

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER**  
**FACULTÉ DE SANTE**

---

Année 2024

2024 TOU31145

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN**  
**MÉDECINE**  
**SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par

**ESTELLÉ Rémi**

Le 21 NOVEMBRE 2024

**Parcours des patients sondés aux urgences jusqu'à leur retrait  
de sonde : étude auprès des médecins des Hautes-Pyrénées**

Directeur de thèse : Dr Hervé GACHIES

**JURY :**

**Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC      Président**

**Monsieur le Professeur André STILLMUNKÈS      Assesseur**

**Monsieur le Docteur Hervé GACHIES      Assesseur**



**FACULTÉ DE SANTÉ**
  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**
  
**Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS**

**Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine**
  
**2023-2024**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENCH Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIER Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

**Professeurs Émérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAUAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEM Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**Professeurs Associés**

**Professeurs Associés de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
M. BIREBENT Jordan  
M. BOYER Pierre  
Mme FREYENS Anne  
Mme IRI-DELAHAYE Motoko  
Mme LATROUS Leila  
M. POUTRAIN Jean-Christophe  
M. STILLMUNKES André

**Professeurs Associés Honoraires**

Mme MALAUAUD Sandra  
Mme PAVY LE TRAON Anne  
M. SIBAUD Vincent  
Mme WOISARD Virginie

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile  
Mme GIMENEZ Laetitia

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
Mme FRANZIN Emilie  
M. GACHIES Hervé  
M. PEREZ Denis  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle  
M. SAVIGNAC Florian

## **REMERCIEMENTS**

**Aux membres du jury,**

**Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**

Professeur des Universités,

Médecin spécialiste en Médecine générale,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ce jury de thèse. Merci pour votre engagement au sein de la Faculté de Médecine de Toulouse et pour notre spécialité. Merci de défendre nos intérêts en tant qu'interne et médecin. Merci encore pour toute l'innovation que vous insufflez dans notre enseignement.

Acceptez en retour la marque de mon profond respect.

**Monsieur le Professeur André STILLMUNKES**

Professeur associé de médecine générale,

Pour l'honneur que vous me faites de faire partie de ce jury de thèse. Merci de votre engagement dans notre département de médecine générale. Merci encore pour votre accueil et votre bienveillance auprès des étudiants de médecine à Toulouse.

Acceptez en retour la marque de mon profond respect.

**Monsieur le Docteur Hervé GACHIES**

Maître de stage universitaire,

Médecin spécialiste en Médecine générale,

pour l'honneur que tu me fais en acceptant de siéger dans ce jury de thèse. Merci pour ta bienveillance tout au long de ces années, merci de ta confiance et merci pour ton implication au sein de la Faculté de Médecine de Toulouse et sur le territoire des Hautes-Pyrénées.

Accepte en retour la marque de mon profond respect et de mon amitié.

**Aux miens,**

**Maman**

Que serait un fils sans sa mère ? Je sais que je te dois énormément mais pas simplement comme un enfant doit la vie à ses parents. Tu m'as toujours poussé à être le meilleur, à devenir la meilleure version de moi-même. Tu m'as donné les clés pour comprendre les autres, avec ce don de recevoir une confiance et cette faculté naturelle à être empathique. Je sais que tu aurais fait une soignante incroyable. Alors pour tout ce que tu as fait pour nous et ce que tu fais encore, du fond de mon cœur, merci Maman.

**Papa**

Certaines personnes cherchent un modèle toute leur vie sans le trouver. Je sais que lorsque je doute, je peux m'appuyer sur un homme fiable, un père de famille aimant, une personne de caractère et sur ton courage et ton abnégation quotidienne. Je suis encore loin d'avoir accompli un dixième de ce que tu as fait mais j'y travaille. J'espère un jour te ressembler.

**Marie**

Quel bonheur d'être ton grand frère ! La compétition a toujours eu une place entre nous et je suis fier de dire que tu sors souvent gagnante. Tu es la personne la plus organisée et rigoureuse que je connaisse. Si j'avais tes capacités je serai déjà professeur. Et même si je sais que les grandes embrassades ne sont pas ta tasse de thé, j'aime toujours autant te prendre dans mes bras, Poppins.

**Emma**

La petite, ma fan numéro un. Tu partages le même ADN que Marie et moi, et je sais que tu as les mêmes armes pour mener la vie que tu veux. Moi aussi je suis ton plus grand fan. J'ai hâte de voir l'adulte que tu seras.

**Justine**

Mon amour, merci de ton soutien inconditionnel au quotidien et merci de ton aide précieuse lors de cette thèse, je n'y serai pas arriver aussi vite et aussi bien sans toi. Vivre avec toi fait de moi un homme meilleur. Je souhaite que nos aventures nous mènent aux quatre coins du monde et qu'elles ne s'arrêtent jamais. Tu as toute ma tendresse acquise à ton égard.

**Arnaud**

Comme un frère toutes ces années, on a partagé des moments forts à bord de nos bicyclettes, sur nos skis et lors de nos moments en famille. Tu es une des plus belles personnes que je n'ai jamais croisé. Avec **Anne, Vincent, Louis, Léon, Pauline, Lila, Jean mais aussi Robert et Nénette**, vous êtes une famille incroyable, je vous adore.

**Les ESTELLÉ**

Je promets de porter haut et fort l'orthographe de ce nom qui nous est cher. J'espère que nos aînés sont fiers de nous parce que nous sommes une bande de cousins tout à fait incroyable ! Vivement les prochaines aventures !

**À mes amis,**

**Jean Noël**

Mon pote de toujours, JN. Quand je regarde un peu en arrière et que je nous revois à cueillir ces tomates et trier ces poireaux, il me semble que c'est une autre vie ! Pourtant, avec patience, avec passion et beaucoup de travail, on est parvenu à accomplir pas mal de choses. Cette amitié qui nous tient n'a pas fini de nous apporter de la joie autour de repas de chasse ou en moto !

**Cocote**

Une âme-sœur d'amitié, qui peut se vanter d'avoir une telle personne autour de soi ? Moi je peux ! Je tairais ici toutes les abominations et folies que l'on a pu dire ou faire ! Te voir devenir cette docteur vétérinaire si compétente à présent est un privilège. Hâte de trinquer encore et encore à cette amitié !

**Blondinette**

Née avant, externe avant, interne avant, parent avant, propriétaire avant...Je dois me rendre à l'évidence, tu es plus forte que moi. Tu es une personne absolument brillante. Tu me permets de rester un peu humble, ça me fait du bien ! penser à ta jolie famille est une bulle de douceur.

**Manon**

Ma petite Manon, tu es un modèle de sagesse et d'empathie. Si le monde était un peu plus à ton image, on se porterait mieux, j'en suis convaincu. Les yeux de certains chanceux n'ont jamais été aussi bien soignés mais ne seront jamais aussi beaux que les tiens.

**Solange**

Arrêterons-nous un jour de se chamailler ? Jamais, absolument jamais ! J'aurai toujours 17 ans et je te ferai des misères toute ma vie, voilà. Avec **Bastien**, vous êtes les personnes les plus intelligentes que je connaisse, faites-nous un prix Nobel s'il vous plaît

**Les Tarbaves**

Je pense sans me tromper que cette collocation a été une réussite. Nous avons survécu à notre premier SASPAS avec nos doutes, nos histoires de patients rocambolesques et nos sorties en montagne. Vite le prochain bivouac !

**Malory**

Ma chère Malory, ta gentillesse, ton énergie et ta motivation font déjà de toi une médecin formidable. Tu as fait preuve de patience et de bienveillance à maintes reprises à mon égard. Toi et ta famille êtes des gens en or, des gersois au grand cœur. Avec **Adrien** vous êtes un couple d'amis absolument délicieux.

**Antoine**

Le plus fervent défenseur de notre profession . je préfère être dans ton camp lors d'un débat, tu connais trop ton sujet. Hâte de partir à l'abordage d'un triathlon ensemble. J'espère que **Juliette** nous accompagnera.

### **Les Toulousains**

Vous êtes ce que je n'arriverais jamais à devenir. Vous êtes branchés, vous avez des références incroyables et des styles canons et j'adore être votre touche de compagne quand je suis là. Les urgences de Montauban et Moissac nous regrette encore j'en suis certain.

### **Alicia**

Une chef des urgences, une référente et finalement une amie sincère. Tu me donnes souvent un éclairage nouveau sur mes points de vue et ta perspective m'apporte de la sagesse. J'espère en faire autant pour toi.

### **Melissa**

Heureusement que tu es là, tu as souvent été la femme de la situation lors de mon arrivée dans le 65. Tu m'as permis de me sentir plus rapidement chez moi dans ce territoire, continue de nous épater avec tes idées permanentes.

### **Laurent et Christine**

Vous êtes mes premiers patrons. Cela ne changera pas. Vous nous avez enseigné bon nombre de leçons sur la vie par l'exemple que vous êtes au quotidien. Merci de votre bienveillance permanente.

### **À mes maîtres,**

À **Laurent**, merci de m'avoir montré l'étendue des qualités nécessaires pour être médecin et ce qu'est l'empathie dans notre métier. À **Valérie**, merci de m'avoir appris que je pouvais garder ma nature et devenir un médecin sans perdre de vue d'où je viens. À **Renaud**, merci pour l'enseignement de la rigueur de la tenue d'un cabinet et de me rappeler l'esprit carabin. À **Jean-Philippe**, merci de m'avoir dit que la médecine générale était faite pour moi. À **Pascal**, merci de m'avoir ouvert l'esprit sur ce que la médecine pouvait m'apporter dans la vie et sur les limites que je pouvais poser. À **Agnès**, merci de m'avoir accueilli dans ton cabinet avec autant de bienveillance et de me faire confiance aussi vite.



### **Serment d'Hippocrate**

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

## **Abréviations**

RAU : Rétention Aigüe d'urines

MT : Médecin Traitant

HBP : Hypertrophie Bénigne de Prostate

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

## Table des matières

I.	INTRODUCTION .....	3
a.	Anatomie et physiologie.....	3
b.	Clinique et étiologie .....	4
c.	Épidémiologie.....	5
d.	Recommandations.....	6
e.	Contexte et justification .....	7
II.	MATÉRIEL ET MÉTHODES .....	8
a.	Objectifs .....	8
i.	Principal .....	8
ii.	Secondaire .....	8
b.	Type d'étude.....	8
c.	Population étudiée .....	8
i.	Critères d'inclusion .....	8
ii.	Critères de non inclusion .....	9
iii.	Critères d'exclusion .....	9
d.	Questionnaire.....	9
e.	Références bibliographiques .....	10
f.	Recueil des données.....	10
g.	Analyse statistique .....	11
III.	RÉSULTATS .....	11
a.	Population d'étude .....	11
i.	Inclusion des dossiers .....	11
ii.	Réponses au questionnaire.....	13
b.	Statistiques descriptives.....	13
i.	Objectif principal.....	13
ii.	Objectifs secondaires.....	13
•	Les territoires (Tarbes, Lourdes et Lannemezan).....	13
•	Les patients .....	15
•	Caractéristiques du désondage.....	17
c.	Analyse statistique .....	23
IV.	DISCUSSION.....	25
V.	CONCLUSION .....	31
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	32
VII.	ANNEXES .....	34

## **I. INTRODUCTION**

### **a. Anatomie et physiologie**

Le système urinaire masculin est composé des reins, des voies urinaires hautes, de la vessie avec les voies urinaires basses et de sphincters. La prostate fait partie des voies basses.

La vessie est un organe qui a la capacité de changer de morphologie en fonction de sa réplétion. Vide, elle est en position pelvienne. Elle présente alors une face supérieure, une face dorsale et une face ventrale convexe. À son extrémité antérieure et supérieure nous retrouvons le ligament ombilical médian, vestige embryologique qui se poursuit jusqu'à l'ombilic. La face dorsale reçoit l'abouchement des deux uretères. À l'union de la face ventrale et de la face dorsale, la vessie se rétrécit en un col en rapport anatomique direct avec la prostate. En réplétion, la vessie devient globuleuse et elle déborde alors en position abdominale avec une portion au-dessus de la symphyse pubienne permettant sa ponction. Elle est composée de plusieurs tuniques. L'adventice, le détrusor (muscle) et la muqueuse en contact avec les urines. Son innervation est primordiale. Elle se compose de deux contingents. Le premier, issu du système sympathique provient des segments médullaires T11-L1. Ils forment le plexus hypogastrique supérieur qui donne à droite et à gauche le nerf hypogastrique. L'autre contingent est le parasympathique : issu des segments médullaires S2-S4 formant le plexus pudendal (honteux) qui donne les nerfs érecteurs.

La prostate est un organe masculin. Elle a schématiquement une forme de cône à base supérieure. Elle englobe le carrefour urogénital. À sa base, un sphincter lisse permet d'éviter l'éjaculation rétrograde dans la vessie. L'urètre la traverse en accueillant l'abouchement des canaux éjaculateurs. Elle est une glande qui produit des sécrétions du sperme. Elle est vascularisée par une branche de l'artère iliaque.

L'urètre est un conduit acheminant les urines depuis la vessie jusqu'au méat urétral. Il a une partie prostatique puis une partie membraneuse en traversant le sphincter soumis à la commande volontaire puis une partie spongieuse, flanquée par les corps caverneux du pénis (1).

Le bon fonctionnement du bas appareil urinaire permet l'homéostasie avec l'élimination des toxines. Pour les évacuer en toute sécurité pour la vessie elle-même et pour les reins, il faut d'une part une miction facile et complète, c'est-à-dire sans hyperpression endocavitaire pour éviter tout reflux ou altération vésicale, et d'autre part un parfait relâchement synergique des systèmes sphinctériens pour éviter tout obstacle fonctionnel. Les commandes neurologiques sont primordiales.

