UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015 2015 TOU3 1082

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15 octobre 2015

Par

Nathalie SWIATEK

ÉNURÉSIE PRIMAIRE ISOLÉE DE L'ENFANT : POURQUOI LES PARENTS CONSULTENT-ILS ?

Étude observationnelle en Midi-Pyrénées.

<u>DIRECTRICE DE THÈSE</u>: Docteur Leila LATROUS

JURY:

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU	Assesseur
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	Assesseur
Madame le Docteur Motoko DELAHAYE	Assesseur
Madame le Docteur Leila LATROUS	Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier au 1er septembre 2014

Professeurs Honoraires

M. ROUGE D. Doyen Honoraire M. LAZORTHES Y. Doyen Honoraire Doyen Honoraire M. CHAP H. Doyen Honoraire M. GUIRAUD-CHAUMEIL B Professeur Honoraire M. COMMANAY M. CLAUX Professeur Honoraire M. ESCHAPASSE Professeur Honoraire Professeur Honoraire Mme ENJALBERT M. GEDEON Professeur Honoraire M. PASQUIE Professeur Honoraire M. RIBAUT Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. ARLET J. Professeur Honoraire M. RIBET M. MONROZIES Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. DALOUS Professeur Honoraire M. DUPRE Professeur Honoraire M. FABRE J. M. DUCOS Professeur Honoraire M. GALINIER Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. LACOMME M. BASTIDE Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. COTONAT M. DAVID Professeur Honoraire Professeur Honoraire Mme DIDIER M. GAUBERT Professeur Honoraire Mme LARENG M.B. Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. BES Professeur Honoraire M. BERNADET Professeur Honoraire M. GARRIGUES M. REGNIER Professeur Honoraire M. COMBELLES Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. REGIS Professeur Honoraire M. ARBUS M. PUJOL Professeur Honoraire M. ROCHICCIOLI Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. RUMEAU M. BESOMBES Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. GUIRAUD M. SUC Professeur Honoraire M. VALDIGUIE Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. BOUNHOURE M. PONTONNIER Professeur Honoraire M. CARTON Professeur Honoraire Professeur Honoraire Mme PUEL J. M. GOUZI Professeur Honoraire Professeur Honoraire associé M. DUTAU M. PONTONNIER Professeur Honoraire M. PASCAL Professeur Honoraire

Professeur Honoraire M. SALVADOR M. Professeur Honoraire M. BAYARD M. LEOPHONTE Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. FABIÉ Professeur Honoraire M. BARTHE M. CABARROT Professeur Honoraire M. DUFFAUT Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. ESCAT Professeur Honoraire M. ESCANDE M. PRIS Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. CATHALA M. BAZEX Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. VIRENQUE M. CARLES Professeur Honoraire M. BONAFÉ Professeur Honoraire M. VAYSSE Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. ESQUERRE Professeur Honoraire M. GUITARD M. LAZORTHES F. Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. ROQUE-LATRILLE Professeur Honoraire M. CERENE M. FOURNIAL Professeur Honoraire M. HOFF Professeur Honoraire M. REME Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. FAUVEL M. FREXINOS Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. CARRIERE M. MANSAT M. Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. BARRET M. ROLLAND Professeur Honoraire M. THOUVENOT Professeur Honoraire M. CAHUZAC Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. DELSOL Professeur Honoraire M. ABBAL M. DURAND Professeur Honoraire M. DALY-SCHVEITZER Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. RAILHAC M. POURRAT Professeur Honoraire M. QUERLEU D. Professeur Honoraire M. ARNE JL Professeur Honoraire M. ESCOURROU J. Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. FOURTANIER G. M. LAGARRIGUE J. Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. PESSEY JJ.

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY
Professeur ALBAREDE
Professeur CONTÉ
Professeur MURAT
Professeur MANELFE
Professeur LOUVET
Professeur SARRAMON
Professeur CARATERO
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur COSTAGLIOLA

Professeur JL. ADER
Professeur Y. LAZORTHES
Professeur L. LARENG
Professeur F. JOFFRE
Professeur J. CORBERAND
Professeur B. BONEU
Professeur H. DABERNAT
Professeur M. BOCCALON
Professeur B. MAZIERES
Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur J. SIMON

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H. 2ème classe

Doyen: JP. VINEL

M. ADOUE D. Méd	decine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J. Thé	érapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ATTAL M. (C.E) Hér	natologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. AVET-LOISEAU H Hér	matologie, transfusion	M. BUREAU Ch	Hépato-Gastro-Entéro
M. BLANCHER A. Imn	nunologie (option Biologique)	M. CALVAS P.	Génétique
M. BONNEVIALLE P. Chi	rurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BOSSAVY J.P. Chi	rurgie Vasculaire	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BRASSAT D. Neu	urologie	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BROUSSET P. (C.E) Ana	atomie pathologique	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addic
M. BUGAT R. (C.E) Car	ncêrologie	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. CARRIE D. Car	rdiologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CHAP H. (C.E) Bio	chimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D. Nép	phrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophtalmologie
M. CHOLLET F. (C.E) Neu	urologie	M. GAME X.	Urologie
M. CLANET M. (C.E) Neu	ırologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. DAHAN M. (C.E)	rurgie Thoracique et Cardiaque	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DEGUINE O. O. I	R. L.	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DUCOMMUN B. Car	ncérologie	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. FERRIERES J. Epic	démiologie, Santé Publique	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FOURCADE O. And	esthésiologie	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E) O.F	R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E) Bac	ctériologie-Virologie	M. OLIVOT J-M	Neurologie
Mme LAMANT L. Ana	atomie Pathologique	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. LANG T. Bio:	statistique Informatique Médicale	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANGIN D. Nut	rition	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LAUQUE D. (C.E) Méd	decine Interne	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LIBLAU R. (C.E) Imn	nunologie	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. MAGNAVAL J.F. Par	asitologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MALAVAUD B. Uro	ologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P. Chi	rurgie Orthopédique	M. PERON J.M.	Hépato-Gastro-Entérologie
M. MARCHOU B. Mal	ladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X. Gyr	nécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E) Pha	armacologie	Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
M. MOSCOVICI J. Ana	atomie et Chirurgie Pédiatrique	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme MOYAL E. Car	ncérologie	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme NOURHASHEMI F. Gér	riatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E) Péc	diatrie		
M. OSWALD E. Bac	ctériologie-Virologie		
M. PARINAUD J. Bio	I. Du Dévelop. et de la Reprod.		

P.U.

M. OUSTRIC S. Médecine Générale

M. RIVIERE D. (C.E) Physiologie
M. SALES DE GAUZY J. Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P. Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E) Biologie Cellulaire
M. TELMON N. Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E) Hépato-Gastro-Entérologie

M. PERRET B (C.E)
M. PRADERE B. (C.E)

M. RASCOL O.

M. RECHER Ch.

M. RISCHMANN P. (C.E)

Biochimie

Hématologie Urologie

Chirurgie générale Pharmacologie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

Pédiatrie

M. ACAR Ph. M. ALRIC L. Médecine Interne M. ARLET Ph. (C.E) Médecine Interne M. ARNAL J.F. Physiologie Mme BERRY I. Biophysique

M. BOUTAULT F. (C.E) Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

M. BUSCAIL L. Hépato-Gastro-Entérologie

Rhumatologie M. CANTAGREL A. M. CARON Ph. (C.E) Endocrinologie M. CHAMONTIN B. (C.E) Thérapeutique

Chirurgie Plastique et Reconstructive M. CHAVOIN J.P. (C.E) Chirurgie Orthopédique et Traumatologie M. CHIRON Ph

Mme COURTADE SAIDI M. Histologie Embryologie

M. DELABESSE E. Hématologie

Anatomie Pathologie Mme DELISLE M.B. (C.E)

M. DIDIER A. Pneumologie M. ELBAZ M. Cardiologie Cardiologie M. GALINIER M. M. GERAUD G. Neurologie

M. GLOCK Y Chirurgie Cardio-Vasculaire

M. GOURDY P. Endocrinologie

Epidémio. Eco. de la Santé et Prévention M. GRAND A. (C.E)

Mme HANAIRE H. (C.E) Endocrinologie Néphrologie M. KAMAR N M. LARRUE V. Neurologie M. LAURENT G. (C.E) Hématologie M. LEVADE T Biochimie M. MALECAZE F. (C.E) Ophtalmologie

Mme MARTY N. Bactériologie Virologie Hygiène

Maladies Infectieuses M. MASSIP P

Urologie M. PLANTE P.

M. RAYNAUD J-Ph. Psychiatrie Infantile

Nutrition M. RITZ P. M. ROCHE H. (C.E) Cancérologie M. ROSTAING L (C.E). Néphrologie Médecine Légale M. ROUGE D. (C.E) Radiologie M. ROUSSEAU H. Biochimie M. SALVAYRE R. (C.E) M. SCHMITT L. (C.E) Psychiatrie Pharmacologie M. SENARD J.M. M. SERRANO E. (C.E) O. R. L.

