il en ressort que les médecins généralistes et pédiatres ressentent un besoin de formation sur le sujet. Malgré tout, la prise en charge des médecins généralistes reste globalement satisfaisante, comparée à la bonne pratique des pédiatres, ce qui laisse sous-entendre que leur pratique quotidienne ainsi que l'enseignement post universitaire pourraient pallier à une formation théorique initiale incomplète.

Ce travail a néanmoins montré que plusieurs points pouvaient être améliorés.

La réalisation d'un guide de bonnes pratiques et l'élaboration de fiches techniques d'aide au repérage et à la prise en charge de l'énurésie pourraient permettre d'aider au mieux les médecins traitants, pédiatres, dans leur pratique quotidienne.

La création d'un réseau médical pourrait aider les médecins à obtenir du soutien et un accès direct à des consultations spécialisées si le besoin s'en faisait sentir comme dans le cas d'un échec thérapeutique par exemple.

Mots clés : Enurésie, formation, médecine générale