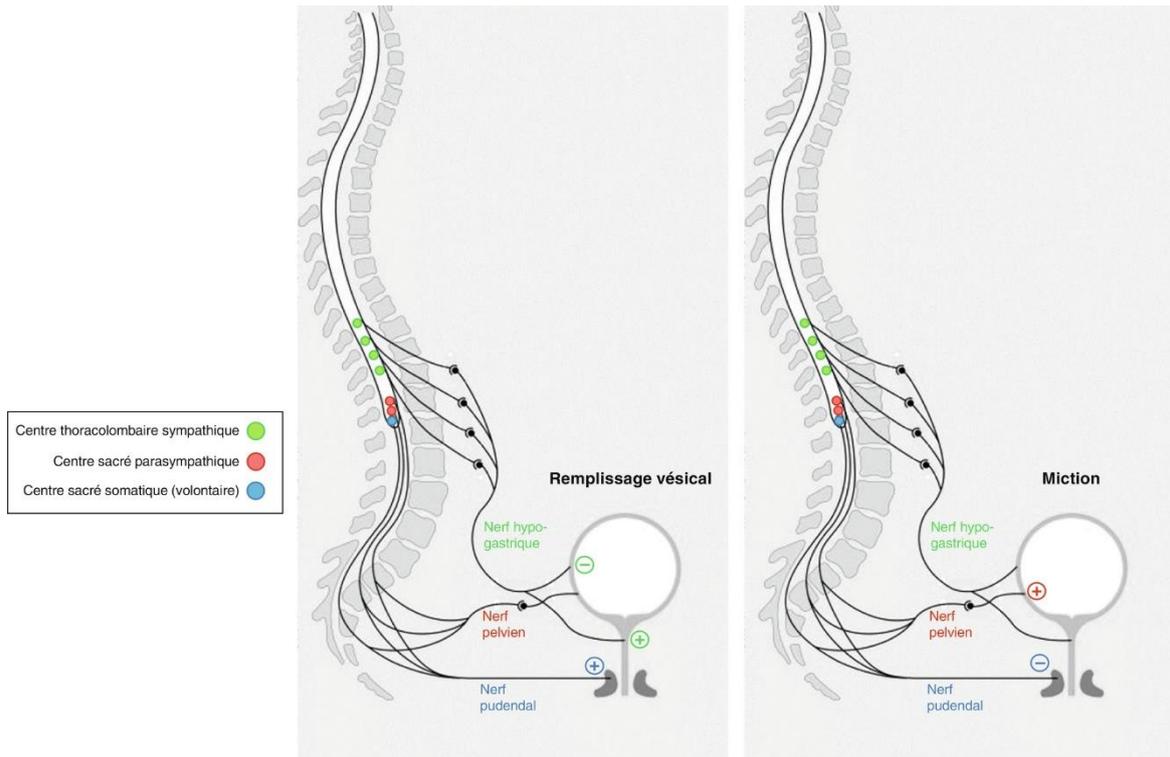


Figure 1 : Rôles des innervations durant la miction et le remplissage.

La phase de remplissage est sous contrôle du système sympathique. Il active la contraction du sphincter du col et inhibe celle du détrusor. Au contraire, le système parasympathique est capable d'induire la contraction du détrusor. La commande volontaire sur le sphincter membraneux est présente et explique une part de l'apprentissage nécessaire au contrôle de la miction. Les relais du système nerveux central sont nombreux et leurs différents rôles ne sont pas tous compris. Ils sont intriqués avec les afférences sensibles de la vessie mais aussi avec les stimuli sensoriels et les représentations émotionnelles. Ceci permet une adaptation de l'individu à son environnement.

Les médicaments alpha bloquants réduisent l'action du système sympathique sur le sphincter vésico-prostatique. Ils permettent une meilleure vidange. Les médicaments anti cholinergiques diminuent celle du parasympathique sur le détrusor. Ils autorisent une baisse de l'hyperactivité vésicale (2).

### b. Clinique et étiologie

La rétention aigüe d'urines est une pathologie brutale et douloureuse. Elle résulte de l'impossibilité d'uriner alors que la vessie est pleine. Elle est à différencier de l'anurie qui est l'absence d'émission d'urine par les reins avec une vessie vide. Cliniquement, un globe peut être palpé. Il s'agit d'une voussure sus pubienne, matte à la percussion. Une rétention

aiguë d'urines peut aussi entraîner une confusion chez un patient dépendant ou fragile. Le traitement repose sur un drainage des urines en urgence soit par sondage urétral soit par la pose d'un cathéter sus pubien. Les rapports anatomiques et les innervations expliquent la plupart des étiologies. Elles sont classées en trois catégories.

- Mécaniques : liées à une obstruction par hypertrophie bénigne de prostate, par prostatite aiguë, par cancer de la prostate, par sténose urétrale, par traumatisme de l'urètre, par hématurie macroscopique caillotante, par calcul de vessie, par prolapsus génital (chez la femme).
- Fonctionnelles : réflexes par pathologie anorectale (fécalome, hémorroïdes), causes neurologiques centrales, causes neurologiques périphériques, cystite aiguë (chez la femme).
- Iatrogènes et médicamenteuses.

La plus fréquente est l'hypertrophie bénigne de prostate (3).

### **c. Épidémiologie**

La rétention aiguë d'urines est une pathologie largement masculine, à 87%. Elle représente 60 000 passages aux urgences soit 0.4% des sollicitations. L'incidence exacte dans la population générale reste incertaine, avec des estimations allant de 2,2 à 6,8/1000 patients-années. 10 % des patients de plus de 70 ans auront un épisode de RAU et près d'un tiers des plus de 80 ans (4).

Il existe des complications lors de la pose d'une sonde vésicale. En effet, on estime qu'un quart des patients hospitalisés porteurs de SV vont présenter une infection des voies urinaires et 3 à 5% une bactériémie. Les complications non infectieuses sont courantes et aussi fréquentes que les infections : escarres ou fistules de l'urètre et du méat urinaire, sténoses urétrales, hématurie, obstruction de la sonde et fuites urinaires (5).

L'apparition d'une RAU est un marqueur de surmortalité dans l'année qui suit, équivalente à celle rencontrée dans la fracture du col fémoral.

En France, la part de patients hospitalisés est minoritaire avec près de 70% d'entre eux qui sont orientés vers leur domicile au décours du sondage (4)(6), comme retrouvé dans les données du réseau SurSAUD instauré en 2003 par l' institut de veille sanitaire. Entre 2014 et 2019, le taux d'hospitalisation après une rétention d'urines est passé de 42% à 32%.

L'HBP est directement ou indirectement impliquée et représente l'étiologie principale. L'hypertrophie est elle-même corrélée à l'âge et une incidence plus élevée de rétention aiguë d'urine est à prévoir pour le futur avec le vieillissement de la population (7).

#### d. Recommandations

Selon les dernières recommandations publiées en 2023, la rétention aigüe d'urines lorsqu'elle complique l'évolution d'une HBP doit être traitée immédiatement par un sondage évacuateur. La première option est le cathétérisme trans urétral, la seconde étant la pose d'un cathéter sus pubien. Le choix dépend de l'étiologie et de la situation clinique (Tableau 1) (4).

	Sonde urétrale	Cathéter sus pubien
Contre-indications absolues	Traumatisme du bassin et suspicion de plaie urétrale	Absence de globe Tumeur de vessie actuelle ou ancienne Anticoagulation, trouble congénital de l'hémostase et de la coagulation
Contre-indications relatives	Prostatite aiguë Sténose urétrale	Obésité ATCD de chirurgie pelvi abdominale Pontage extra-anatomique
Usage privilégié	Femme, homme sauf trauma de l'urètre	Prostatite aiguë Sténose urétrale

Tableau 1 : Indications et contre-indications de la sonde vésicale et du cathéter sus-pubien

Suite à ce sondage, il faut consigner plusieurs données notamment le volume drainé, la couleur des urines, la diurèse horaire et la présence de fièvre. Ce diagnostic donnait lieu à une hospitalisation mais nous observons une baisse du taux d'hospitalisation en France depuis plusieurs années.

Ainsi, le patient a un parcours de soins très majoritairement ambulatoire.

La prise en charge *in fine* de l'HBP compliquée d'une RAU repose sur la chirurgie. La procédure la plus utilisée est la résection trans urétrale de prostate. Elle permet une amélioration des paramètres urodynamiques et du ressenti du patient (8). Toutefois, toute chirurgie entraîne des risques, notamment chez des patients dont l'âge moyen dépasse les 70 ans dans la RAU.

Une étude a comparé les résultats à moyen terme de la chirurgie en fonction de son déroulement à distance de l'épisode de rétention ou lors de l'épisode avec sonde en place. Ainsi, elle a pu montrer que la morbi-mortalité était bien plus élevée à 30 et à 90 jours, lorsque le geste était pratiqué dans le contexte de rétention, en urgence, avec la sonde en

place (RR 26.6 à 30 jours et RR 4.4 à 90 jours) (9). Ainsi, l'épreuve de désondage pour permettre un geste chirurgical à distance et sans sonde est devenue un standard.

La durée de sondage optimale doit garantir un taux de succès élevé et un taux de complication faible. Plusieurs études se sont intéressées à ce point. Elle retrouvent un consensus pour une durée de sondage de trois jours (4)(10). Au-delà, le taux de succès du désondage ne progresse pas alors que les complications sont de plus en plus présentes.

Durant le sondage, une classe pharmacologique augmente les chances de succès de désondage. Il s'agit des alpha-bloquants. Ils jouent un rôle hypotonique au niveau du sphincter lisse sous vésical. Ils permettent une miction plus complète. Ils sont indiqués avant le retrait de sonde mais aussi lorsqu'un patient présente des signes obstructifs en lien avec une HBP. Dans le cadre d'une RAU, ils doivent être prescrits trois jours avant le désondage et doivent être poursuivis car ils améliorent l'espérance de vie et diminuent la nécessité de chirurgie à 6 mois (11). Parmi les effets indésirables de ce médicament, nous pouvons noter l'hypotension. Étant donné qu'il est prescrit chez des patients de plus de 70 ans, son utilisation doit être prudente et les effets indésirables expliqués, notamment l'hypotension orthostatique.

Aucune autre classe thérapeutique n'est utile avant le désondage, mais nous pouvons toutefois signaler que les inhibiteurs de la 5 alpha réductase sont la seule classe thérapeutique qui diminue la probabilité d'une RAU dans le cas où la prostate dépasse les 40 ml (12). Cette classe thérapeutique possède elle aussi des effets indésirables, notamment des troubles de la libido. Ils sont actifs au bout de plusieurs mois et le patient doit être prévenu.

Le clampage intermittent avant un retrait de sonde ne change pas les chances de succès (13).

#### **e. Contexte et justification**

Au cours de mes stages ambulatoires dans le département des Hautes Pyrénées, accompagné de mes maîtres de stage, nous avons plusieurs fois eu à prendre en charge des patients sondés pour une rétention d'urines. Leur parcours était à chaque fois différent. Certains avaient déjà un traitement par alpha-bloquant et un rendez-vous avec un urologue quand d'autres étaient complètement perdus de vue et revenaient pour un changement de matériel, bien trop tardivement. Après discussion avec mes référents, tous s'accordent à dire que la prise en charge de ces patients est complexe car elle fait intervenir les urgentistes, les urologues mais aussi les infirmiers et les médecins traitants. Ils décrivent tous un sentiment de flou autour de cette période, entre la pose de la sonde et le retrait de cette dernière.

Dans notre département, nous avons trois services d'accueil des urgences. Il s'agit de ceux des centres hospitaliers de Lannemezan, de Lourdes et de Tarbes. Ils centralisent l'immense majorité des cas de RAU. L'unique service d'urologie se situe au sein de la Polyclinique de l'Ormeau à Tarbes, structure privée dans laquelle exercent cinq urologues.

Les patients, pour être pris en charge doivent donc changer d'établissement entre leur sondage et leur retrait de sonde si l'urologue fait le geste. Le médecin traitant du patient peut donc avoir du mal à trouver sa place au sein du parcours du patient. Le patient quant à lui peut s'égarer dans la prise en charge.

Dans ce travail de thèse nous allons chercher à caractériser le parcours des patients dans notre département avec le point de vue du médecin traitant dans une étude quantitative.

## **II. MATÉRIEL ET MÉTHODES**

### **a. Objectifs**

#### **i. Principal**

L'objectif principal de cette étude est d'établir quel est le taux de réussite de désondage chez les patients sondés dans les Hautes Pyrénées.

#### **ii. Secondaire**

Il y a dans cette étude plusieurs objectifs secondaires. Le premier consiste à déterminer quels sont les paramètres associés à un plus grand risque d'échec de désondage. Nous chercherons également à calculer quelle est la durée moyenne de sondage.

### **b. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et analytique sur la base des réponses volontaires des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées.

Du point de vue réglementaire, il s'agit d'une recherche "hors loi Jardé" ne nécessitant pas de passage devant un Comité de Protection des Personnes. La référence MR-004 encadrant le traitement de données personnelles a été utilisée comme modèle méthodologique. Le dossier est enregistré auprès de la CNIL sous le numéro 2023ER81 (Annexe 1). Nous avons également l'autorisation d'utilisation des données des centres hospitaliers. (Annexe 2).

### **c. Population étudiée**

#### **i. Critères d'inclusion**

Notre cohorte de patients concerne tous les hommes pris en charge par les services d'urgence du département. Un des diagnostics codés dans le logiciel des urgences devait être R33, « rétention aiguë d'urines ». La période d'inclusion s'étend du 17/07/2023 au 08/04/2024 soit presque neuf mois.

## **ii. Critères de non inclusion**

Les femmes ne font pas partie de cette étude.

## **iii. Critères d'exclusion**

Pour se rapprocher le plus possible des cas de RAU spontanées en lien avec une HBP, nous avons plusieurs critères d'exclusion. Ils sont extraits d'une étude (14). Les patients exclus sont ceux qui présentent une anamnèse comportant des signes infectieux, une hématurie macroscopique, une prise en charge oncologique en cours ou encore ceux dont le passage aux urgences est lié à des difficultés avec le matériel. Sont aussi exclus les patients dont la rétention a lieu dans un contexte post chirurgical ou lors d'une alcoolisation aigue.