M. SOULIE M. Urologie

Chirurgie Digestive M. SUC B

Pédiatrie Mme TAUBER M.T. M. VELLAS B. (C.E) Gériatrie Doyen: E. SERRANO

P.U. - P.H. 2ème classe

M. ACCADBLED F. Chirurgie Infantile Mme ANDRIEU S. Epidémiologie M. ARBUS Ch. Psychiatrie M. BERRY A Parasitologie Radiologie M. BONNEVILLE F. Uro-Andrologie M. BUJAN L Mme BURA-RIVIERE A. Médecine Vasculaire

M. CHAYNES P. Anatomie

M. CHAUFOUR X. Chirurgie Vasculaire M. CONSTANTIN A. Rhumatologie Maladies Infectieuses M. DELOBEL P.

Mme DULY-BOUHANICK B. Thérapeutique M COURBON Biophysique

M. DAMBRIN C. Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

M. DECRAMER S. Pédiatrie M. DELORD JP. Cancérologie M. GALINIER Ph. Chirurgie Infantile M. GARRIDO-STÖWHAS I. Chirurgie Plastique Mme GOMEZ-BROUCHET A. Anatomie Pathologique M. GROLLEAU RAOUX J.L. Chirurgie plastique Mme GUIMBAUD R. Cancérologie M. HUYGHE E. Urologie

M. LAFOSSE JM. Chirurgie Orthopédique et Traumatologie M. LEGUEVAQUE P. Chirurgie Générale et Gynécologique Chirurgie thoracique et cardiovasculaire M. MARCHEIX B. M. MARQUE Ph. Médecine Physique et Réadaptation

Dermatologie

Mme MAZEREEUW J.

M. MINVILLE V. Anesthésiologie Réanimation

M. MUSCARI F. Chirurgie Digestive

M. OTAL Ph. Radiologie M. ROLLAND Y. Gériatrie M. ROUX F.E. Neurochirurgie M. SAILLER L Médecine Interne M. SOULAT J.M. Médecine du Travail

M. TACK I. Physiologie

M. VAYSSIERE Ch. Gynécologie Obstétrique

O.R.L. M. VERGEZ S.

Mme URO-COSTE E. Anatomie Pathologique

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN 37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL 133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M			

M. APOIL P. A Immunologie

Mme ARNAUD C. Epidémiologie

M. BIETH E. Génétique

Mme BONGARD V. Epidémiologie

Mme CASPAR BAUGUIL S. Nutrition

Mme CASSAING S. Parasitologie

Mme CONCINA D. Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N. Immunologie
Mme COURBON Pharmacologie

 Mme COURBON
 Pharmacologie

 Mme DAMASE C.
 Pharmacologie

 Mme de GLISEZENSKY I.
 Physiologie

Mme DELMAS C. Bactériologie Virologie Hygiène

Mme DE-MAS V. Hématologie

M. DUBOIS D. Bactériologie Virologie Hygiène

Mme DUGUET A.M. Médecine Légale
M. DUPUI Ph. Physiologie
Mme FILLAUX J. Parasitologie
M. GANTET P. Biophysique
Mme GENNERO I. Biochimie

Mme GENOUX A. Biochimie et biologie moléculaire

M. HAMDI S. Biochimie
Mme HITZEL A. Biophysique

M. IRIART X. Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F. Stomato et Maxillo Faciale

M. KIRZIN S Chirurgie générale

Mme LAPEYRE-MESTRE M. Pharmacologie

M. LAURENT C. Anatomie Pathologique Mme LE TINNIER A. Médecine du Travail

M. LOPEZ R. Anatomie
M. MONTOYA R. Physiologie
Mme MOREAU M. Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L. Biologie Cellulaire
M. PILLARD F. Physiologie

Mme PRERE M.F. Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B. Immunologie

Mme PUISSANT B. Immunologie
Mme RAGAB J. Biochimie

Mme RAYMOND S. Bactériologie Virologie Hygiène

Mme SABOURDY F. Biochimie

Mme SAUNE K. Bactériologie Virologie

M. SILVA SIFONTES S. Réanimation
M. SOLER V. Ophtalmologie
M. TAFANI J.A. Biophysique
M. TREINER E. Immunologie

Mme TREMOLLIERES F. Biologie du développement

M. TRICOIRE J.L. Anatomie et Chirurgie Orthopédique

M. VINCENT C. Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL F. Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C. Histologie - Embryologie

M. CAMBUS J.P. Hématologie

Mme CANTERO A. Biochimie

Mme CARFAGNA L. Pédiatrie

Mme CASSOL E. Biophysique

Mme CAUSSE E. Biochimie

M. CHASSAING N Génétique

Mme CLAVE D.Bactériologie VirologieM. CLAVEL C.Biologie CellulaireMme COLLIN L.Cytologie

M. CORRE J. Hématologie
M. DEDOUIT F. Médecine Légale
M. DELPLA P.A. Médecine Légale
M. DESPAS F. Pharmacologie
M. EDOUARD T Pédiatrie

Mme ESQUIROL Y. Médecine du travail
Mme ESCOURROU G. Anatomie Pathologique

Mme GALINIER A. Nutrition

Mme GARDETTE V. Epidémiologie

M. GASQ D. Physiologie

Mme GRARE M. Bactériologie Virologie Hygiène

Mme GUILBEAU-FRUGIER C. Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S. Nutrition
Mme INGUENEAU C. Biochimie
M. LAHARRAGUE P. Hématologie

M. LAIREZ O. 4 Biophysique et médecine nucléaire

M. LEANDRI R. Biologie du dével. et de la reproductionM. LEPAGE B. Biostatistique

M. LEPAGE B. Biostatistiqu

Mme MAUPAS F. Biochimie

M. MIEUSSET R. Biologie du dével. et de la reproduction

Mme PERIQUET B.NutritionMme NASR N.NeurologieMme PRADDAUDE F.Physiologie

M. RIMAILHO J. Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M. Anatomie - Chirurgie orthopédique

Mme SOMMET A. Pharmacologie
M. TKACZUK J. Immunologie
M. VALLET P. Physiologie
Mme VEZZOSI D. Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S. Médecine Générale

Mme ROUGE-BUGAT ME Médecine Générale

Mme ESCOURROU B. Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A. Dr BRILLAC Th. Dr ABITTEBOUL Y. Dr CHICOULAA B. Dr BISMUTH M Dr BOYER P. Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Stéphane Oustric, vous me faites l'honneur de présider ma thèse. Je vous suis reconnaissante de votre investissement dans la médecine générale. Vous avez su rendre notre formation enrichissante et dynamique. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Brigitte Escourrou, tu me fais l'immense honneur de siéger à mon jury de thèse. J'ai eu la chance de te rencontrer et d'avoir pu apprendre à tes cotés pendant ces quelques mois au Fossat. Tu m'as fait partager ta vision passionnée et si humaine de la médecine générale. Reçois mon immense respect et ma profonde admiration.

A Monsieur le Docteur Michel Bismuth, vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury, et de juger mon travail. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A Madame le Docteur Motoko Delahaye, vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse. Je vous remercie de votre présence aujourd'hui pour évaluer mon travail.

A Madame le Docteur Leila Latrous, tu m'as fais l'honneur d'accepter de diriger ma thèse. Je te remercie pour ta patience, ton accompagnement, et ta gentillesse. Reçois ma profonde gratitude pour m'avoir soutenue et m'avoir aidée à mener ce travail jusqu'au bout.

A tous mes maîtres de stage qui m'ont accompagné dans mes balbutiements de la médecine générale: **Philippe Poinot,** merci de m'avoir fait confiance pour « mes » premiers patients, **Stéphane Rudzinski** et l'équipe de Cahors, vous m'avez permis d'acquérir un brin de sens critique. **Leila**, merci pour ton dynamisme et ta bonne humeur. Merci à **Brigitte** et toute l'équipe du Fossat, **Julie, Alain, Bernard, Myriam et Juliette,** quel formidable semestre j'ai passé avec vous!

Au **Pr Durand et** au **Dr Ribes** du service de néphrologie à Rangueil, merci de nous avoir enseigné tant de choses en toute simplicité, je ne l'oublierais pas !

A toute l'équipe de PMI de Bouloc : **Gene** et ton énergie débordante, **Dominique** ta douceur bienveillante, **Danielle** ta gentillesse sans faille. Avec vous j'ai pu découvrir combien la pédiatrie est passionnante et enrichissante. Un grand merci pour votre accueil si chaleureux !

A tous les médecins généralistes et les pédiatres qui ont participé à cette étude, merci de m'avoir consacré un peu de votre temps. A tous les médecins que j'ai rencontrés au cours de mon enquête, merci de votre accueil, de votre écoute et de vos conseils. Ce travail a pu être réalisé grâce à vous !

A Mimi: j'ai tellement de chance de t'avoir rencontrée! Tant d'années, tant d'années oui on se connaît! A tous ces moments qu'on a partagés, à tous les kinders et donuts chocolat qu'on a mangés, à nos chorées improvisées dans ta chambre, désolé! A Alejandro et nos virées au waikiki, au Tchilili et nos soirées entre filles, à ta voix de Roger du matin. A nos covoiturages en musique, et a bien d'autres choses encore! Big up!! Ma Miss Independent, tu as toujours été là pour moi, du rire aux larmes, merci!!!

A Annie, tu es une femme d'exception dont j'admire la volonté et le courage! Merci de ta gentillesse, merci de m'avoir soutenue dans les derniers moments de cette thèse, merci, ô Larousse vivant, de tes lumières!

A Marje, merci pour ton amitié indéfectible, ton énergie débordante, ton humour effronté et ton franc parlé. A Titiline, au taenia des bancs de la fac, aux mojitos, et à une certaine chanson de David Guetta...

A Bourriquet, ta joie de vivre est si communicative! A notre amitié qui dure et qui résiste à la distance, nos fous rires au téléphone, nos rencontres de 10 minutes en gare, nos randos dans tes Pyrénées chéries. Je te souhaite de découvrir tous les plus beaux sommets du monde!

A Audrey, depuis le fameux hérisson dessiné sur la carte du lycée, à la Dune du Pyla aujourd'hui, merci pour toutes ces belles années d'amitié, si précieuse pour moi. A Martial et notre passion pour l'apéro et le XVIII, et à votre petit Jean plein d'énergie.