## **d. Questionnaire**

Le questionnaire a été créé en utilisant GoogleForms®. Les questions se sont efforcées de bannir l'utilisation de la négation, de rester neutres, et de limiter le risque de désirabilité sociale. Il permet toujours à l'utilisateur de répondre par « ne sait pas » car l'absence d'information est aussi un résultat important. Il se compose de cinq parties.

La première (Annexe 3) a pour but d'expliquer le contexte de l'étude et de la justifier. Elle se veut rapidement compréhensive et représentative des difficultés rencontrées au quotidien par les médecins généralistes pour suivre les patients concernés. Elle donne les recommandations claires sur la prise en charge des patients sondés en s'appuyant sur une référence bibliographique (4).

La deuxième partie recueille les informations du médecin ainsi que son mode d'exercice. Ces questions permettent d'assimiler le fonctionnement du médecin et son éventuelle inclusion dans un réseau de soin.

La troisième partie s'intéresse au dossier du patient en amont de l'épisode de RAU. Le but est de savoir s'il présente des facteurs de risques de RAU. Elle nous permet de savoir si le patient avait déjà un suivi avec un urologue, un traitement ou bien un antécédent de RAU.

La quatrième partie s'oriente concrètement sur la prise en charge du patient lors de son parcours et permet de répondre aux objectifs secondaires de l'étude. Concernant la durée de sondage, pour permettre une réponse rapide et éviter un choix parmi plus de vingt durées de sondage différentes, le questionnaire prend la forme d'une question à échelle avec quatre plages de durées possibles. Cette partie du questionnaire s'intéresse également au taux de succès de désondage défini comme l'absence de nécessité de re-sondage dans les 24 heures. Enfin, la dernière partie nous renseigne sur l'opinion des médecins quant à la nécessité ou non d'un parcours guidé dans le département pour ces patients et leur volonté ou non de s'y intégrer.

Le questionnaire (Annexe 4) a été créé a priori, après lecture de la bibliographie.

#### **e. Références bibliographiques**

Afin d'être au plus près des dernières recommandations, une revue narrative a été faite entre octobre et novembre 2023. Les mots clés utilisés ont été générés sur le site HeTOP du CisMEF pour établir une équation de recherche : ((acute urin\* retention) AND (remov\*) NOT ((post-op\*) OR (postop\*))). Cette dernière a permis d'interroger les bases PUBMED et Cochrane. Le site SUDOC a lui aussi servi de base de données.

#### **f. Recueil des données**

Le recueil des données est réalisé en plusieurs étapes. Dans un premier temps, tous les dossiers issus des services d'urgences répondant aux critères d'inclusions ont été envoyés sur une adresse GoogleMail® dédiée. Cette opération automatisée a été rendue possible par le responsable des données informatiques du service d'accueil des urgences de l'hôpital de Tarbes. Cette démarche a été validée dans la procédure MR004 du CNIL. Ces dossiers comprennent ainsi le code R33 pour la rétention aigüe d'urines et le code qui correspond à un patient qui rentre à son domicile après son passage aux urgences.

Ces dossiers correspondent à la synthèse médicale générée par le logiciel Terminal Urgences des services hospitaliers. Dans cette synthèse nous pouvons retrouver l'observation médicale pour chaque patient, son âge, son médecin traitant, ses traitements ou encore ses antécédents.

Sur cette synthèse, sont appliqués les critères d'exclusion. Ainsi, ont été exclus tous les patients qui présentaient des anamnèses en lien avec des problèmes de matériel ou bien des complications de suivi oncologique. Tous ceux dont les résultats retrouvaient une infection urinaire ou un état septique ont aussi été exclus. Toutes ces données ont été compilées au fur et à mesure avec le logiciel Microsoft Office Excel® dans une base de données.

Ensuite, au moins vingt-huit jours après le sondage, un mail est adressé au médecin traitant. Celui-ci présente l'étude avec les dernières recommandations puis précise au médecin que son patient est passé par le services des urgences pour une RAU. Un lien envoie le médecin directement sur le questionnaire. Ainsi, le mail est nominatif mais le questionnaire reste le même pour tous les médecins. Un deuxième mail a été envoyé plus d'une semaine après le premier s'il n'y avait pas eu de réponse. Enfin, des questionnaires papiers ont été remis puis ajoutés manuellement aux données pour essayer d'obtenir le meilleur taux de participation possible.

Le recueil des données a duré plus de 8 mois, entre le 14 juillet 2023 et le 02 avril 2024.

### **g. Analyse statistique**

Les variables qualitatives sont exprimées en effectif et pourcentage, les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart-type si leur distribution est d'allure symétrique. Sinon, elles sont exprimées en médiane et quartiles.

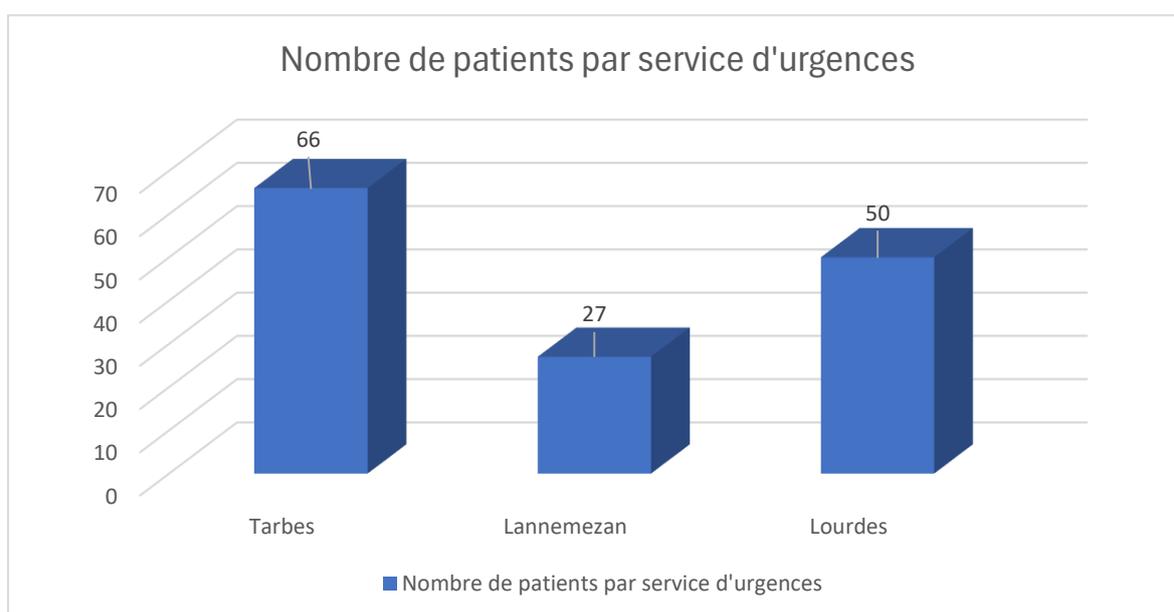
Les relations entre variables qualitatives ont été analysées à l'aide du test du  $\chi^2$  ou le test exact de Fisher si les effectifs des groupes étaient inférieurs à 2. Les relations entre variables qualitatives et quantitatives ont été étudiées par les tests de Student. Le seuil de significativité admis est de 0.05. Ces calculs ont été réalisés sur le site « Biostat TGV ».

## **III. RÉSULTATS**

### **a. Population d'étude**

#### **i. Inclusion des dossiers**

Entre le 14 juillet 2023 et le 02 avril 2024, 143 patients ont été accueillis aux urgences des Hautes Pyrénées pour une RAU. Parmi eux, 94 ont été pris en charge par le service de Tarbes soit 66%. Celui de Lourdes a accueilli 50 patients soit 35%. Les urgences de Lannemezan sont responsables de 27 patients soit 19%.



*Figure 2 : Répartition des patients dans le territoire des Hautes Pyrénées*

Parmi ces 143 personnes, 22 n'avaient pas de médecin traitant déclaré (15%). Après lecture des dossiers, 90 patients ont été exclus de l'étude :

- 10 patients n'avaient pas de RAU.
- 4 patients ont été hospitalisés.
- 21 patients avaient une infection urinaire masculine ou un contexte septique.

- 8 patients étaient en cours de traitement d'un cancer d'origine urologique.
- 11 patients avaient une hématurie caillotante.
- 36 patients sont passés aux urgences pour des complications techniques post RAU.

### Diagramme de flux

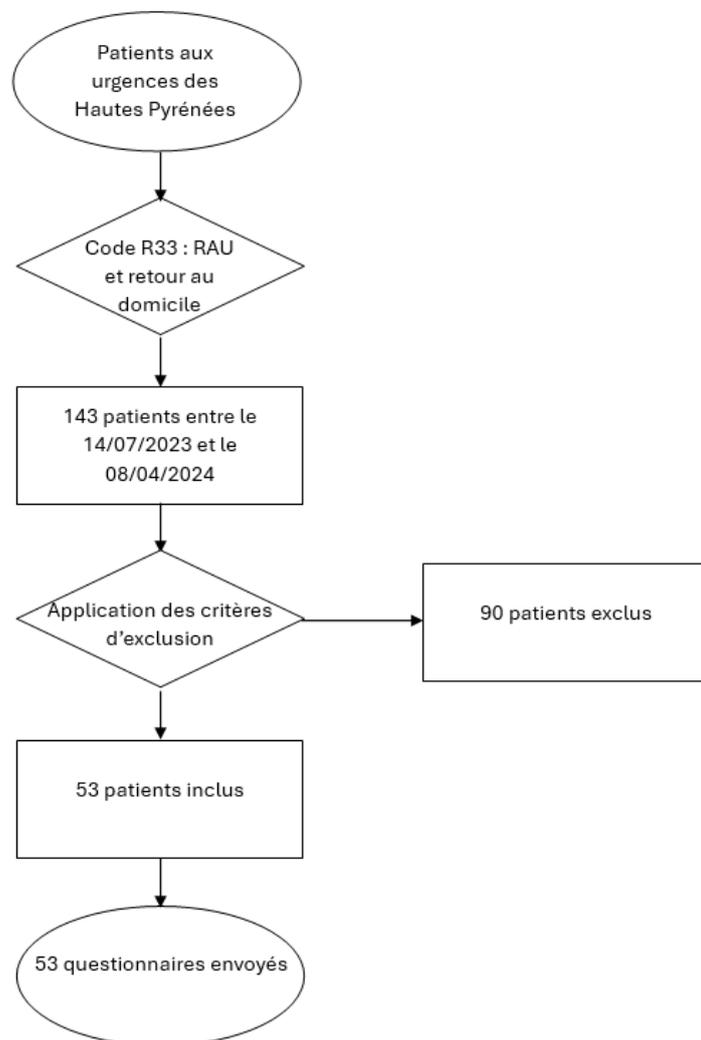


Figure 3 : Diagramme de flux.

Au final, 53 patients ont donc été inclus dans cette étude soit 37% des passages aux urgences pour RAU.

## ii. Réponses au questionnaire

Parmi les 53 dossiers utilisés, deux ne comprenaient pas de médecin traitant désigné. Un nombre total de 38 réponses ont été obtenues soit plus de 71% de participation. Sur ces 38 réponses précédentes, 30 étaient complètes et utilisables pour l'étude. \*

### b. Statistiques descriptives

#### i. Objectif principal

Le taux de réussite du désondage (absence de récurrence de RAU dans les 24 heures) est de 43%. Sur les 30 hommes, 17 ont dû être sondés de nouveau dans les 24 heures. Les 13 patients dont le retrait de sonde est un succès seront appelés « groupe succès ». Les autres font partie du « groupe échec ».

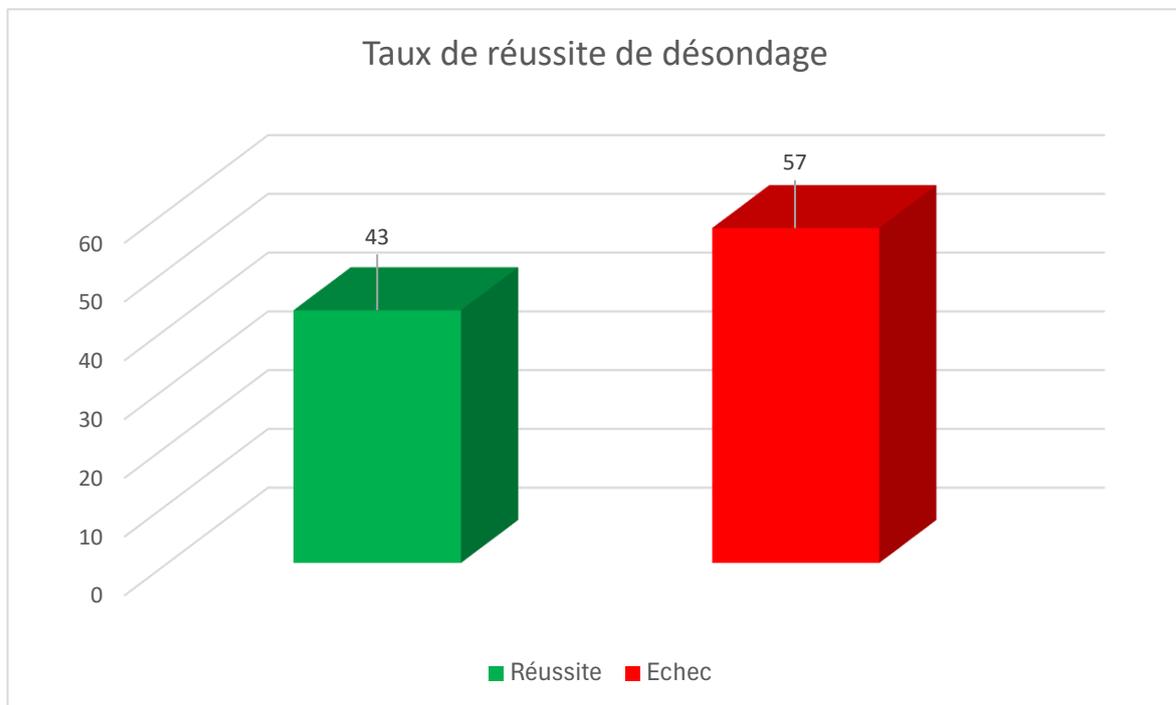


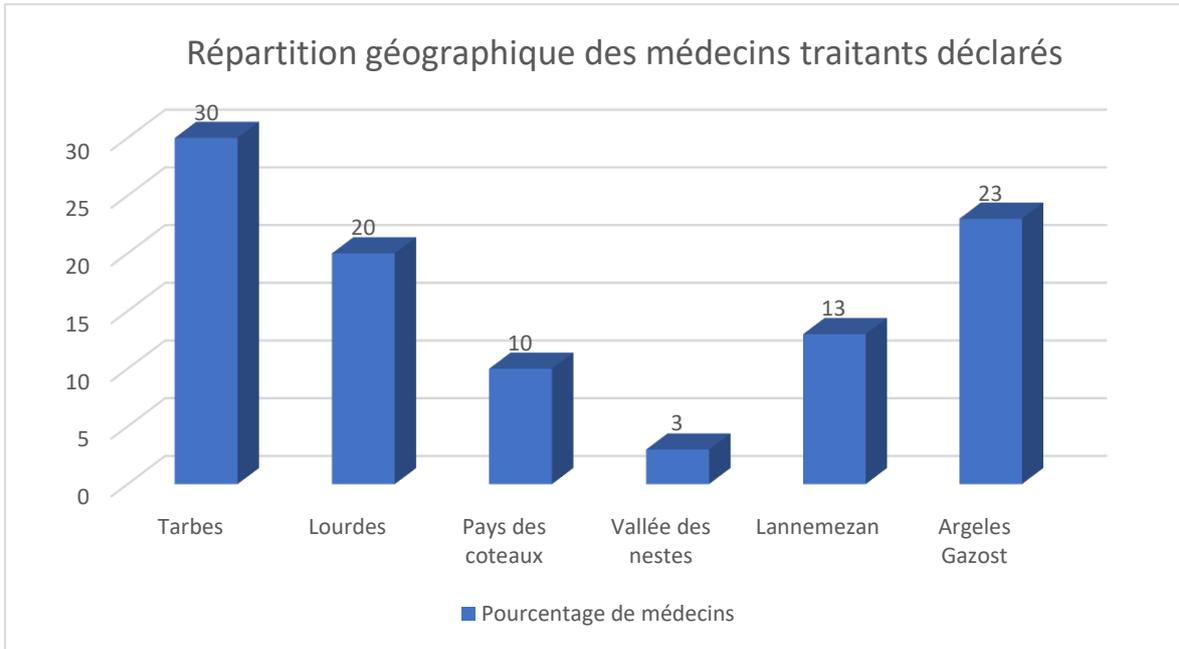
Figure 4 : Pourcentage de réussite de retrait de sonde.

#### ii. Objectifs secondaires

- **Les territoires (Tarbes, Lourdes et Lannemezan)**

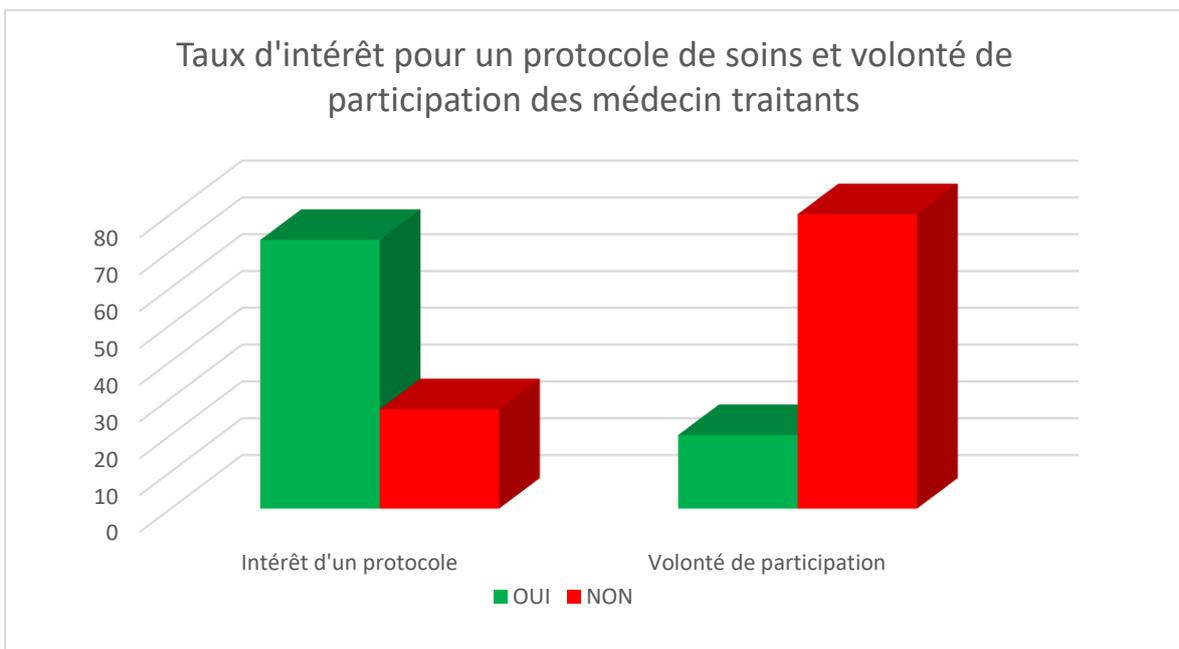
- Médecins :

À l'issue de la lecture des dossiers recueillis auprès des services d'urgences, nous retrouvons une répartition géographique qui suit les données épidémiologiques du département. Les médecins exerçant dans l'agglomération tarbaise sont les plus nombreux et représentent 30% de l'effectif. Ensuite nous retrouvons ceux de la vallée d'Argeles Gazost pour 23% puis ceux de la ville de Lourdes pour 20%. Ils sont répartis dans le territoire comme dans le graphique ci-dessous.



*Figure 5 : Répartition des médecins sur le territoire.*

Une fois que nous avons sélectionné nos patients, nous avons un effectif de 30 médecins pour 30 réponses. Parmi les médecins interrogés, l'âge moyen est de 52 ans. Ces médecins exercent leur profession dans un cadre libéral coordonné pour 16 d'entre eux (53%) quand 13 autres sont dans le même cadre libéral mais non coordonné (43%). Un seul a un exercice mixte. Aucun n'est salarié. Les médecins ont montré un intérêt dans la mise en place d'un protocole de soins dans 73% des cas. Ils ne souhaitent pas y participer pour 80% d'entre eux.



*Figure 6 : Intérêt et participation des médecins traitants.*

Parmi les réponses obtenues, 33% (10) ont été données par des médecins traitants femmes. En regroupant les secteurs, nous avons 9 réponses venant de Tarbes et issues des urgences de la ville, 8 de Lannemezan et 13 de Lourdes

- Durée de sondage :

Dans le secteur de Tarbes, la durée de moyenne de sondage est de 20.1 jours. Elle est de 13.8 jours à Lannemezan et de 12.4 jours en moyenne à Lourdes.

- Taux de réussite :

Dans le secteur de Tarbes, le taux de réussite de retrait de sonde est de 33%. Il est de 25% à Lannemezan et de 61% à Lourdes.

Secteur	Taux de Succès	Durée Moyenne	N
Tarbes	33%	20,1 jours	9
Lourdes	61%	12,4 jours	13
Lannemezan	25%	13.8 jours	8

*Tableau 2 : taux de succès et durée de sondage des territoires.*

• **Les patients**

- Âge :

Les patients, tous des hommes, ont un âge moyen de 74.5 ans. Les âges sont compris entre 51 et 92 ans. La médiane est de 75.5 ans. Parmi les patients dont le désondage est un succès, la moyenne d'âge est de 73.5 ans et de 75.3 pour ceux dont le retrait de sonde est un échec.

À noter que les 3 patients les plus âgés ont eu un désondage se soldant par un échec.

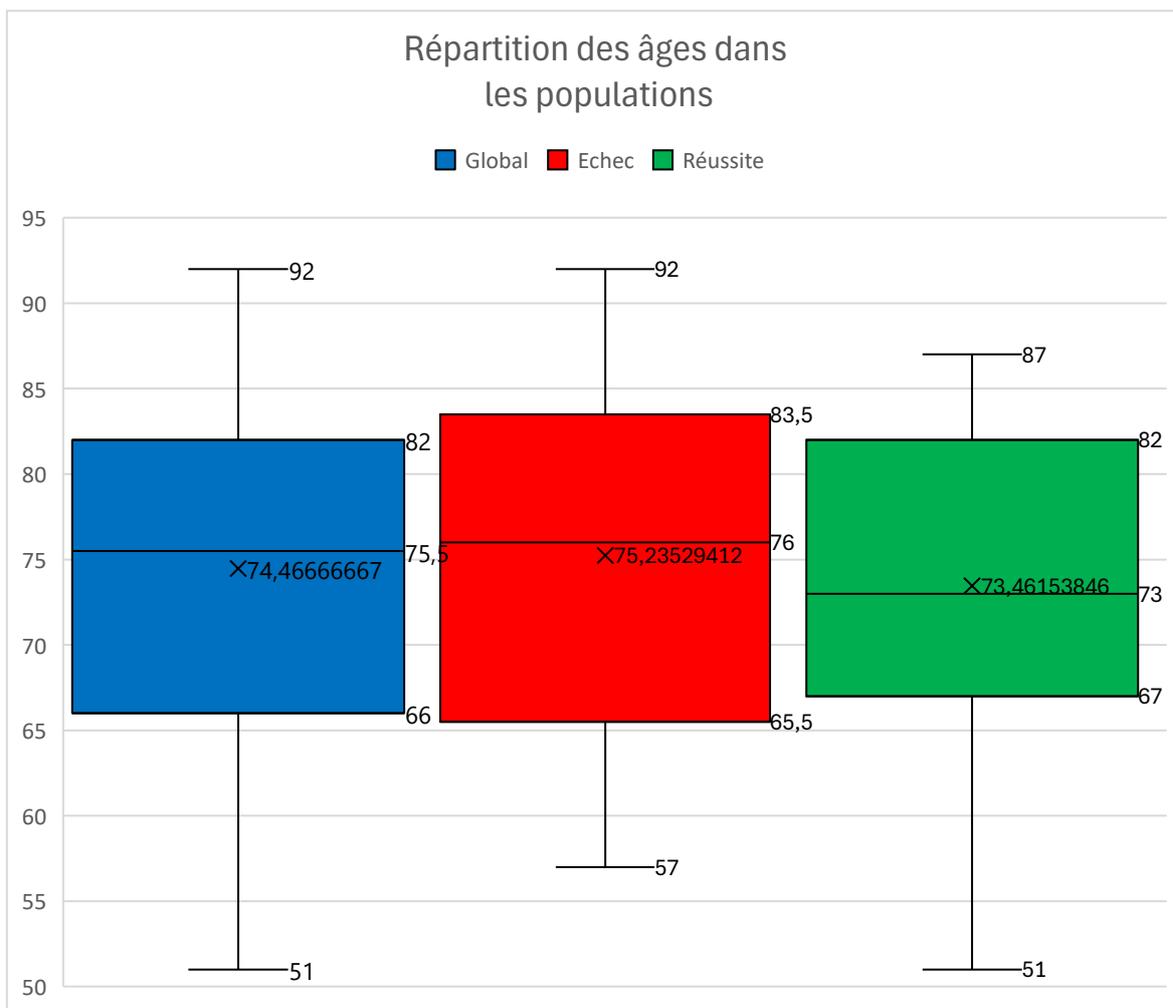


Figure 7 : diagramme des âges dans les différentes populations

Notons que les médianes et les moyennes sont proches et que ces échantillons semblent avoir des distributions homogènes.

- Antécédents :

Ces patients ont des antécédents urologiques pour 60% d'entre eux. Douze patients avaient un diagnostic d'HBP (40%), 7 un antécédent de RAU (23.3%), 2 un cancer de la prostate (6.6%) et 1 avait un cancer de la vessie (3.3%). Un patient pouvait avoir plusieurs antécédents par ailleurs.

Dans le « groupe succès », 8 patients avaient au moins un antécédent urologique. Ils étaient 10 à en avoir un au moins dans le « groupe échec ».

- Traitement :

Concernant le traitement, 19 patients n'avaient pas de traitement à visée urologique (63.6%). Onze patients étaient traités par une spécialité de la famille des alpha bloquants (36.6%). Parmi ces derniers, 3 étaient traités par inhibiteur de la 5-alpha reductase.

- Suivi :

Le suivi de la pathologie urologique est assuré par un urologue pour 16 patients (53.3%) avant le sondage.