A Alice, Marie, Sam, et nos fameux road trips que j'attends avec tant d'impatience chaque année! A Paddy et à Sir Wallace, aux Red Hot et à Scorpions, à Michel et Jason, à toutes les marches qu'on a montés...surtout à notre belle amitié! Merci très spécial à Sam, ma statisticienne préférée, pour m'avoir aidé et supportée dans mes demandes et mes exigences, sans toi ce travail n'aurait pas été le même!

A tous ceux que j'ai rencontrés à la cité universitaire Ponsan Bellevue, the place to be ! Saïd, le chacal au grand cœur, toi seul peut être avec brio le maître du jeu au Loup. Jess, notre passion pour le Trône de fer n'a d'égale que notre amour pour le pétillant de Listel. Steffi, à la rosette de l'amitié, à Rinal et à Kenji qui font ton bonheur. Dini, poète et guitariste à tes heures, tu es surtout mon danseur préféré. Doris, reine du puyo-puyo, Duy, mon maître du ping-pong, et votre petit trésor Raphael. Ronan, et ta bonne humeur que tu sais partager comme personne, à Magalie et vos deux petites beautés Lenna et Maïlys. Charbel, la force tranquille. Christophe, à ta passion pour les lettres et pour les chevaliers du zodiaque. Arthur, à ton grain de folie. Mo, à tes chapeaux qui te font ressembler étrangement à Ne-Yo.

A Fabien, mon pâtissier préféré qui ignore encore son talent! A tes macarons, ton gâteau framboise-choco qui restera dans les annales, aux 13 parfums de glace (même pas peur !). A Radha et nos épisodes au puerto, bientôt nous ferons une saison entière ! A Clem, ton gâteau de l'amitié et tes de-pendaisons de crémaillère. A Alex et ton coté organisatrice sans failles.

A tous ceux que j'aurais forcément oubliés...

A ma famille

A mon papa, parce que c'est un peu, beaucoup grâce à toi que je suis là aujourd'hui. J'espère que là où tu es, tu es fier de moi. Kocham cię z całego serca i nie cię zapomniem.

A ma maman, tu as toujours été là pour me soutenir, me conseiller, me guider. Tu es une femme forte, une maman formidable et une grand-mère adorable avec son petit kisoa. Tu m'as aidée à devenir ce que je suis aujourd'hui, à force de courage et de persévérance. Merci maman! **A René**, je suis heureuse que tu fasses partie de notre famille, merci de ton soutien et de ta présence à toute épreuve.

A J.f, mon frère adoré, mon complice de toujours, mon pilier, ma bouée quand je coule...Tu sais me réconforter, m'encourager, me donner la force. Au baseball improvisé, à toutes nos parties de FF avec ou sans brownie, aux musiques intemporelles de FFVII, à Abe, à Ichigo, à Yaneka, à Hikaru, merci pour tous ces moments de bonheur! Tu es quelqu'un d'exceptionnel. J'ai de la chance de t'avoir petit frère. 한국에서 행복하세요.

A Mémé que j'aime tant, GrandMa du petit Leo. A toute la famille à Dago : tatie Mika, tonton Andry, tatie Lolo, tonton Simon, tatie Gaga, tonton Nina, tatie Liva, tonton Christian, à tous mes cousins Kiki, Doudou, Elodie, Harena, Rinah, Marinah, Joël, vivement les retrouvailles! Manoroka anareo rehetra mamy dia mamy ho tahian Andriamanitra sy ny razana misaotra @ny tson~drano é. Tiako @ny foko manotolo ianareo rehetra é!

A tonton Jony, tatie Rina, et votre petite famille, Soanomena, Miranto, et Nyantsa. A mes cousins que j'adore, Anaïs, Luan et Sagessi. Mamie, merci d'être avec nous aujourd'hui.

A Orlando, Oriane, Orlane et Sonia, merci pour tous ces moments qui m'ont fait sentir que je faisais aussi partie de votre famille. A Yolande, Claude, Elodie, Arthur, Franciane, et toute ma belle famille en Guyane...Merci de m'avoir accueillie à bras ouverts et de m'avoir fait découvrir votre beau pays, je me suis sentie comme chez moi. A Anthony, nos challenges culinaires et à ton fameux punch. A Coco, tu n'es pas seulement la marraine de Leo, tu es aussi une amie de cœur.

A mes amours

A Yann, merci à ton t-shirt de la citéU qui m'a accroché le regard. A ton coté geek qui te rend si drôle, à ton coté spontané qui te rend si original, à ton coté scénariste fou qui te rend si scandaleux, à ton coté amateur de sensations fortes qui te rend si beau gosse. Merci d'avoir été à mes cotés depuis le début, merci de m'avoir encouragée, motivée, supportée, aimée. Tu es un papa formidable. Je t'aime.

A Leo, mon loup, mon lion, mon filou. Tous les jours je m'émerveille de t'avoir à nos cotés. J'aime tes yeux rieurs et rusés, ton rire, surtout celui des chatouilles du soir, ces petits petits mots de tous les jours que tu dis avec ta petite voix, ton adorable façon de dire « non » à tout, tes câlins quand tu sautes dans mes bras. Mon amour pour toi est immense mon chéri.

SOMMAIRE

LIS	STE 1	DES	ABREVIATIONS	3
1.	INT	RO	DUCTION	4
1	.1.	Déf	înitions et épidémiologie	4
1	.2.	Ret	entissement et vécu de l'énurésie	6
1	.3.	Cor	nsultation médicale pour énurésie	7
2.	MA	TEI	RIEL ET METHODE	8
2	.1.	Typ	oe de l'étude	8
2	.2.	Pop	oulation	8
2	.3.	Que	estionnaire	8
2	.4.	Dér	roulement de l'enquête	9
2	.5.	Ana	alyse statistique	. 10
3.	RES	SUL	TATS	. 11
3	.1.	Car	actéristiques de l'échantillon	. 12
	3.1.	1.	Caractéristiques parentales	. 12
	3.1.	2.	Caractéristiques des enfants énurétiques	. 13
3	.2.	Cor	nsultation médicale	. 14
3	.3.	Rai	sons de consultation	. 15
	3.3.	1.	Retentissement de l'énurésie sur l'enfant	. 15
	3.3.	2.	Retentissement de l'énurésie sur le parent	. 16
	3.3.	3.	Retentissement de l'énurésie sur la vie familiale	. 17
	3.3.	4.	Crainte des parents	. 17
	3.3.	5.	Consultation à la demande d'un tiers	. 17
3	.4.	Fre	ins à la consultation	. 17
3	.5.	Cor	mparaison entre consultants et non consultants	. 18
	3.5.	1.	Selon les caractéristiques parentales	. 18
	3.5.	2.	Selon les caractéristiques des enfants énurétiques	. 18

	3.5.	3.	Dans le sous groupe d'enfants énurétiques au moment de l'étude	19
4.	DIS	SCU	SSION	21
	4.1.	Cri	tique de la méthode	21
	4.1.	1.	Les points forts	21
	4.1.	2.	Les limites et les biais	21
	4.2.	Dis	cussion des résultats	22
	4.2.	1.	Cohorte	22
	4.2.	2.	Raisons de consultation	23
	4.2.	.3.	Facteurs de décision à la consultation	25
	4.3.	Per	spectives	27
5.	CO	NCI	LUSION	28
6.	BII	BLIC	OGRAPHIE	29
7.	AN	NEX	XES	32
	7.1.	AN	NEXE 1 : Exemple de calendrier mictionnel	32
	7.2.	AN	NEXE 2 : Lettre d'information aux parents	33
	7.3.	AN	NEXE 3 : Questionnaire	34
	7.4.	AN	NEXE 4 : Liste des catégories socioprofessionnelles agrégées	36

LISTE DES ABREVIATIONS

ICCS: International Children's Continence Society

EnPI: Enurésie nocturne primaire isolée

TDAH: Trouble Déficit d'Attention avec Hyperactivité

PCS: Profession et Catégorie Socioprofessionnelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economique

URPS : Union Régionale des Professionnels de santé

1. INTRODUCTION

1.1. Définitions et épidémiologie

La définition de l'énurésie est stricte depuis la standardisation de la terminologie du bas appareil urinaire chez l'enfant et l'adolescent, proposée par l'International Children's Continence Society (ICCS) (1) et adoptée par l'Association française d'Urologie (2).

C'est une incontinence intermittente d'urine pendant le sommeil chez un enfant âgé d'au moins 5 ans. L'énurésie est primaire si l'enfant n'a jamais eu de période de continence pendant au moins 6 mois. Elle est secondaire si l'incontinence apparaît après 6 mois de contrôle mictionnel. L'énurésie est dite mono symptomatique ou isolée si l'enfant n'a aucun symptôme relevant du bas appareil urinaire, en particulier diurne. (Incontinence diurne, plus de 7 ou moins de 3 mictions par jour, urgences mictionnelles, difficultés à l'initiation ou lors de la miction, faiblesse du jet, nécessité de manœuvres de pression abdominale pour faciliter le jet, douleurs mictionnelles, gouttes retardataires.)

Aubert et al ont proposé des seuils d'intensité en se basant sur plusieurs études qui avaient utilisé la fréquence des épisodes d'énurésie comme un marqueur de sévérité (3) : intensité modérée (moins d'un épisode par semaine), moyenne (un à deux épisodes par semaine), sévère (plus de 3 épisodes par semaine).

L'énurésie est une affection fréquente chez l'enfant avec une prévalence en France de 9,2% dans la tranche d'âge de 5 à 10 ans, et de 11,2% entre 5 et 7 ans (4). Les études épidémiologiques internationales ont retrouvé une prévalence similaire dans différents pays, entre 6 à 10% à l'âge de 7 ans (5) (6). La plupart des études de prévalence a été menées avant la standardisation de la terminologie. La prévalence réelle de l'énurésie nocturne primaire isolée (EnPI) reste peu connue. Une enquête observationnelle réalisée en France en 2007 a retrouvé une prévalence de 4,6% chez les 6-10 ans avec 67% d'énurésie primaire dont 46% d'énurésie sévère (7).

L'étiologie de l'énurésie est multi factorielle : il existe un déterminisme génétique et une intrication de plusieurs mécanismes physiopathologiques. Des antécédents familiaux existent dans 30 à 60% des cas. Il y a une association significative entre énurésie de l'enfant et énurésie parentale (8). Trois mécanismes physiopathologiques ont été identifiés : une polyurie nocturne, une faible capacité vésicale et un seuil d'éveil trop bas (l'enfant n'arrive pas à se réveiller la nuit lors d'un stimulus de vessie pleine). La polyurie

nocturne est liée en grande partie à une sécrétion inadéquate de l'hormone antidiurétique, mais ce n'est pas le seul facteur impliqué. Il y a alors une augmentation de la production d'urines la nuit qui dépasse la capacité normale de la vessie. Une faible capacité vésicale correspond à une réduction de la capacité vésicale de 70% par rapport à la capacité vésicale théorique attendue pour l'âge. On peut avoir une forme polyurique prédominante avec une capacité vésicale normale, ou une forme à faible capacité vésicale sans polyurie. Les deux formes peuvent être associées. Le calendrier mictionnel aide à déterminer la cause prédominante de l'énurésie.

Le diagnostic est clinique. Il s'appuie sur un interrogatoire minutieux et un examen clinique général, abdominal, urogénital, et neurologique. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire, seule une bandelette urinaire est indiquée. Le but est d'éliminer les formes secondaires ou non-mono symptomatiques et de rechercher des co-morbidités fréquemment associées à l'énurésie, qui sont des facteurs de résistance au traitement (le TDAH : Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, la constipation, le syndrome d'apnée du sommeil (5) (9)).

La tenue d'un calendrier mictionnel sur 48 heures est un complément essentiel à l'évaluation clinique (9) – Annexe 1 (exemple de calendrier mictionnel).

- Il précise les habitudes mictionnelles de l'enfant et la quantité des boissons ingérées.
- Il aide à détecter les formes non mono symptomatiques par l'évaluation de la quantité des mictions et des troubles diurnes associés.
- Il aide à déterminer la cause dominante en donnant des informations sur la capacité vésicale et l'existence d'une polyurie nocturne (mesure des volumes de mictions le jour et la nuit).
- Il permet d'évaluer l'implication des parents et des enfants dans la prise en charge,
 leur motivation et l'adhésion aux conseils thérapeutiques.

Neveus et al ont élaboré des recommandations concernant les éléments à rechercher à l'interrogatoire et à l'examen clinique (9). Vande Walle et al ont proposé des outils d'évaluation initiale et des algorithmes décisionnels pour l'utilisation en pratique courante (10).

Le traitement initial repose sur une éducation thérapeutique avec information et mesures hygiéno-diététiques. La tenue d'un calendrier nuits sèches/nuits mouillées juge l'efficacité thérapeutique (opinion d'experts, grade de recommandation niveau B). Ceci permet de guérir 20% des enfants énurétiques (3).

Le traitement spécifique est proposé après échec des mesures hygiéno-diététiques, aux enfants motivés de plus de 6 ans. Il inclut en première intention soit la desmopressine (MINIRIN[©]) soit le système d'alarme (grade des recommandations niveau A) (3).

L'information sur le caractère fréquent de l'énurésie et l'explication de sa physiopathologie permettent de rassurer et déculpabiliser l'enfant. Comprendre la physiopathologie a aussi une implication thérapeutique. La cause dominante de l'énurésie va guider le choix du traitement. La forme polyurique est plus sensible à la réduction des apports hydriques et à la desmopressine. La forme à faible capacité vésicale est généralement réfractaire à la desmopressine et sensible à l'alarme. Le traitement spécifique sera choisi en fonction de la cause dominante et selon les préférences et la motivation de l'enfant et de sa famille.

1.2. Retentissement et vécu de l'énurésie

L'énurésie a tendance à guérir spontanément avec un taux de résolution de 15% par an, mais dans 3% des cas elle persiste après l'âge de 20 ans (11). Yeung et al ont montré une prévalence de 2,2% à l'âge de 19 ans (6). Malgré l'évolution favorable il a été montré que l'énurésie devenait plus sévère avec l'âge (6). Hjalmas et al ont cité une étude de 1997 dans laquelle l'énurésie chez l'adulte était associée à des problèmes psychosociaux affectant les relations personnelles et les carrières professionnelles (5).

L'énurésie a des conséquences psychologiques et sociales pour l'enfant. Elle entraîne un sentiment de culpabilité, de honte et d'isolement (12). Le sentiment d'isolement peut aussi être familial avec une intolérance parentale ou de la fratrie (13) (14). Dans une étude menée par Van Tijen et al, l'énurésie était pour les enfants le troisième évènement le plus stressant après le divorce des parents et les disputes parentales (15). La littérature a retrouvé des résultats contradictoires concernant le retentissement de l'énurésie sur l'estime de soi et le comportement, mais la plupart des études a montré une amélioration avec le traitement (12) (16) (17) (18).

Les perturbations sociales et psychologiques justifient une prise en charge médicale et ne laissent aucune place à une attitude attentiste (Grade A des recommandations) (3).

Les parents tiennent une place primordiale dans cette prise en charge : les médecins ne dépistent pas l'énurésie, peu d'entre eux en parlent spontanément (19) (20), ce sont les parents qui consultent. Les parents se sentent majoritairement concernés par l'énurésie (7) (21). Pour 67% d'entre eux l'énurésie est un problème et 52% pensent qu'une attente spontanée n'est pas satisfaisante (21). Les études qui se sont intéressées à leurs perceptions et à leur vécu vis-à-vis de l'énurésie, soulignent un manque de connaissances et une déception à l'égard de l'attitude du corps médical (22) (23) (24).

1.3. Consultation médicale pour énurésie

D'après les enquêtes d'opinion réalisées en France, les parents consultent de plus en plus pour énurésie. On est passé d'un taux de consultation de 60% en 1997 à 85% en 2010 (4) (20). Il y a un réel besoin d'aide exprimé de la part des parents vis-à-vis des médecins.

Il est intéressant de s'interroger sur ce qui les motive à venir consulter : ont-ils besoin d'informations? Ont-ils des difficultés à gérer le problème seuls? Sont-ils inquiets ? A quel moment l'énurésie devient problématique au point de motiver une consultation médicale et pour quelles raisons? Ces circonstances sont importantes à identifier pour le médecin. Comprendre les inquiétudes et les difficultés parentales peut permettre un meilleur accompagnement des parents et des enfants énurétiques. Comprendre leurs besoins peut permettre de donner des conseils adéquats et adaptés à la situation. Comprendre ce qui les freine à venir consulter peut aider à briser des tabous et corriger des idées fausses.

J'ai donc souhaité m'intéresser à la demande de consultation pour énurésie dans le cadre de mon travail de thèse. L'objectif principal était de comprendre ce qui poussait les parents d'enfants énurétiques à consulter pour la première fois un médecin. Les objectifs secondaires étaient de déterminer les freins potentiels à cette consultation et de rechercher les facteurs qui pouvaient influencer la décision de consultation.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive réalisée dans le département de Haute-Garonne, et étendue à la région de Midi-Pyrénées par voie informatisée, du 01 mars 2015 au 30 juin 2015.

2.2. Population

L'enquête s'adressait aux parents ayant des enfants qui faisaient pipi au lit ou qui avaient fait pipi au lit par le passé. Les enfants devaient avoir entre 5 et 15 ans et présenter une EnPI selon les critères de l'ICCS. Une lettre d'information précisant les critères d'inclusion était jointe à chaque questionnaire - Annexe 2. Les enfants ayant une énurésie secondaire ou non mono symptomatique étaient exclus de l'étude. Les parents étaient recrutés dans les cabinets des médecins généralistes et des pédiatres de ville.

2.3. Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré après une recherche documentaire dans les bases de données PubMed, EM Premium, CISMeF, Cochrane Database of Systematic Reviews. Mes recherches ont porté sur la prise en charge de l'énurésie, le retentissement sur l'enfant, le vécu et les représentations parentales. J'ai également consulté des thèses de médecine sur l'énurésie primaire de l'enfant.

Le questionnaire était composé de trois parties - Annexe 3 :

- la première partie identifiait les caractéristiques épidémiologiques du parent et de ou des enfant(s) concerné(s) par l'énurésie. Le parent devait préciser si l'énurésie était actuelle ou s'il s'agissait d'un fait passé.
- La deuxième partie précisait les modalités de consultation : professionnel(s) de santé consulté(s), facilité de consultation, et motif de la consultation.
- La troisième partie s'intéressait aux raisons de la consultation et de la nonconsultation. Les propositions de réponses étaient basées sur les résultats des études quantitatives et qualitatives sur l'énurésie recensées dans la littérature.

Le questionnaire contenait 11 questions à choix multiples pour favoriser le recueil des données. Les questions étaient rédigées de manière à obtenir des réponses fermées. Les parents pouvaient rajouter des commentaires libres dans la proposition « autre, précisez ».

Le questionnaire a été testé sur un échantillon d'une dizaine de personnes afin de vérifier sa lisibilité et sa compréhension. Il a été validé par la Commission des thèses de l'URPS (Union Régionale des Professionnels de santé) Médecins Midi-Pyrénées.