Caractéristiques	Global	Groupe succès	Groupe échec
<b>Âge</b>			
<b>Moyen</b>	74,5	73,5	75,2
<b>Médian</b>	75,5	73	76
<b>Q1</b>	66	67	65,5
<b>Q3</b>	82	82	83,5
<b>Antécédents</b>			
<b>Aucun</b>	40%	38,46%	41,17%
<b>HBP</b>	40%	46,15%	35,29%
<b>Cancer vessie</b>	3,33%	0%	5,88%
<b>Cancer prostate</b>	6,66%	0%	11,76%
<b>Sténose urétrale</b>	0,00%	0%	0%
<b>RAU</b>	23,33%	30,77%	17,65%
<b>Traitements</b>			
<b>Aucun</b>	63,33%	53,85%	70,59%
<b>Alpha bloquant</b>	36%	46,15%	29,41%
<b>IPD5</b>	0	0%	0%
<b>I5AR</b>	10%	15,38%	0%
<b>Suivi urologique</b>			
<b>Oui</b>	46,66%	46,15%	47,06%
<b>Non</b>	53,33%	53,85%	52,94%

Tableau 3 : Résumé des caractéristiques des patients

• **Caractéristiques du désondage**

- Durée de sondage :

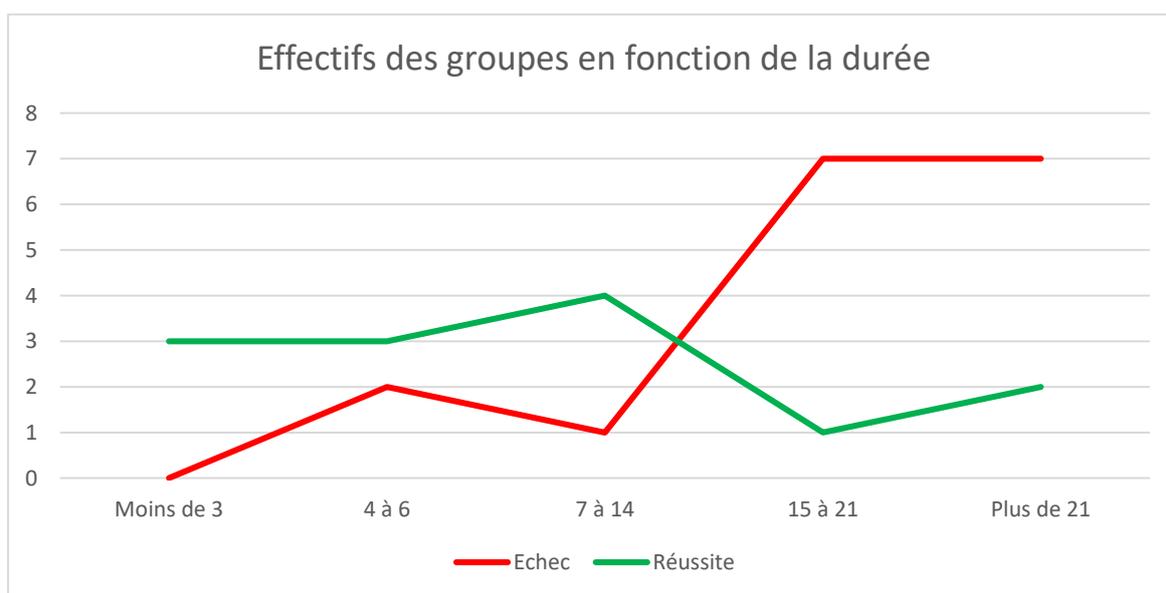
L'analyse des données sur la durée de sondage parmi les participants révèle une distribution variée, avec une prédominance de durées plus longues. Les catégories sont réparties comme suit : 3 participants (10%) ont eu un sondage de moins de 3 jours ; 4 participants (16%) entre 4 et 6 jours ; 5 participants (20%) entre 7 et 14 jours ; 6 participants (24%) entre 15 et 21 jours ; et 8 participants (32%) pour plus de 21 jours. Cette répartition indique que la majorité des sondages durent plus de 15 jours. En prenant pour durée exacte la médiane de chaque intervalle et en prenant pour durée de sondage 25 jours pour les patients sondés après plus de 3 semaines, nous obtenons une durée moyenne de sondage de 15,0 jours, la médiane est de 18 jours.

	N	%
<b>Moins de 3</b>	3	10.0%
<b>Entre 4 et 6</b>	5	16.6%
<b>Entre 7 et 14</b>	5	16.6%
<b>Entre 15 et 21</b>	8	26.6%
<b>Plus de 21</b>	9	30.0%

*Tableau 4 : effectifs et pourcentages de patients selon les durées de sondage*

Dans le « groupe réussite », les durées plus courtes sont plus représentées. Au sein de ce groupe, 3 patients ont eu une durée de sondage de moins de 3 jours, 3 une durée de 4 à 6 jours, 4 patients dans la catégorie des 7 à 14 jours, 1 patient entre 15 et 21 jours et 2 au-delà de 21 jours. Avec la même méthode de calcul, la durée moyenne de sondage de ce groupe est de 10 jours

Dans le « groupe échec », les durées plus longues sont plus représentées. Au sein de ce groupe, aucun patient n'a eu une durée de sondage de moins de 3 jours, 2 une durée de 4 à 6 jours, 1 patient dans la catégorie des 7 à 14 jours, 7 patients entre 15 et 21 jours et 7 au-delà de 21 jours. La moyenne de sondage du « groupe échec » est de 19 jours.



*Figure 8 : Courbes des effectifs en fonction de la durée de sondage pour chaque groupe*

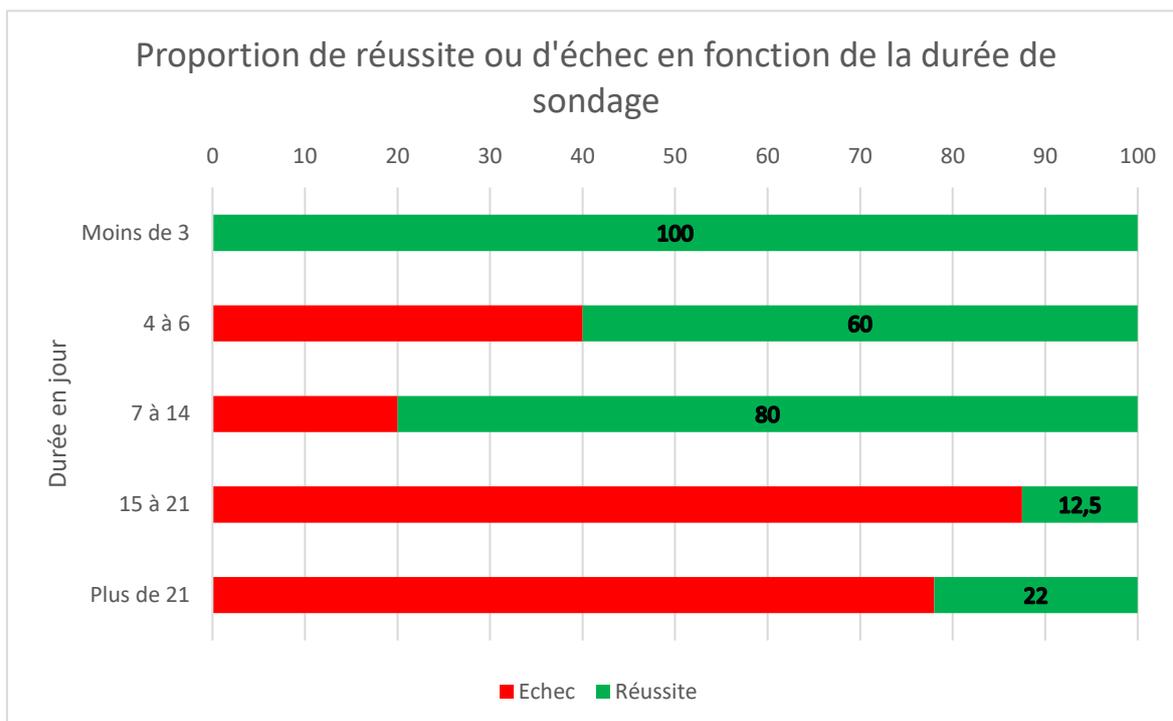


Figure 9 : Proportion de patients des groupes « échec » ou « réussite » selon la durée

Les moyennes d'âge des différents effectifs selon les durées de sondage sont les suivantes : les patients sondés moins de 3 jours ont un âge moyen de 71.7 ans, ceux sondés entre 4 et 6 jours ont en moyenne 81 ans. Ceux sondés entre 7 et 14 jours ont 68.4 ans en moyenne. Les patients sondés entre 15 et 21 jours ont aussi 81 ans de moyenne. Les patients sondés le plus longtemps ont en moyenne 69.3 ans.

- Prescription d'alpha-bloquant :

La prescription des spécialités de la famille des alpha-bloquants dans cette étude a été faite à 22 reprises soit 73%. Dans le « groupe réussite » le taux de prescription atteint 92.2%. Il est de 58.8% dans le « groupe échec ».

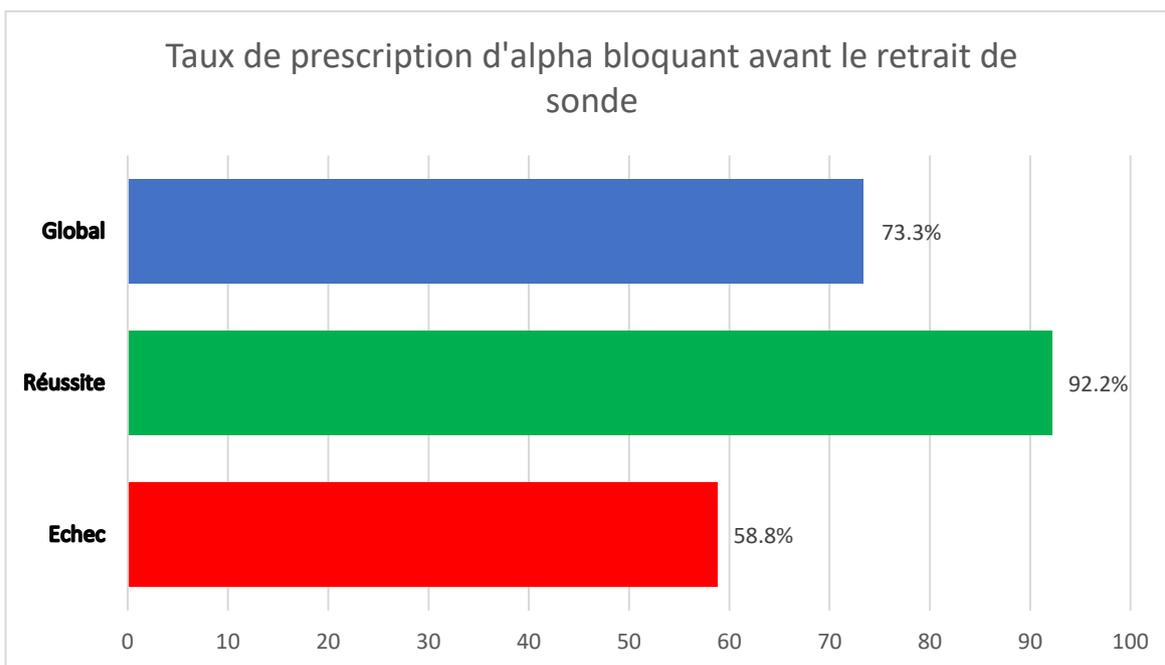


Figure 10 : Taux de prescription d'alpha bloquant avant le retrait de sonde

Si nous prenons le groupe de patients ayant reçu l'alpha bloquant, le taux de succès est de 54.5% tandis que le groupe n'ayant pas reçu de médicament a un taux de succès de 12.5%.

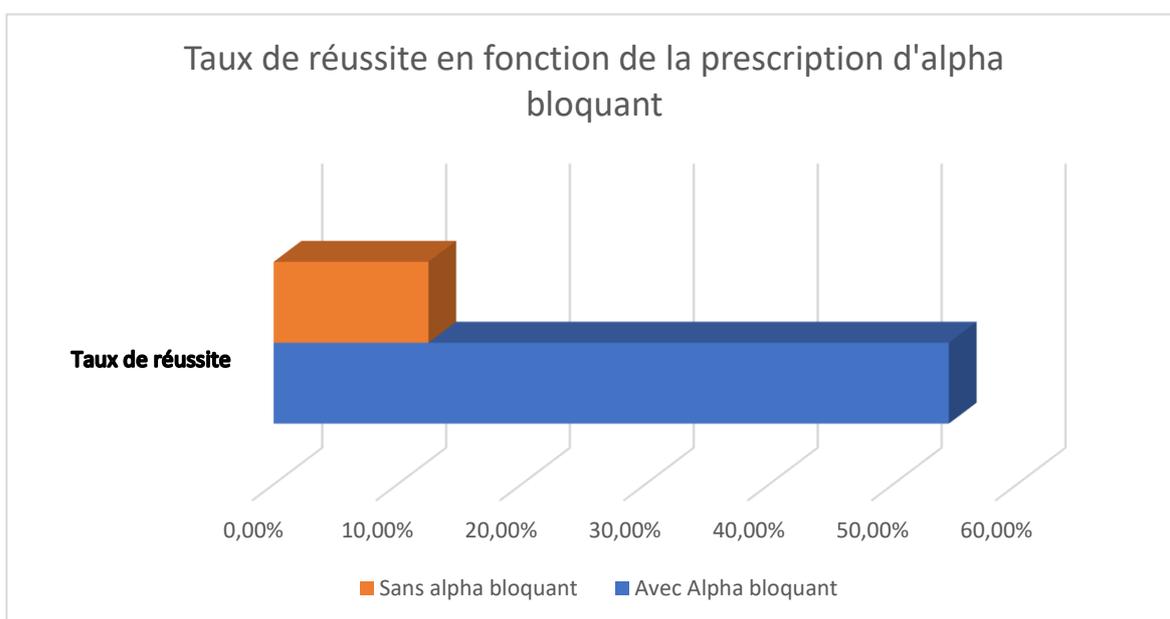


Figure 11 : Taux de réussite en fonction de la prescription d'alpha bloquant.