2.4. Déroulement de l'enquête

Les questionnaires ont été distribués par deux méthodes réalisées en parallèle afin d'augmenter la puissance de l'étude.

Première méthode : distribution des questionnaires dans les cabinets de médecins généralistes et de pédiatres, dans la ville de Toulouse, et dans le Nord de la Haute Garonne. Je contactais préalablement les médecins par téléphone pour les informer de l'enquête et avoir leur consentement. Le choix de la diffusion des questionnaires était laissé libre aux médecins :

- 1^{er} choix : le questionnaire était remis personnellement par le médecin ou par la secrétaire aux parents concernés. Une affiche dans la salle d'attente informait les parents de l'enquête. Les questionnaires étaient renvoyés via une enveloppe de retour pré timbrée à mon adresse.
- 2^e choix : les questionnaires étaient laissés dans la salle d'attente accompagnés d'une affiche d'information. Les parents pouvaient remplir le questionnaire et le déposer dans une boite de recueil prévue à cet effet.

Deuxième méthode : diffusion du questionnaire par voie informatisée pour étendre le recrutement aux médecins généralistes et aux pédiatres de la région Midi-Pyrénées. Avec l'aide de l'informaticien de l'URPS nous avons créé un site internet où le questionnaire était disponible en ligne : www.pipiaulit.info. Nous avons envoyé aux médecins un e-mail expliquant les objectifs de l'étude et la méthode utilisée. Si les médecins souhaitaient participer ils pouvaient afficher le nom du site internet dans leur salle d'attente (affiche en pièce jointe au mail). J'ai répondu personnellement par mail à chaque question et demande d'information de la part des médecins. Le site internet était actif à partir du 15 avril 2015. La période de recueil a eu lieu du 01 avril 2015 au 30 juin 2015, soit 3 mois de recueil. J'ai effectué deux relances par téléphone auprès des médecins déjà contactés : début mai et début juin 2015. Une relance par mail a été réalisée par l'URPS le 19 mai 2015.

2.5. Analyse statistique

Le recueil des données a été réalisé à l'aide du logiciel de calcul Excel. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata (StataCorp, 2011. Stata Statistical Software: Release 12. College Station, TX: StataCorp LP).

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyennes et d'écarts-types (si la distribution était normale) ou de médianes et d'intervalles interquartiles (bornes constituées par les 25e et 75e percentiles). Les tests du Chi2 ou de Fisher exact (si les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5) ont été utilisés afin de comparer des variables qualitatives. Les tests de Student ou de Mann-Whitney (si les conditions de normalité des distributions et d'égalité des variances n'étaient pas remplies) ont été utilisés afin de comparer les moyennes de variables quantitatives. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. Une analyse comparative a été réalisée entre les populations de consultants et de non consultants. La même analyse a été effectuée dans un sous groupe d'enfants énurétiques au moment de l'étude.

3. RESULTATS

Au total 117 questionnaires ont été collectés. Nous avons récupéré 95 questionnaires en version papier sur les 600 questionnaires distribués, soit un taux de réponse de 15,8%. Nous avons enregistré 22 questionnaires en ligne.

105 questionnaires ont été analysés, 12 d'entre eux ont été exclus (10 questionnaires imprimés, 2 questionnaires en ligne) :

- 7 questionnaires ne correspondaient pas à la définition de l'énurésie définie par l'ICCS : l'âge de l'enfant ou l'âge de fin d'énurésie était inférieur à 5 ans,
- 2 questionnaires citaient une énurésie non mono symptomatique en commentaire libre,
- 3 questionnaires était invalides : réponses données par un enfant, âge de fin d'énurésie supérieur à l'âge de l'enfant, pas d'enfant entre 5 et 15 ans faisant ou ayant fait pipi au lit.

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

3.1.1. Caractéristiques parentales

Les femmes étaient plus nombreuses à répondre au questionnaire : 93 femmes (88,6%) contre 12 hommes (11,4%). L'âge moyen des répondants était de 39,2 ans +/- 7,4. Les parents avaient deux à trois enfants énurétiques dans 13,3% des cas. Soixante quinze parents sur les 105 interrogés avaient un enfant énurétique au moment de l'enquête. Les antécédents maternels d'énurésie étaient présents dans 20,6% des cas, les antécédents paternels dans 24,2% des cas.

Toutes les catégories socioprofessionnelles étaient représentées (selon la nomenclature PCS 2003 de l'INSEE – Annexe 4) sauf les agriculteurs exploitants (Figure 1).

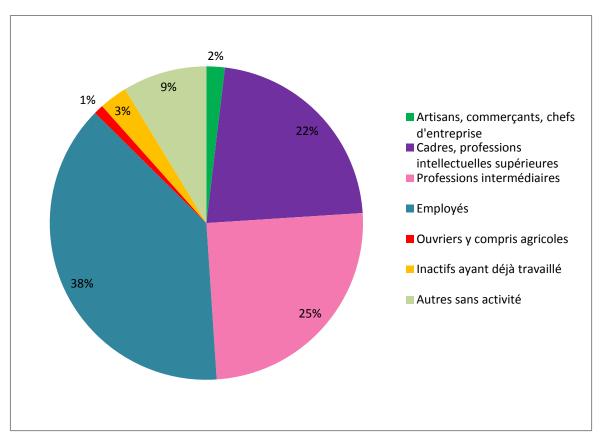


Figure 1. Catégories socioprofessionnelles des parents.

3.1.2. Caractéristiques des enfants énurétiques

Parmi les 134 enfants énurétiques cités, 12 ont été exclus car leur âge ou l'âge de fin d'énurésie était inférieur à 5 ans. 122 enfants ont été retenus. L'âge moyen était de 8 ans [6.5; 11]. L'âge où l'enfant avait atteint la propreté nocturne était en moyenne de 8 ans [7; 11]. L'énurésie était plus fréquente chez les garçons que les filles (79 garçons contre 42 filles, pas de précision de sexe pour 1 enfant). Le sexe ratio garçon/fille était de 1,9. En se basant sur les seuils de sévérité définis précédemment, 78 enfants (70,2%) souffraient d'une énurésie sévère, à savoir plus de trois nuits mouillées par semaine. 21 enfants (18,9%) avaient une énurésie d'intensité moyenne (1 à 2 fois par semaine), et 12 enfants (10,8%) une énurésie modérée (1 à 2 fois par mois). Chez 11 enfants la fréquence des épisodes d'énurésie n'était pas précisée. La figure 2 montre la répartition de la fréquence par tranche d'âge.

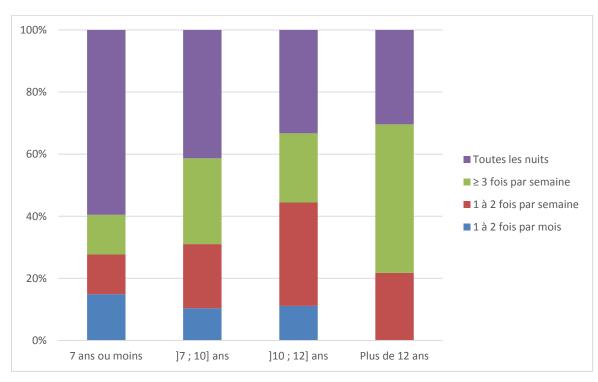


Figure 2. Fréquence des épisodes d'énurésie selon l'âge des enfants.

3.2. Consultation médicale

Parmi les 105 participants, 67 (63,8%) avaient consulté un médecin. Soixante six répondants avaient précisé le type de professionnel consulté. La figure 3 montre que le médecin généraliste était le professionnel de santé le plus souvent cité devant le pédiatre et l'urologue. Dans 72,7% des cas l'énurésie était le motif de consultation principal. A la question « La décision de consulter a-t-elle été facile ? » 92,6% des parents avaient répondu « oui tout à fait » et « plutôt oui », 4,5% des parents avaient répondu « plutôt non ». Trois pour cent des parents avaient déclaré n'avoir pas du tout été à l'aise dans l'idée de consulter un médecin.

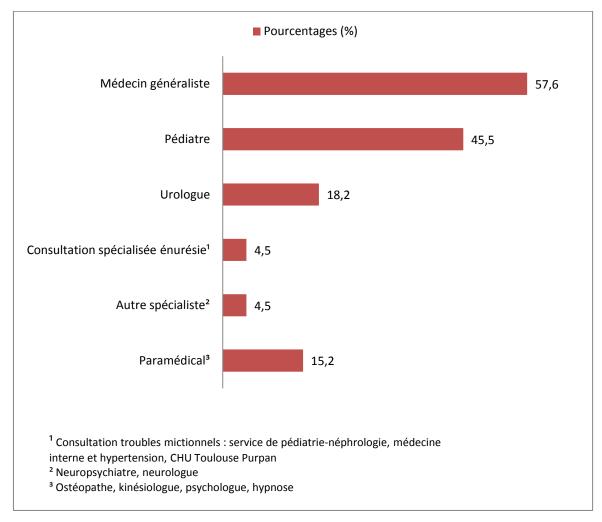


Figure 3. Professionnels de santé consultés.

3.3. Raisons de consultation

3.3.1. Retentissement de l'énurésie sur l'enfant

Pour 55 parents (82,1% des cas), c'était le retentissement de l'énurésie sur la vie de l'enfant qui avait motivé la première consultation médicale. Les perturbations de la vie sociale et les conséquences psychologiques étaient les plus fréquemment citées (*Tableau I*). Dans 13,5% des cas, les parents avaient coché la case « autre » :

- « fatigue de l'enfant »,
- « entrée dans l'adolescence »,
- « aspects pratiques ».

Tableau I. Domaines affectés par l'énurésie dans la vie de l'enfant.

Effectif (n)

Pourcentage (%)

	Effecti (ii)	1 our centage (70)
Sorties / nuitées hors du domicile	39	75,0
Trouble émotionnel ou de l'estime de soi	38	73,1
Relations avec les copains	18	34,6
Travail scolaire	2	3,8
Modification du comportement	2	3,8
Autre	7	13,5

3.3.2. Retentissement de l'énurésie sur le parent

Trente huit parents (56,7%) avaient parlé de l'énurésie à un médecin à cause du retentissement sur leur vie personnelle. Ils déclaraient principalement être fatigués (40,5%), l'anxiété et la frustration étaient citées en proportion équivalente (*Tableau II*).

La case « autre » avait été cochée dans 13,5% des cas avec des commentaires libres :

- « assez de changer les draps et de faire face au désarroi de mon enfant »,
- « inquiétude pour ma fille »,
- « surcroît de travail »,
- « la culpabilité de se dire qu'il y a peut être quelque chose qu'on ne fait pas bien si l'enfant n'est pas propre, que l'on ne sait pas répondre à une demande, un besoin »,
- « questionnement » était cité plusieurs fois par les parents.

Tableau II. Ressenti des parents face à l'énurésie.

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Fatigue	15	40,5
Anxiété	11	29,7
Frustration	10	27,0
Epuisement	2	5,4
Isolement	1	2,7
Dépression	0	0,0
Autre	5	13,5

3.3.3. Retentissement de l'énurésie sur la vie familiale

Le retentissement sur la vie familiale était le motif de première consultation chez 16 parents (23,9%). Parmi eux, la moitié déclarait des relations familiales perturbées, et 43,8% d'entre eux étaient gênés par le coût financier engendré. Il n'y a avait pas de retentissement dans le domaine de la vie conjugale.

Dans 12,5% des cas les parents avaient répondu « autre » en mentionnant de façon commune les conséquences sur les relations entre l'enfant énurétique et sa fratrie.

3.3.4. Crainte des parents

La peur des conséquences possibles de l'énurésie dans le futur poussait 23 parents à consulter (34,3% des cas). Pour 24 d'entre eux (35,8%) l'énurésie pouvait cacher une autre maladie.

3.3.5. Consultation à la demande d'un tiers

La consultation était motivée par une demande de l'enfant dans 16 questionnaires (23,9% des cas).

Dans 2 questionnaires (3% des cas) la demande venait d'un tiers familial ou d'un intervenant extérieur (« infirmière scolaire » citée).

3.4. Freins à la consultation

Trente huit parents (36,2%) n'avaient pas consulté d'intervenant médical. Les raisons de non consultation sont exposées dans le *tableau III*. Pour la majorité des parents (62,2%) l'attente d'une résolution spontanée était suffisante. 43,2% d'entre eux n'identifiaient pas l'énurésie comme un problème organique (« ce n'est pas un problème médical », problème psychologique). L'item « autres propositions » contenait des commentaires libres :

- « attend les 6 ans », « c'est normal pour son âge », « pas de consultation nécessaire avant 9 ans »,
- « je pense que ça doit venir de lui. Je pense que les adultes doivent juste l'accompagner »
- « un pb « sic » de sommeil profond », « sommeil trop profond », « visiblement elle a un soleil « sic » hyper profond 1 à 2 heures après l'endormissement. Je ne vois pas de solution médicale »,
- « peurs suite à cauchemars », « lié à des changements d'ordre familial/affectif »,
- « je pense que c'est physiologique et héréditaire ».

Tableau III. Raisons de non-consultation.

	Effectif	Pourcentage
	(n)	(%)
Ca passera tout seul	23	62,2
Je pense que c'est un problème psychologique	9	24,3
Ce n'est pas un problème médical	7	18,9
Mon enfant ne souhaite pas que j'en parle	5	13,5
Je ne sais pas s'il y a des traitements efficaces	3	8,1
J'ai peur que mon médecin ne s'intéresse pas assez au problème	3	8,1
Ca ne me dérange pas que mon enfant ne soit pas propre	3	8,1
C'est au médecin d'aborder la question en premier	0	0,0
Je n'ose pas en parler à mon médecin traitant	0	0,0
Autres propositions	5	13,5

3.5. Comparaison entre consultants et non consultants

3.5.1. Selon les caractéristiques parentales

Les parents qui consultaient étaient significativement plus âgés que ceux qui ne consultaient pas $(40.7 \pm 7.4 \text{ contre } 36.6 \pm 6.5, \text{ p=0.005})$, $(Tableau\ IV)$. Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes selon le sexe, la profession, le nombre d'enfants énurétiques et les antécédents familiaux.

3.5.2. Selon les caractéristiques des enfants énurétiques

Les parents qui consultaient avaient des enfants énurétiques plus âgés, ceci de façon significative, p<0,001, (*Tableau IV*). L'âge de fin d'énurésie n'était pas différent entre les deux groupes. Les parents d'enfants avec une énurésie sévère consultaient davantage (77% des consultants versus 61,1% des non consultants, p= 0,029). L'énurésie modérée était plus fréquente dans la population des non consultants.

3.5.3. Dans le sous groupe d'enfants énurétiques au moment de l'étude

Sur les 75 parents qui avaient un enfant énurétique au moment de l'enquête, 45 parents (60%) avaient consulté un médecin, 30 parents (40%) n'avaient pas consulté. Il n'y avait pas de différence concernant les modalités de consultation, les raisons de consultation, et les freins à la consultation, par rapport à la population totale des répondants.

Les parents qui avaient consulté étaient plus âgés que ceux qui n'avaient pas consulté (38,4 ans +/- 5,3 versus 35,4 ans +/-5,2, p=0,016). Les consultants avaient un niveau socioprofessionnel plus élevé par rapport aux non consultants (36,3% des consultants étaient artisans, chefs d'entreprises, cadres, ou exerçaient une profession intellectuelle, contre 6,7% des non consultants, p=0,021. Dans 66,7% des cas, les non consultants étaient employés, inactifs ou sans activité professionnelle). Il n'y avait pas de différence selon le sexe, le nombre d'enfants énurétiques et les antécédents familiaux d'énurésie.

L'enfant énurétique était plus âgé dans la population des consultants : 8 ans [7 ; 10] contre 6 ans [5,5 ; 8] chez les non consultants, p=0,006. Il n'y avait pas de différence selon l'âge d'acquisition de la propreté, ni selon la sévérité de l'énurésie.

Tableau IV. Comparaison des caractéristiques parmi les 105 répondants.

	Non consultants (n=38)	Consultants (n=67)	p
Sexe du parent			
Femmes	35 (92,1)	58 (86,6)	0,302
Hommes	3 (7,9)	9 (13,4)	
Age du parent *	$36,6\pm6,5$	$40,7\pm7,4$	0,005
Profession du parent †			
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	0 (0,0)	2 (3,0)	0,083
Cadres, professions intellectuelles supérieures	5 (13,2)	18 (27,3)	
Professions intermédiaires	8 (21,1)	18 (27,3)	
Employés	21 (55,3)	19 (28,8)	
Ouvriers	0 (0,0)	1 (1,5)	
Inactifs	2 (5,3)	1 (1,5)	
Autres	2 (5,3)	7 (10,6)	
Nombre d'enfants énurétiques			
1	35 (92,1)	56 (83,6)	0,306
2	2 (5,3)	10 (14,9)	
3	1 (2,6)	1 (1,5)	
Age de l'enfant énurétique ‡	7 [6; 9]	9 [7; 14]	<0,001
Age de fin d'énurésie §	8 [7;8]	8 [7; 12]	0,532
Fréquence de l'énurésie			
1 à 2 épisodes/mois	8 (22,2)	2 (3,1)	0,029
1 à 2 épisodes/semaine	6 (16,7)	13 (20,0)	,
Plus de 3 fois par semaine	7 (19,4)	17 (26,2)	
Toutes les nuits	15 (41,7)	33 (50,8)	
Antécédent maternel d'énurésie ¶			
Non	29 (78,4)	48 (73,8)	0,925
Oui	7 (18,9)	14 (21,5)	-)
Antécédent paternel d'énurésie **	(- 5-)	\ j- /	
Non	19 (54,3)	40 (62,5)	0,406
Oui	8 (22,9)	16 (25,0)	0,100
₩	· (-2,)	10 (20,0)	

Les données présentées sont : des effectifs (pourcentages), des moyennes ± écart type, et des médianes [intervalles interquartiles].

¹ DM (donnée manquante)

¹ DM

⁴ DM

⁴ DM, fréquence la plus élevée choisie si plusieurs enfants énurétiques dans un même questionnaire

[¶] ** 7 DM

²² DM

4. DISCUSSION

4.1. Critique de la méthode

4.1.1. Les points forts

La définition de l'EnPI utilisée pour sélectionner notre population d'étude était conforme à la terminologie standardisée proposée par l'ICCS. Ceci a permis de ne pas faire l'amalgame avec une énurésie secondaire ou une énurésie non mono symptomatique, ce qui aurait gêné l'interprétation des résultats.

Notre méthode de recherche était originale : nous avons créé un questionnaire en ligne sur un site internet ayant son propre nom de domaine, et qui était suffisamment explicite sur le sujet (www.pipiaulit.info). Ce moyen de communication est habituellement utilisé pour interroger des médecins sur une question de recherche. Ce procédé a été utilisé pour la première fois pour questionner des parents. On s'est appuyé sur un outil de communication moderne, facilement accessible et peu coûteux. Ce type de méthode peut être à promouvoir pour d'autres études concernant des parents.