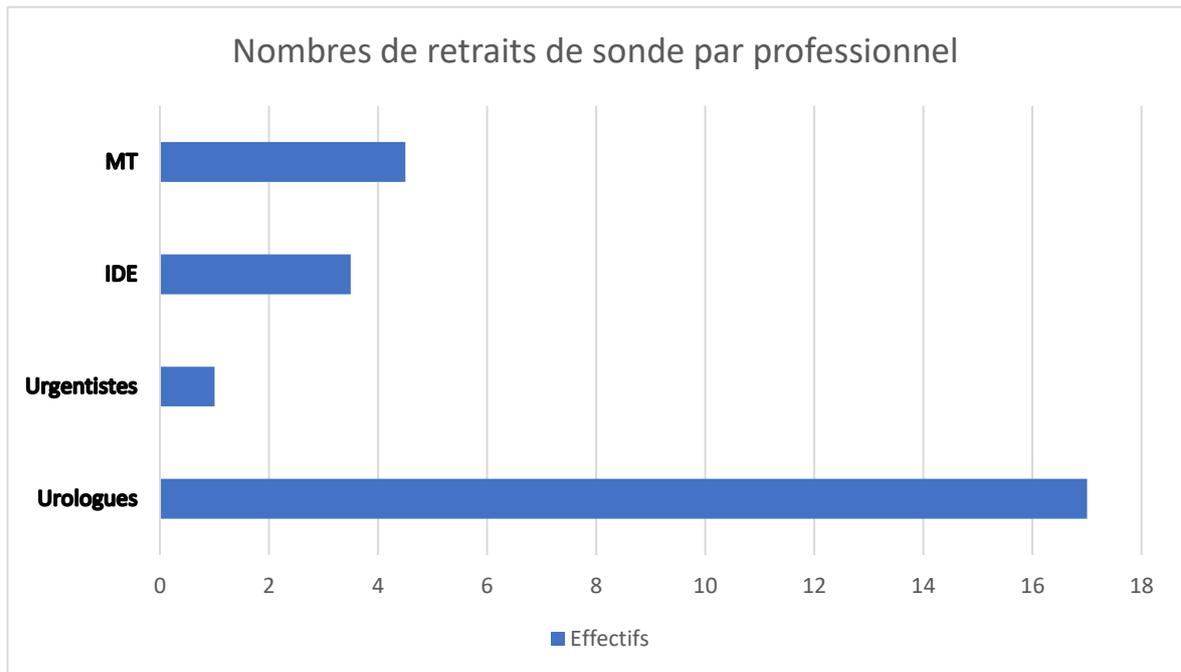
- Prescripteur du désondage :

Le prescripteur et décideur du désondage est majoritairement l'urologue. Dans cette étude, la prescription du geste de désondage a été faite à 15 reprises par l'urologue (50%).

Les urgentistes ont demandé le désondage 10 fois (33%). Les médecins généralistes ont décidé du désondage 5 fois (17%).

- Effecteur du désondage :

Les urologues ont procédé à 17 désondages (57%). Les infirmiers ont fait ce geste 10 fois (33%). Les médecins généralistes ont désondé leurs patients 2 fois (6%). Les urgentistes ont retiré la sonde d'un patient (3%).



*Figure 12 : Effecteurs du retrait de sonde*

- Lien entre prescription et retrait de sonde :

Lorsque les urologues prescrivent un retrait de sonde, le geste est réalisé par ces mêmes urologues en majorité (10). Ils le confient aux IDE à 4 reprises et aux MT (1).

Lorsque les urgentistes demandent un retrait de sonde, les urologues s'en chargent à 7 reprises, les IDE à 2 reprises et les urgentistes le font une fois.

Lorsque les MT prescrivent le geste de retrait de sonde, ce sont les IDE qui le font pour 4 patients et le reste est assuré par les MT.

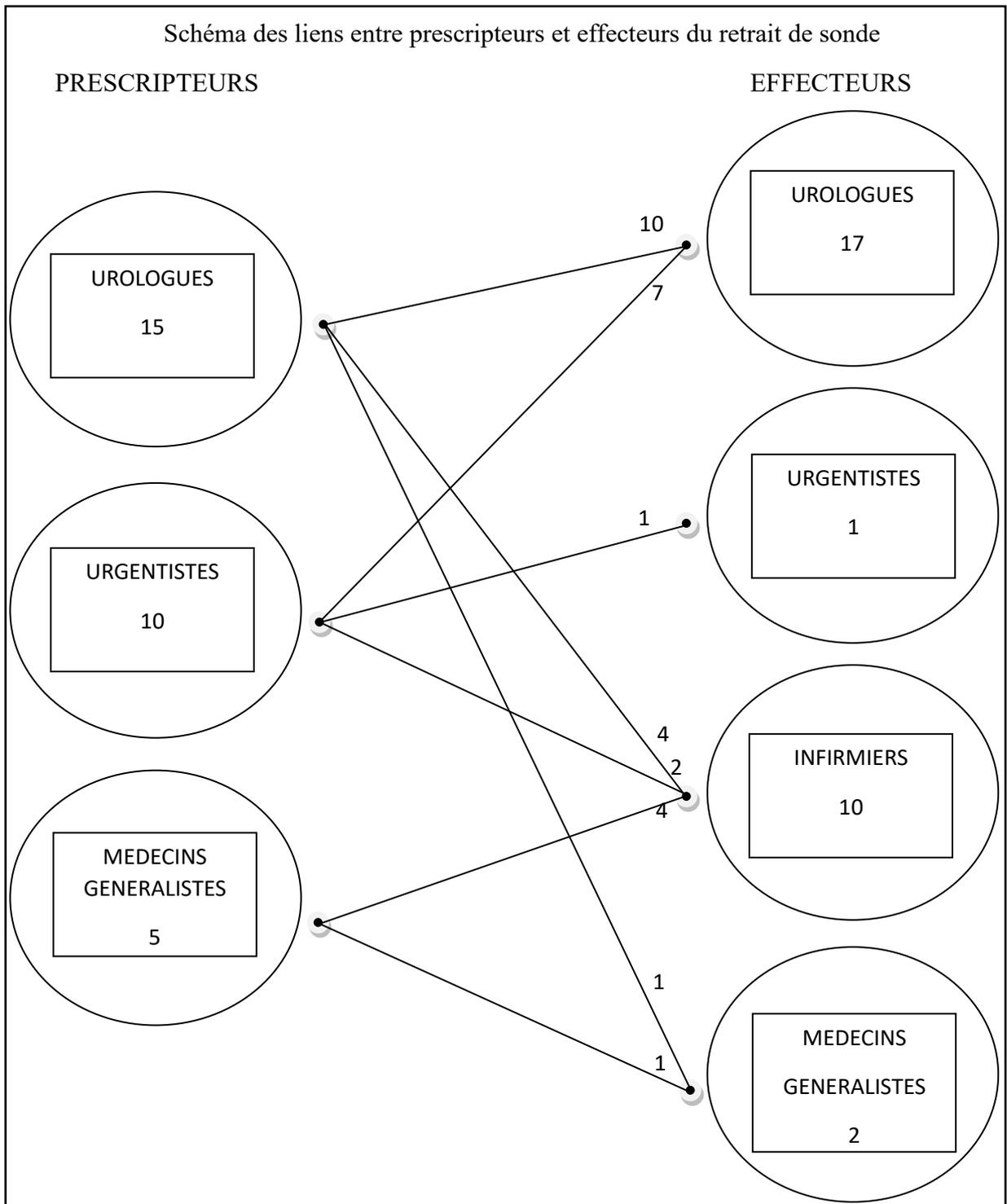


Figure 13 : Lien entre prescripteurs et effecteurs du retrait de sonde.

- Complications

L'étude retrouve une majorité de cas exempts de complication post sondage (73%). Trois patients ont eu une infection, 3 autres une hématurie et un dernier une obstruction avec sténose urétrale. Au total, 26.7% des patients ont eu une complication. Le « groupe réussite » a eu 2 complications soit 15%. Le « groupe échec » a eu 35% de complications avec 6 patients dont 3 infections urinaires.

- Etiologie

Une étiologie a été retrouvée dans 86% des cas (26). L’HBP a été diagnostiquée à 21 reprises. Nous avons aussi retrouvé 3 cas de iatrogénie, 1 cas d’infection et 1 cas de cancer.

- Volume

Le volume moyen de rétention urinaire est de 715 mL. Il est de 663 mL dans le « groupe succès » et de 747 mL dans le « groupe échec ».

**c. Analyse statistique**

Les durées les plus courtes sont significativement associées à un succès du retrait de sonde. Autrement dit, la durée de sondage de 10 jours du groupe succès est significativement plus courte que celle de 18 jours du groupe échec avec un seuil de significativité de 0.004.

La prescription d’alpha bloquant semble soutenir un meilleur taux de succès. En effet, « p » est égal à 0.09 et ne nous permet pas de conclure à une association significative.

Nous pouvons noter une absence d’association significative entre le taux de succès et l’âge, les antécédents urologiques, ou encore le volume de rétention. Les différents prescripteurs et effecteurs du retrait de sonde ne sont pas associés significativement avec un meilleur taux de succès. Si nous prenons les données de l’analyse concernant les territoires de soins, nous obtenons les données concernant la durée de sondage et le taux de réussite. Le taux de réussite du retrait de sonde n’est pas significativement plus haut à Lourdes. En revanche, lorsque nous comparons Tarbes et Lourdes, nous voyons des durées de sondage significativement plus basses. Il n’y a pas d’autre différence significative par ailleurs.

	Tarbes	Lourdes	Lannemezan	
<b>Retrait de sonde</b>				Absence de différence significative. p = 0,24
<b>Succès</b>	3	8	2	
<b>Echec</b>	6	5	6	
<b>Taux de réussite</b>	33%	61,5%	25%	
<b>Durée de sondage</b>				Entre Lourdes et Tarbes : <b>Différence significative</b> p = 0,02
<b>Moins de 3</b>	0	2	1	Entre Lourdes et Lannemezan : Absence de différence p = 0,70
<b>4 à 6</b>	0	2	3	Entre Tarbes et Lannemezan : Absence de différence p=0,15
<b>7 à 14</b>	2	3	0	
<b>15 à 21</b>	2	5	1	
<b>Plus de 21</b>	5	1	3	
<b>Moyenne</b>	20,1 j	12,4 j	13,8 j	

Tableau 6 : données analytiques selon les territoires.

Les données de l'analyse statistique entre les « groupe succès » et « groupe échec » sont résumées dans le tableau ci-après.

Colonne1	▼ Groupe SUCCES	▼ Groupe ECHEC	▼ Test	▼ Résultats
Effectif:	13	17		
Âge :	73,5	75,2	Student	Absence de différence significative. p = 0,64
<u>Antécédents urologiques :</u>			Chi2	Absence de différence significative. Odds Ratio : 1.1158 Intervalle de confiance à 95% [0.2042 ; 6.374], p = 1
oui	8	10		
non	5	7		
<u>Traitement :</u>			Chi2	Absence de différence significative. Odds Ratio : 2.0068 Intervalle de confiance à 95% [0.3564 ; 12.0576], p = 0,45
oui	6	5		
non	7	12		
<u>Suivi :</u>	6	8		
<u>Prescription d'alpha bloquant :</u>			Fisher	Absence de différence significative. Odds Ratio : 7.8685 Intervalle de confiance à 95% [0.7908 ; 408.4161], p = 0,09
oui	12	10		
non	1	7		
<u>Prescripteur du retrait de sonde :</u>			Fisher	Absence de différence significative. p = 0,33
Urologue	6	9		
Urgentiste	6	4		
MT	1	4		
<u>Effecteur du retrait de sonde :</u>			Fisher	Absence de différence significative. p = 0,52
Urologue	8	9		
Urgentiste	1	0		
MT	0	2		
IDE	4	6		
<u>Durée :</u>			Student	<b>Différence significative.</b> Groupe 1: 9,9; Groupe 2: 18,9, p value = 0,004
moins de 3	3	0		
4 à 6	3	2		
7 à 14	4	1		
15 à 21	1	7		
plus de 21	2	7		
<u>Volume:</u>	663	747	Student	Absence de différence significative. p-value = 0,45

Tableau 5 : Données des statistiques analytiques groupes Réussite et Echec.

#### **IV. DISCUSSION**

##### **Les objectif principaux et secondaires :**

Nous sommes dans le cadre d'une étude descriptive, rétrospective et multicentrique. Il s'agit de la première étude de ce type dans ce territoire. Elle est la première à obtenir les données de patients auprès de leur médecin traitant. Elle concerne 30 patients des Hautes Pyrénées. Nous avons réussi à déterminer que le taux de succès du retrait de sonde, après sondage aux urgences pour RAU, est de 43%. Nous rappelons que le retrait de sonde réussi permet un retour de la miction spontanée et permettra une prise en charge ultérieure, et chirurgicale la plupart du temps, dans des conditions optimales. Nous avons pu prouver que ce taux de réussite est lié significativement à la durée de sondage dans notre étude et que les durées de sondage les plus longues sont associées à un plus grand risque d'échec. Notre travail de recherche a permis de trouver une durée moyenne de sondage de 15 jours. Notre analyse ne retrouve pas de lien entre le taux de réussite et l'âge ou encore une absence de lien significatif entre réussite et prescription d'alpha bloquant.

Le taux de réussite du retrait de sonde dans notre étude est de 43%. Il est semblable aux chiffres de la littérature. En effet, il est légèrement plus bas que les chiffres de 2006 avec l'étude RetenFrance (15) qui retrouvait un taux de succès de 50.2% ou de 2012 avec l'étude RetenWorld (10) qui retrouvait un taux de 61.4%. Cette dernière compilait les données de plusieurs pays et la France était le pays où le taux de réussite était le plus bas. Nos résultats se rapprochent d'une étude toulousaine plus récente (2016) retrouvant un taux de réussite de 46% (6). Enfin, notre taux de réussite est plus haut qu'une étude cherchant à déterminer les facteurs prédictifs d'un retrait de sonde réussi en 2017. Le taux de réussite de cette dernière est de 33% (16). Toutes ces données nous montrent que notre résultat concernant l'objectif principal est tout à fait dans les chiffres de la littérature internationale. Cette notion de taux de réussite cohérente apporte une forte valeur à cette étude. Nous nous attendions à trouver un taux comparable avec l'étude toulousaine.