Le taux de réponses obtenues est très acceptable (15,8%). Il prouve que le sujet de recherche a intéressé les parents, d'autant plus que le recrutement était difficile. La population de parents interrogés était très ciblée et l'énurésie peu évoquée par les médecins en pratique quotidienne.

4.1.2. Les limites et les biais

- Biais de sélection : la lettre d'information qui expliquait les critères d'exclusion pouvait être mal lue ou mal interprétée par les parents. Des réponses concernant une énurésie secondaire ou non mono symptomatique pouvaient être prises en compte. Nous avons limité ce biais par l'exclusion de ces cas a postériori au vu des commentaires libres.
- Biais d'interprétation : les réponses données par les parents ont parfois concerné des domaines de la vie de l'enfant. Le retentissement de l'énurésie sur l'enfant pouvait être mal interprété par les parents. Les résultats ont pu être sur ou sous estimés. Il nous a paru difficile d'élaborer un questionnaire identique destiné en parallèle à l'enfant.

- Biais de mémorisation : il pouvait être difficile pour les parents de se remémorer certains aspects lorsque l'énurésie était un fait passé. Nous avons limité ce biais par une analyse dans un sous groupe d'enfants énurétiques au moment de l'étude. Nous n'avons pas trouvé de différence significative concernant l'objectif principal de recherche lors de cette analyse.
- C'est une étude descriptive observationnelle, de faible niveau de preuve, grade IV des recommandations.

4.2. Discussion des résultats

4.2.1. Cohorte

Dans notre enquête les mères avaient répondu majoritairement au questionnaire (88,6%). Notre population parentale est semblable à celle des autres études sur l'énurésie de l'enfant. Ce sont les mères qui répondent aux questionnaires (21), et ce sont elles qui sont interrogées dans les enquêtes (4) (20). L'énurésie relève du domaine maternel. Ce sont les mères qui s'occupent généralement de la gestion matérielle (blanchisserie, nettoyage), du relationnel affectif avec l'enfant, de sa santé. Dans la thèse du Dr Tricaud, l'énurésie était un problème de l'enfant avec sa mère, les pères étaient pour la plupart peu investis, plus sévères et moins tolérants (25).

La répartition des catégories socioprofessionnelles des parents diffère des chiffres du recensement de 2012 par l'INSEE en Midi-Pyrénées (26). Les cadres et les employés sont sur représentés. Il n'y a pas d'agriculteurs exploitants et très peu d'ouvriers par rapport aux chiffres de l'INSEE. Ceci ne nous permet pas de généraliser nos résultats.

Notre échantillon d'enfants énurétiques est cependant similaire à celui des autres études par certains aspects. On constate une prédominance masculine et une énurésie majoritairement sévère (3) (7) (21) (27).

4.2.2. Raisons de consultation

Les parents consultaient principalement à cause du retentissement de l'énurésie sur la vie de leur enfant (82,1% des parents). Ces résultats sont comparables à ceux obtenus dans les enquêtes françaises en 2003 et 2007 qui ont utilisés des questionnaires destinés aux enfants. En 2003, 79% des enfants se sentaient gênés par l'énurésie dans leurs activités quotidiennes, ils étaient 86% en 2007 (7) (21). On remarque un faible degré de discordance entre les réponses données par les parents et le ressenti exprimé par les enfants.

Les parents étaient surtout concernés par l'impact social et le retentissement émotionnel chez l'enfant, ce qui avait déjà été remarqué dans la littérature (5) (13) (22) (28) (29). Dans notre étude, l'énurésie avait des conséquences sur les sorties et les nuitées hors du domicile dans 75% des cas. Les enquêtes menées en France retrouvent les répercussions négatives de l'énurésie sur la vie sociale de l'enfant. La majorité des enfants énurétiques n'ont jamais dormi ailleurs que chez eux (7) (20) (21). Les parents ont conscience de la limitation des activités sociales de leurs enfants. Dans une étude suédoise ils décrivent l'énurésie comme un « handicap social » (28). Cependant, seuls 34,6% des parents dans notre étude ont remarqué une gêne dans les relations de l'enfant avec ses copains. Or, d'après une revue de la littérature menée par Butler, les relations sociales sont une préoccupation majeure pour les enfants et les adolescents énurétiques (12). Ceci peut s'expliquer par la honte et la peur de l'enfant, qui cache son affection à ses camarades. Les parents peuvent aussi méconnaître les problèmes relationnels de leur enfant. D'où l'importance de recueillir l'opinion et le ressenti de l'enfant afin de ne pas avoir un regard biaisé de l'adulte.

L'impact psychologique délétère de l'énurésie est admis dans la littérature. Une association entre énurésie et baisse de l'estime de soi a été retrouvée dans certaines études (17) (18) sans pouvoir conclure à un lien de causalité (12) (16). Dans notre étude on ne peut que suggérer cette association. 73,1% des parents déclaraient que l'énurésie affectait l'estime de soi de l'enfant et entraînait des troubles émotionnels. Nous avions utilisé l'expression « trouble émotionnel » car dans la littérature l'énurésie est souvent associée à des sentiments négatifs chez l'enfant et peut entraîner de ce fait une baisse de l'estime de soi (7) (12) (13).

Nous avions trouvé un faible retentissement sur le comportement (3,8%) et sur le travail scolaire (3,8%), comparativement aux enquêtes réalisées en France en 1999, 2003 et 2007 (7) (21) (27). La différence de résultats peut s'expliquer par une différence de terminologie. Les enquêtes employaient les mots « angoisse », « pleurs », « anxiété », « culpabilité », « plus tristes » pour décrire un trouble du comportement. Dans notre étude les parents concernés par ces descriptifs pouvaient cocher « trouble émotionnel et estime

de soi « plutôt que « modification du comportement ». Pour parler du retentissement scolaire les enquêtes utilisaient « troubles de l'attention » ou « difficultés dans l'apprentissage ». Les parents pouvaient interpréter « travail scolaire » de façon différente. Les troubles du comportement peuvent avoir une connotation négative pour les parents. Dans la littérature ils ont surtout été déclarés par des instituteurs ou des médecins (27). Ils étaient associés plus souvent à une énurésie secondaire ou non mono symptomatique (16). Ce n'était pas le cas dans notre étude.

L'enfant est demandeur de prise en charge par le médecin, il n'est pas seulement passif. La consultation était initiée par 1'enfant dans 23,9% des cas dans notre étude. On retrouve cette demande de façon constante dans les enquêtes menées en France de 1997 à 2010. 85% des enfants estimaient utile de parler de l'énurésie à leur médecin traitant (4), 54% des enfants abordaient facilement le problème d'énurésie avec un médecin (27). La demande de suivi médical émanait des enfants dans 54% des cas après une première consultation (20). Le médecin est un interlocuteur privilégié pour l'enfant et pour l'adolescent. Il représente un tiers de confiance auprès de qui ils peuvent chercher aide et soutien. Dans l'enquête de 2003 le médecin avait un rôle de confident pour les enfants, ils se confiaient à lui après leur mère (21). Trop souvent la consultation pédiatrique intéresse peu l'enfant, le dialogue étant mené entre le médecin et le parent. L'enfant a peu d'initiatives pendant la consultation. Le diagnostic et le traitement sont surtout expliqués aux parents (30). Or il a été montré que les enfants à partir de 5 ans étaient tout à fait aptes à comprendre les enjeux de traitements médicaux. Leur participation active avait des résultats bénéfiques sur le traitement (31). La consultation pour énurésie doit permettre à l'enfant d'avoir plus d'initiatives de s'exprimer davantage.

Les problématiques parentales et familiales engendrées par l'énurésie sont à prendre en compte pour éviter des situations d'intolérance. L'investissement parental est souvent important et peut engendrer de la fatigue, de la culpabilité et de la frustration (28). Dans notre étude, 56,7% des parents consultaient un médecin car l'énurésie les gênait personnellement. Ils étaient principalement fatigués (40,5%), très peu étaient épuisés (5,4%), aucune dépression n'avait été déclarée. Les parents sont demandeurs d'aide avant d'avoir totalement épuisé leurs ressources physiques et morales. C'est à ce moment là que le médecin a un rôle de prévention. Dans la thèse du Dr Vermeire, la consultation se faisait dans 44% des cas à la demande des parents à cause d'un épuisement parental (19). Les médecins généralistes interrogés avaient déjà identifié cette problématique. Dans notre étude nous avions distingué le terme « fatigué » du terme « épuisé » pour nuancer la

sévérité. L'anxiété et la frustration étaient citées en proportion équivalente (respectivement 29,7% et 27%). Dans les études sur la qualité de vie des mères d'enfants énurétiques, on retrouve ce sentiment d'anxiété (32) (33). La frustration peut être liée à un sentiment d'impuissance face à un problème sans solution apparente, à un sentiment de culpabilité, à une perte de contrôle.

Dans 23,9% des cas, le cercle familial proche était affecté. L'énurésie est un problème qui reste au sein de la famille : les parents n'en parlent pas ou peu à un tiers extérieur à la famille. Dans l'enquête française de 2010, seulement 13,7% des mères jugeaient utile d'informer les tiers s'occupant de l'enfant énurétique (20). Dans une enquête américaine, 64% des parents étaient gênés avec des tiers qui connaissaient l'énurésie de leur enfant (22). Dans notre étude la demande de consultation venait très peu d'un intervenant extérieur (3%). Ce cloisonnement peut être à l'origine de conflits et altérer les relations familiales, notamment avec la fratrie. Seules les relations conjugales n'étaient pas affectées dans notre étude. Ces problématiques sont importantes à identifier par le médecin. Les situations d'intolérance à l'égard de l'enfant énurétique peuvent compromettre sa prise en charge (34).