##### **Une notion de durée primordiale :**

Il s'agit de la première étude qui met en lumière un lien statistique entre taux de désondage et durée de sondage.

Tout d'abord, les précédents chiffres ne retrouvent pas de lien si fort entre la durée de sondage et le taux de réussite du retrait de sonde. L'étude RetenWorld (10) recommande une durée de sondage de 3 jours pour éviter les complications infectieuses, hématuriques et mécaniques. Cette étude retrouve un lien significatif mais marginal entre les durées de

sondage et le taux de réussite. Elle met en évidence des meilleurs taux de désondage pour les durées de port de sonde de plus de 3 jours. Nous avons donc un résultat opposé puisque nos meilleurs taux de désondage se font lors des durées les plus courtes.

Ensuite, l'étude à propos des facteurs de prédisposition à un échec de retrait de la sonde (16) ne retrouve aucune différence significative de durée de sondage entre les groupes « succès » et « échec ». Nous avons aussi une étude apportant des données sur les facteurs affectant le taux de succès qui ne prend simplement pas en compte la durée de sondage (17). En effet, dans le protocole de l'étude, tous les patients sont revus à 48 heures de sondage pour le retrait. La durée, contrôlée, n'est pas évaluée.

Enfin, l'étude de l'hôpital Pierre Paul Riquet (6) a mesuré l'impact d'un protocole de soin et a permis de réduire la durée de sondage de 5 jours en passant de 21 à 16 jours avec pour effet un meilleur suivi et une moindre proportion de perdus de vue. Ce changement n'a pas eu d'effet significatif sur le taux de réussite du désondage à 46%. Cette étude montre une tendance à la volonté de réduire la durée de sondage.

Notre étude retrouve une durée de sondage moyenne de 15 jours et une médiane de 18 jours. Il s'agit de durées plus longues que d'autres études. Les précédents travaux (10)(15) retrouvaient respectivement 5 et 3 jours de durée moyenne de port de sonde vésicale. Nous pouvons aussi remarquer que seulement 10% de nos patients avaient une durée de sondage de 3 jours ou moins quand 65% des patients sont désondés avant trois jours dans l'étude RetenWorld (10). Notre durée de sondage est en revanche similaire à celle retrouvée dans la recherche de l'Hôpital Purpan (6) avec 16 jours de sondage après application du protocole.

Notre étude se distingue donc par une association significative entre le succès du désondage et les durées de sondage courtes. Aussi, elle fait partie des seuls travaux à évaluer des durées de sondage si longues. Pour conclure, nous savions que la durée de sondage de moins de 3 jours était associée à de moindres complications grâce à la littérature, nous pouvons maintenant dire qu'elle est aussi associée à un meilleur taux de retrait de sonde dans notre territoire. Cette étude nous encourage encore à réduire la durée de port de sonde.

### **Des disparités territoriales marquantes :**

Notre travail nous a permis de mettre en évidence des différences notables dans le département. Initialement, sur 143 dossiers, nous avons des patients dont les médecins exercent dans tous les secteurs du département. Après le processus de sélection via les réponses obtenues, nous avons regroupé les réponses en trois secteurs en fonction de la position géographique et selon le service d'urgences concerné. Nous avons donc les trois

secteurs du département, Tarbes, Lourdes et Lannemezan. Nous avons respectivement 9, 8 et 13 patients dans ces zones. Pour rappel, Tarbes et Lannemezan ne sont situés qu'à 30 minutes de route et 45 kilomètres. Lourdes et Tarbes sont à une distance de 20 km. Il faut aussi noter que les urologues consultent à Tarbes dans une clinique au sein d'un cabinet privé mais aussi à Lannemezan quelques jours par mois, à l'hôpital.

Concernant les données à comparer, nous avons d'abord le taux de réussite. Lourdes arrive en tête avec 61.5% puis suit Tarbes avec 33% et enfin Lannemezan avec 25% de réussite au désondage. Ces données sont proches de la littérature mais il convient de garder en tête le faible effectif des groupes. Ainsi, d'après notre analyse, les taux ne sont pas significativement différents. Ce manque de significativité est probablement à attribuer aux faibles effectifs.

Nous avons aussi pu comparer les durées de sondage des secteurs. Nous avons pu prouver une différence significative entre les durées issues de Lourdes et celles de Tarbes avec un sondage plus long à Tarbes. Il n'existe pas de différence significative dans les comparaisons entre Lannemezan et Tarbes ou Lannemezan et Lourdes.

Le secteur de Lourdes est donc celui qui obtient le meilleur taux de réussite au retrait de sonde mais aussi celui qui a les durées les plus basses. Cette observation renforce le lien entre durée et réussite établi plus tôt.

Pour expliquer ces meilleurs résultats, nous pouvons nous attarder sur la démographie médicale des Hautes Pyrénées. D'après des données issues du Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (récapitulatif envoyé tous les trois mois par les Caisses primaires d'assurance maladie aux médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes sur lequel sont indiqués notamment le nombre de consultations, de visites à domicile, les prescriptions..) la densité de praticiens spécialistes de médecine générale est à mettre en parallèle avec les difficultés de prise en charge d'un patient après son sondage. Les omnipraticiens de la région lourdaise font face à 1292 patients en moyenne lorsque les chiffres sont de 1581 patients par praticien à Tarbes et de 2098 à Lannemezan. Cette masse de travail explique des difficultés d'accès rapide aux soins. Nous comprenons mieux pourquoi le désondage est fait plus tardivement avec une planification délayée. Cette difficulté pour l'accès aux soins est moins présente dans la vallée de Lourdes et des Gaves. Un manque de médecins généralistes est probablement au cœur de l'explication des disparités des résultats. Les accès aux urologues et aux IDE sont similaires sur le département, ils n'expliquent pas les différences entre territoires.

### **Un manque de communication flagrant**

Mise en évidence par plusieurs publications, la difficulté de la prise en charge des RAU réside dans la planification du retrait de sonde selon les recommandations (4). Les pré requis d'une bonne planification sont une connaissance des recommandations et une bonne communication entre les acteurs.

Nous avons pu voir que la majorité des cas était traitée par les urologues uniquement. Ce sont donc des patients qui ont eu une RAU, prise en charge aux urgences et qui sont ressortis pour regagner leur domicile avec la consigne de consulter un urologue. Cette consigne est donnée sur une fiche récapitulative à l'attention des patients à la sortie des urgences de Tarbes et Lourdes. Ces patients doivent être autonomes dans leur prise de rendez-vous. Le seul moyen pour le médecin traitant d'être au courant des actualités urologiques de son patient est de consulter ses courriels et de prendre connaissance de l'épisode de RAU avec le courrier de sortie des urgences. Hors, des médecins généralistes du département ne sont pas complètement informatisés et ces informations ne seront connues qu'après réception du courrier papier. Il s'agit ici d'une première entrave à la communication rapide. Le médecin généraliste n'est parfois au courant de la RAU qu'après le courrier papier de l'urologue lorsque ce dernier a fait le retrait de sonde, parfois des semaines après le sondage. Les 8 médecins interrogés qui n'avaient pas connaissance de l'épisode de RAU de leur patient n'avaient pas d'outil informatique performant. Ils n'étaient pas au courant du tout ce que vivait leur patient et ne pouvaient pas accélérer un retrait de sonde. C'est cette étude qui leur a appris la condition de leur patient.

Parfois, le patient n'a pas reçu la note récapitulative ou n'en a pas fait cas et va directement consulter le médecin traitant. Ce dernier n'adresse pas toujours à l'urologue pour le désondage et fait parfois appel aux IDE pour effectuer le retrait. Cette situation pose le problème du risque d'échec et de la nécessité de re sondage. Il faut avoir du matériel et la volonté de refaire ce geste en consultation urgente en cabinet.

La plupart du temps, le patient reste à la charge de l'urologue et de l'urgentiste dans notre étude. Ces deux spécialités ne se trouvent pas dans le même établissement. Le seul lien est fait par le patient. Il consulte alors l'urologue avec pour seuls renseignements médicaux ceux présents sur le compte-rendu des urgences. Ce compte-rendu n'est pas aussi exhaustif qu'un courrier d'adressage du médecin traitant avec un risque de perte d'informations. Les liens entre les trois spécialités sont donc fragiles et ne sont pas coordonnés.

### **Confusion pour le patient :**

Il faut garder en tête que nos patients sont des hommes dont l'âge moyen est de 73 ans environ. Ces hommes sont admis aux urgences pour une incapacité à uriner. Ils sont sondés pour la première fois pour une grande majorité d'entre eux. Ensuite, ils doivent regagner leur domicile, avec une sonde vésicale en place. Dans leur dossier de passage aux urgences, ce trouve la consigne de consulter leur MT ou de prendre rendez-vous avec un spécialiste dans un autre établissement. Dans ce dossier, il y a aussi les coordonnées des urologues, une ordonnance de médicaments et parfois des soins par des IDE au domicile.

Ils doivent alors obtenir une consultation auprès d'un spécialiste en urologie ou en médecine générale mais, malgré les secrétariats téléphoniques et le travail des médecins, cette tâche implique plusieurs jours de délai. Le patient a souvent des questions qui restent alors sans réponses pendant ce temps et qui peuvent créer de l'angoisse.

Il s'agit d'une situation de grand inconfort physique et psychologique. Aucune publication n'a étudié le sujet de l'impact psychologique du port de la sonde urinaire chez l'homme. Il semblerait que la souffrance physique et psychologique soit largement sous-estimée.

Ainsi, pour le confort des patients et pour éviter les comorbidités, nous avons tout intérêt à diminuer cette confusion autour de leur prise en charge.

### **Le reste des chiffres :**

Notre étude ne retrouve pas de différence significative entre les groupes « succès » et « échec » concernant l'âge. Nous nous attendions à trouver une différence car elle a été retrouvée dans les études cherchant à mettre en évidence les facteurs de risque d'échec de retrait de sonde. Les publications de 2013 (16) et de 2017 (17) retrouvaient à chaque fois une association entre un âge élevé et un risque d'échec. Cette absence d'association est probablement à mettre sur le compte des effectifs faibles. Toutefois, les 3 patients les plus âgés ont eu un échec au retrait de sonde.

Notre étude n'a pas mis en évidence de différence significative entre ces deux groupes selon la prise ou non d'alpha bloquant. Il semble que cette absence de différence soit expliquée par le manque de sujets étudiés, le seuil de significativité étant presque atteint en faveur d'un meilleur taux de désondage sous alpha bloquant comme dans les études de phase trois de ces médicaments (11).

Ce travail épidémiologique ne met pas en avant de différence entre les groupes à propos des antécédents ou encore du traitement au préalable de la rétention d'urines. Il existe

pourtant une association péjorative entre taux de succès et les comorbidités dans d'autres études (16) (17).

### **Forces et limites :**

Pour ses forces, nous pouvons voir que notre étude s'appuie sur un fort taux de participation (56%) et un nombre de réponses permettant des analyses statistiques de qualité. Ce fort intérêt s'explique par un questionnaire facilement abordable et directement orienté sur une situation concrète d'un patient connu par le médecin. Son caractère territorial est aussi un avantage. Concernant sa conception, nous avons réussi à obtenir des données de différents centres hospitaliers ce qui donne un caractère multicentrique à cette recherche. La longue durée d'acquisition donne également plus de crédit à ce travail. Enfin, elle découle d'une revue de la littérature rigoureuse sur la prise en charge des patients après un sondage et reprend des caractéristiques d'études épidémiologiques de grande envergure.

Mais cette étude a aussi des limitations. Pour commencer, nous n'avons pas exploré des aspects plus précis de la condition des patients. Nous n'avons pas tous les antécédents ni les scores de sévérités des signes d'HBP. Ces données peuvent constituer des biais de confusion que nous ne pouvons pas anticiper. Il faut aussi rappeler qu'un biais de sélection est possible à la lecture des dossiers car la sélection n'a été faite que par un lecteur. De plus, malgré notre volonté, des territoires du département ne sont pas représentés dans les dossiers sélectionnés, induisant un manque de précision. Un biais de mémorisation peut également exister car notre questionnaire a parfois eu des réponses tardives plusieurs semaines après son émission.

### **Perspectives**

À la vue de nos résultats il apparaît que les efforts doivent se tourner vers une durée de sondage plus courte et une meilleure collaboration entre des soignants nombreux. Les précédents à avoir eu des résultats similaires sont les praticiens hospitaliers de l'Hôpital Purpan. Ils ont réussi à mettre en place un parcours de soins normalisé pour les patients avec des résultats probants. Il semble que les caractéristiques de notre département ne permettent pas un protocole hospitalier, toutefois, un protocole ambulatoire pour ces patients devrait être créé et évalué.

## V. CONCLUSION

Notre étude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes des Hautes Pyrénées permet de mieux comprendre le parcours des patients sondés aux urgences du département pour une RAU. Un retrait de sonde avec reprise mictionnelle permet une prise en charge ultérieure de meilleure qualité. Ce travail a suscité l'intérêt des médecins du territoire.

Le taux de réussite du retrait de sonde est similaire à la littérature et proche de données locales. La durée de sondage est en revanche longue dans notre travail. Elle est significativement associée à un taux de réussite plus bas ce qui n'a jamais été retrouvé auparavant. La prise d'alpha bloquant semble être propice à un meilleur taux de retrait de sonde. Les caractéristiques intrinsèques des patients ne sont pas associées au taux de succès dans cette étude.

Le département n'est pas un territoire homogène. Nous avons retrouvé des prises en charge significativement plus courtes à Lourdes où le nombre de patients par médecin est le moins élevé. Les taux de réussite du retrait de sonde ne sont pas significativement différents en fonction des localités.

Nos résultats semblent montrer un manque de communication entre l'hôpital, le spécialiste et les acteurs ambulatoires.

Nos efforts devraient se concentrer sur un raccourcissement de la durée de sondage et une uniformisation de la prise en charge pour ne pas perdre de vue des patients et obtenir un meilleur taux de réussite. Un protocole de soins local et ambulatoire pourrait constituer une solution pour rapprocher nos pratiques des recommandations.

Toulouse, le 07/11/2024

Vu et permis d'imprimer  
La Présidente de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
Le Doyen-Directeur  
du Département de Médecine, Maieutique, et Paramédical  
Professeur Thomas GEERAERTS



Toulouse le 7 novembre 2024  
Le Président du jury,  
Professeur Stéphane OUSTRIC

S. oustric.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Roumiguié M., Bessede T., Cussenot Relecteur : O., Chapter 13 - Anatomie du bas appareil urinaire, Reins et voies urinaires - Appareil génital masculin (First Edition), edited by Valeri Antoine, 2021, Pages 133-142, ISBN 978-2-294-77010-4
- (2) COFEMER , Chapitre 4 - Physiologie de la continence urinaire et de la miction, Médecine physique et de réadaptation (7e édition), edited by COFEMER , 2021, Pages 28-32, ISBN 978-2-294-77072-2
- (3) Collège français des enseignants d'urologie , Chapitre 10 - Rétention aiguë d'urine, Urologie (5e édition), edited by Collège français des enseignants d'urologie , 2021, Pages 175-185, ISBN 978-2-294-77071-5
- (4) Baboudjian M, Savoie PH, Long JA, Boissier R. Rétention aiguë d'urines : épidémiologie, optimisation du parcours de soin et alternative au drainage permanent. Progrès en Urologie. nov 2021;31(15):967-77.
- (5) Hollingsworth JM, Rogers MAM, Krein SL, Hickner A, Kuhn L, Cheng A, et al. Determining the noninfectious complications of indwelling urethral catheters: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 17 sept 2013;159(6):401-10.
- (6) Gas J, Liaigre-Ramos A, Caubet-Kamar N, Beauval JB, Lesourd M, Prudhomme T, et al. Evaluation of the impact of a clinical pathway on the progression of acute urinary retention. Neurourol Urodyn. janv 2019;38(1):387-92.
- (7) Groves HK, Chang D, Palazzi K, Cohen S, Parsons JK. The incidence of acute urinary retention secondary to BPH is increasing among California men. Prostate Cancer Prostatic Dis 2013;16(3):260—5
- (8) Cornu, J.N., et al. A Systematic Review and Meta-analysis of Functional Outcomes and Complications Following Transurethral Procedures for Lower Urinary Tract Symptoms Resulting from Benign Prostatic Obstruction: An Update. Eur Urol, 2015. 67: 1066
- (9) Pickard, Emberton, Group N on behalf of the NPAS. The management of men with acute urinary retention. British Journal of Urology. 1998;81(5):712-20.
- (10) Fitzpatrick JM, Desgrandchamps F, Adjali K, Gomez Guerra L, Hong SJ, El Khalid S, et al. Management of acute urinary retention: a worldwide survey of 6074 men with benign prostatic hyperplasia. BJU Int. janv 2012;109(1):88-95.

- (11) McNeill SA, Hargreave TB, Roehrborn CG. Alfuzosin 10 mg once daily in the management of acute urinary retention: Results of a double-blind placebo-controlled study. *Urology*. 1 janv 2005;65(1):83-9.
- (12) Dolder CR. Dutasteride: a dual 5-alpha reductase inhibitor for the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia. *Ann Pharmacother*. avr 2006;40(4):658-65.
- (13) Zhengyong Y, Changxiao H, Shibing Y, Caiwen W. Randomized controlled trial on the efficacy of bladder training before removing the indwelling urinary catheter in patients with acute urinary retention associated with benign prostatic hyperplasia. *Scand J Urol*. août 2014;48(4):400-4.
- (14) McNeill SA. Spontaneous versus precipitated AUR: the same? *World J Urol*. 1 sept 2006;24(4):354-9.
- (15) Desgrandchamps F, De La Taille A, Doublet JD, RetenFrance Study Group. The management of acute urinary retention in France: a cross-sectional survey in 2618 men with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int*. avr 2006;97(4):727-33.
- (16) Bansal A, Arora A. Predictors of successful trial without catheter following acute urinary retention in benign prostatic enlargement: A single centre, multivariate analysis. *Neurourol Urodyn*. 2017 Sep;36(7):1757-1762.
- (17) Mahadik P, Vaddi SP, Godala CM, Reddy VVK, Sambar VK. Factors affecting trial without catheter for first spontaneous acute urinary retention. *Int Neurourol J*. sept 2013;17(3):121-6.

## VII. ANNEXES

Annexe 1 : enregistrement CNIL de l'étude



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III  
Facultés de Médecine de Toulouse  
**DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)**  
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne  
31062 TOULOUSE Cedex

**Pr Pierre BOYER**  
Directeur NTC – Numérique  
DPO-78344  
DUMG Toulouse

[pierre.boyer@dumg-toulouse.fr](mailto:pierre.boyer@dumg-toulouse.fr)  
[dpo@dumg-toulouse.fr](mailto:dpo@dumg-toulouse.fr)

Je soussigné Pr Pierre Boyer, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

**M. ESTELLE Rémi**

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données
- a été inscrit dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 20/06/2023 sous le numéro : 2023ER81

Fait à Toulouse, le 23/06/2023

  
Pr . BOYER



Référence CNIL :

2235919 v 0

## Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 1 octobre 2024

Madame Vanessa LATRY  
CENTRE HOSPITALIER TARBES-LOURDES  
RECHERCHE CLINIQUE  
BOULEVARD DE LATTRE DE TASSIGNY  
65013 TARBES

### ORGANISME DÉCLARANT

**Nom :** CENTRE HOSPITALIER  
TARBES-LOURDES  
**Service :** RECHERCHE CLINIQUE  
**Adresse :** BD MAL DE LATTRE DE  
TASSIGNY  
**CP :** 65000  
**Ville :** TARBES

**N° SIREN/SIRET :** 266500180 00010  
**Code NAF ou APE :** 8610Z  
**Tél. :**  
**Fax. :**

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 2 octobre 2024

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

*Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.*

*Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>*

Annexe 3 : Première rubrique du mail adressé aux médecins généralistes

Bonjour Docteur.

Je m'appelle ESTELLÉ Rémi.

Je mène actuellement un travail de thèse sur les pratiques de désondage des patients sondés pour rétention aiguë d'urines dans l'un des trois sites d'urgences des Hautes-Pyrénées

**- Votre patient Mr XXXXXX est passé aux urgences le xx/xx/202x pour une rétention aiguë d'urines. Il est retourné à son domicile avec une sonde urinaire.**

Je cherche à avoir le point de vue des médecins traitants sur la prise en charge de ces patients à leur retour à domicile, notamment sur les modalités et difficultés rencontrées lors du désondage. Je souhaite ainsi mettre en évidence les difficultés à organiser un retrait de sonde selon les recommandations en ambulatoire.

D'après les recommandations, un sondage pour rétention aiguë d'urines:

- Doit être suivi de la prescription d'alpha bloquants et de la programmation d'un désondage 72 heures après.

- Ne doit pas entraîner de prescription d'inhibiteurs de la 5 alpha reductase.

- Ne doit pas être suivie d'une épreuve de clampage intermittent de la sonde.

(Baboudjian M, Savoie PH, Long JA, Boissier R. Rétention aiguë d'urines : épidémiologie, optimisation du parcours de soin et alternative au drainage permanent. Progrès en Urologie. nov 2021;31(15):967-77)

Pour mener à bien ce travail, je souhaiterais recueillir à l'aide du questionnaire ci-dessous les caractéristiques du désondage de votre patient :

**- Voici le questionnaire :**

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLServyEU5sTp1zGOB47VvGTfKbTE0--CHRIKRXE68EnbCQzW-Q/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLServyEU5sTp1zGOB47VvGTfKbTE0--CHRIKRXE68EnbCQzW-Q/viewform?usp=sf_link)

Ce questionnaire sera anonymisé

Si vous souhaitez ne pas y répondre merci de le notifier à l'adresse: [estelle.remi.31@gmail.com](mailto:estelle.remi.31@gmail.com)

Ce Travail est dirigé par le Dr GACHIES.

Merci de votre participation!

## Annexe 4 : Questionnaire

### Quelques informations vous concernant:

1. Vous êtes ? Plusieurs réponses possibles.
  - Un homme
  - Une femme
  - Autre
2. Quel est votre âge ?
3. Dans quel territoire exercez-vous? Une seule réponse possible.
  - Agglomération de Tarbes
  - Agglomération de Lourdes
  - Vallée de Bagnères de bigorre
  - Plateau de Lannemezan
  - Secteur Adour – Madiran
  - Vallées des Nestes
  - Coteaux magnoac-baïse
  - Argelez Gazost
  - Autre :
4. Quel est votre type d'exercice ? Une seule réponse possible.
  - Salariat
  - Libéral hors exercice coordonné
  - Libéral en exercice coordonné
  - Mixte

### A propos de votre patient:

5. Quel est son âge?
6. A-t-il un/des antécédent(s) urologique(s) connu(s) ? Plusieurs réponses possibles.
  - Hypertrophie bénigne de prostate
  - Cancer de la prostate
  - Rétention aigue d'urines
  - Sténose urétrale
  - Cancer de vessie
  - Aucun
7. A-t-il un traitement ? Plusieurs réponses possibles.
  - Alpha bloquant (tamsulosine, alfuzozine...)
  - Inhibiteur de la 5alpha réductase (dutastéride...)

- Inhibiteur de la phosphodiesterase 5 (Sildénafil, Tadanafil...)
- Anticholinergique à visée urologique (Oxybutynine...)
- Aucune des réponses précédentes

8. A-t-il un suivi avec un urologue ? Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Comment s'est déroulé le désondage ?

9. Un alpha bloquant a-t-il été prescrit avant le désondage? Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

10. Qui est le prescripteur/décideur du désondage ? Une seule réponse possible.

- Urgentiste
- Urologue
- Médecin généraliste
- Ne sait pas

11. Qui est l'effecteur du désondage ? Une seule réponse possible.

- Urgentiste
- Urologue
- Médecin généraliste
- Infirmier Diplômé d'état libéral
- Ne sait pas

12. Quelle a été la durée du sondage ? Une seule réponse possible.

- 1 à 3 jours
- 4 à 6 jours
- 7 à 14 jours
- 15 à 21 jours
- Plus de 21 jours
- Ne sait pas

13. Le désondage est-il un succès (absence de nécessité de nouveau sondage dans les 24 heures) ? Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

- Ne sait pas
14. Y a-t-il eu des complications ? Plusieurs réponses possibles.
- Aucune
  - Infection sur sonde
  - Hématurie
  - Obstruction de la sonde
  - Ne sait pas
15. La cause de la rétention aiguë d'urine a-t-elle été retrouvée ? Une seule réponse possible.
- Oui
  - Non
16. Si oui, quelle est-elle ?
17. Pensez-vous qu'il y a un intérêt à créer un parcours de soins coordonnés permettant la prise en charge de ces patients de manière systématique après un sondage aux urgences ? Une seule réponse possible.
- Oui
  - Non
18. Si un tel parcours existait, souhaiteriez-vous y participer ? Une seule réponse possible.
- Oui
  - Non

Merci de votre participation

AUTEUR : Rémi ESTELLÉ

TITRE : **Parcours des patients sondés aux urgences jusqu'à leur retrait de sonde : étude auprès des médecins des Hautes-Pyrénées**

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Hervé GACHIES

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : **Faculté de médecine Purpan – 21/11/2024 à 18h30**

---

**Introduction :** La rétention aigüe d'urines est une urgence urologique fréquente. Son traitement repose sur un drainage rapide des urines par sonde urinaire le plus souvent. La difficulté réside dans la planification du retrait de sonde qui implique la coordination des urologues, des médecins généralistes, des urgentistes et des infirmiers. La prise en charge des patients n'est pas protocolisée et il semble exister de nombreuses différences entre patients. **Matériel et méthode :** Nous avons mené une étude quantitative par questionnaire transmis aux médecins généralistes des patients sondés aux urgences dans les Hautes-Pyrénées entre Juillet 2023 et Avril 2024 dans le but de faire un état des lieux du parcours de leurs patients et de connaître le taux de réussite du désondage.

**Résultats :** 38 Médecins généralistes ont répondu. Le taux de réussite du désondage est de 43%. Les durées de sondage les plus courtes sont significativement associées à un meilleur taux de retrait de sonde. Les durées de port de sonde sont longues dans notre territoire. Les durées de sondage autour de Lourdes sont significativement plus courtes qu'à Tarbes. Un nombre plus important de patients par praticien pourrait expliquer les plus mauvais résultats. **Conclusion :** Le manque de coordination entre les acteurs ambulatoires et la difficultés d'accès aux soins sont à l'origine de pertes de chances pour le patient. Un parcours de soins est une solution envisageable. (Mots clefs : rétention aigüe d'urines – médecine générale – alpha bloquant – retrait de sonde)

---

**Introduction:** Acute urinary retention is a frequent urological emergency. Treatment is based on rapid drainage of the urine, usually using a urinary catheter. The difficulty lies in planning the removal of the catheter, which requires coordination between urologists, general practitioners, emergency physicians and nurses. There is no protocol for patient management, and there appear to be many differences between patients. **Material and method:** We carried out a quantitative study using a questionnaire sent to GPs of patients seen in emergencies in the Hautes-Pyrénées between July 2023 and April 2024, with the aim of determining the care pathway and the success rate of catheter removal. **Results:** 38 GPs responded. The success rate was 43%. The shortest catheterisation durations were significantly associated with a better catheter removal rate. Catheterisation times in Lourdes are significantly shorter than in Tarbes. A higher number of patients per practitioner could explain the poorer results. **Conclusion:** The lack of co-ordination between ambulatory care providers and difficulties in care access result in lost opportunities for patients. A care pathway is a possible solution. ( Key-words : Acute urinary retention - alpha blockers - primary care – trial without catheter)

---

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France