4.2.3. Facteurs de décision à la consultation

Plus de la moitié des parents avaient besoin de l'aide d'un professionnel de santé : 63,8% des parents avaient déjà parlé de l'énurésie à un médecin. Dans les études américaines la consultation était moins fréquente : 49% des parents consultaient en 1981 (24), 56% en 2003 (22), 55% en 2010 (23). Dans les deux dernières études, les parents interrogés n'avaient pas tous un enfant énurétique. Ils pouvaient se sentir moins concernés par l'énurésie. Dans les enquêtes françaises les parents consultaient davantage : 82% avaient évoqué le sujet avec un médecin en 2007, près de la moitié avant 5 ans (7). En 2010, 85% des mères avaient parlé au médecin traitant, dans deux-tiers des cas avant 6 ans (20). Notre enquête concernait les enfants de plus de 5 ans, les consultations antérieures à cet âge n'étaient donc pas prises en compte. Le médecin généraliste était le professionnel de santé le plus sollicité par les parents. (7) (20) (25), ce que l'on retrouvait dans notre étude.

Les parents étaient majoritairement à l'aise à l'idée de parler de l'énurésie à un médecin (92,6%). Aucun parent n'avait coché la proposition « je n'ose pas en parler à mon médecin traitant ». Ce dernier était concerné par le problème d'énurésie. Seuls 8,1% des parents déclaraient que le médecin ne s'intéressait pas assez au problème et peu d'entre eux se sentaient isolés face à la situation (2,7% des cas). Ces résultats diffèrent de la littérature. Dans une étude suédoise les parents se sentaient isolés et pas pris au sérieux par le corps

médical (28). Dans la thèse du Dr Tricaud, les parents manquaient d'information et d'écoute de la part du médecin (25).

Il persiste encore des lacunes dans l'information des parents. Pour 24,3% des non consultants, l'énurésie s'expliquait par un problème psychologique sous-jacent. Dans la littérature un problème psychologique ou comportemental de l'enfant était en cause pour 20 à 26% des parents (7) (22) (23) (24). Pour 18,9% des non consultants l'énurésie n'était pas un problème médical. Les parents n'identifiaient pas l'énurésie comme un problème organique, seulement 35,8% avaient peur d'une maladie sous-jacente. A plusieurs reprises un sommeil profond était évoqué comme cause de l'énurésie, sans solution thérapeutique médicale. Ceci peut-il expliquer une demande croissante auprès des professionnels paramédicaux, consultés dans 15.2% des cas? Pour les parents l'énurésie n'est pas une pathologie mais une étape dans le développement de l'enfant. D'où une forte proportion de réponses « ça passera tout seul » (62,2%). Les parents espèrent une évolution naturelle spontanée et pensent que l'énurésie va cesser avec l'âge. Cette tendance se retrouve dans les enquêtes françaises. En 2007, 59% des parents confrontés à l'énurésie étaient persuadés que le problème allait passer tout seul (7). En 2010, deux tiers des mères qui ne parlaient pas de l'énurésie à leur médecin pensaient que « cela va passer avec le temps » (20). Cette représentation n'est pas fausse. L'énurésie finit par guérir spontanément mais ce n'est pas le cas pour tous les enfants. La souffrance psychologique et sociale qui en découle peut être importante.

La décision de consultation était influencée par l'âge des parents et l'âge de l'enfant énurétique. Ces deux facteurs ont été associés à une consultation plus fréquente, association retrouvée dans l'analyse dans le sous groupe d'enfants énurétiques au moment de l'étude. Les parents plus âgés peuvent être mieux informés sur l'énurésie et consultent rapidement sans trop attendre. On retrouve dans la littérature que l'âge de l'enfant est corrélé à la demande de consultation (7) (24). Il aurait été intéressant de demander l'âge de l'enfant au moment de la consultation médicale.

En s'interrogeant sur le statut parental, les antécédents familiaux et le nombre d'enfants énurétiques n'influençaient pas la consultation. Ces facteurs peuvent être des freins à la consultation. Les parents peuvent être moins inquiets et moins demandeurs en raison d'une expérience passée. Il est possible que notre étude ait manqué de puissance pour le démontrer.

4.3. Perspectives

L'enfant doit avoir une place privilégiée en tant qu'acteur de soins dans la prise en charge de l'énurésie. Il est directement concerné et exprime une demande de soin. Paradoxalement, dans notre étude, le refus de l'enfant d'en parler était un frein à la consultation dans 13,5% des cas. Y-a-t-il encore des tabous¹ ou des non-dits autour de l'énurésie? Comment le médecin peut-il amorcer le dialogue pour permettre à l'enfant de s'exprimer? Pour les parents de notre étude, l'initiative ne devait pas venir du médecin. Mais un questionnement régulier pourrait inciter les enfants à en parler d'avantage. En parler de façon systématique pourrait réduire leurs appréhensions et dédramatiser la situation. Un dépistage de l'énurésie pourrait être intéressant lors des consultations de prévention comme les vaccinations ou à l'occasion de certificats médicaux. Ce sont des motifs de consultation fréquents chez l'enfant et l'adolescent avec la pathologie infectieuse aigüe (35) (36). Dans la thèse du Dr Vermeire, les médecins jugeaient utiles ce dépistage bien qu'ils dépistaient peu en pratique (19).

Il est primordial d'améliorer l'information auprès des parents et des enfants énurétiques. Les parents sont demandeurs d'informations (23) (25) (28). En 2003 les parents déclaraient que l'information reçue modifiait leur jugement de l'énurésie et avait des effets positifs sur leur enfant (21). Des idées reçues d'ordre psychologique ou comportemental persistent encore. Les parents doivent savoir qu'attendre n'est pas une solution acceptable. Le médecin doit être conscient des enjeux psychologiques et sociaux concernant l'enfant et sa famille pour délivrer une information adaptée. Communiquer davantage sur l'énurésie pourrait permettre de mieux sensibiliser les parents et les enfants à ce sujet.

_

¹ Dont on ne doit pas parler par crainte ou par pudeur

5. CONCLUSION

L'EnPI est une affection fréquente de l'enfant. Elle est bénigne et d'évolution favorable dans la plupart des cas. Mais elle peut entraîner un retentissement psycho-social important par sa persistance. Les parents se sentent très concernés par ce problème. La demande de consultation pour énurésie est croissante. Le médecin généraliste, de plus en plus sollicité, doit avoir une attitude adaptée pour répondre aux besoins et aux interrogations parentales. Pour cela il doit connaître les problématiques liées à l'énurésie concernant l'enfant et les parents. C'est pour les identifier que nous nous sommes intéressés à la demande de consultation pour énurésie.

Notre étude a montré que l'enfant était la raison principale de consultation. 82,1% des parents consultaient à cause du retentissement de l'énurésie sur la vie de l'enfant. La consultation était demandée par l'enfant dans 23,9% des cas. L'impact psycho-social, décrit dans la littérature, a été confirmé. Le ressenti de l'enfant vis-à-vis de l'énurésie et son opinion sur le traitement sont à rechercher en consultation. Le vécu parental est aussi à rechercher car il peut être à l'origine d'une intolérance envers l'enfant. La prise en charge de l'énurésie doit être centrée sur l'enfant.

Il est primordial d'améliorer l'information sur l'énurésie auprès des enfants énurétiques et de leurs parents. Certaines représentations parentales sont encore erronées (pour 24,3% des parents l'énurésie est un problème psychologique, ce n'est pas un problème médical pour 18,9% d'entre eux). Le médecin généraliste joue un rôle important dans cette information. C'est un interlocuteur privilégié pour les parents et les enfants. Il serait pertinent de questionner régulièrement les enfants sur l'énurésie lors des consultations de prévention (vaccinations, certificats sportifs). Un travail de recherche pourrait s'intéresser à la façon de communiquer sur l'énurésie avec l'enfant ou l'adolescent dans le cadre de ces consultations.

.

6. BIBLIOGRAPHIE

- 1. Nevéus T, Von Gontard A, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the standardisation committee of the International Children's Continence Society. J Urol. 2006;176(1):314-24.
- 2. Haab F, Amarenco G, Coloby P, et al. Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire: adaptation française de la terminologie de l'International Children's Continence Society. Prog En Urol. 2004;14(6):1103-11.
- 3. Aubert D, Berard E, Blanc JP, et al. Enurésie nocturne primaire isolée: diagnostic et prise en charge. Recommandations par consensus formalisé d'experts. Prog En Urol. 2010;20(5):343-9.
- 4. Lottmann H. Traitement de l'énurésie nocturne en France. Presse Médicale. 2000;29(18):987-90.
- 5. Hjalmas K, Arnold T, Bower W, et al. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. J Urol. 2004;171(6):2545-61.
- 6. Yeung C, Sreedhar B, Sihoe J, et al. Differences in characteristics of nocturnal enuresis between children and adolescents: a critical appraisal from a large epidemiological study. BJU Int. 2006;97(5):1069-73.
- 7. Lottmann H. Observatoire français sur les répercussions et la prise en charge de l'énurésie nocturne chez l'enfant et l'adolescent. Médecine Enfance. 2009;29(6):298-302.
- 8. von Gontard A, Heron J, Joinson C. Family history of nocturnal enuresis and urinary incontinence: results from a large epidemiological study. J Urol. 2011;185(6):2303-6.
- 9. Neveus T, Eggert P, Evans J, et al. S. Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society. J Urol. 2010;183(2):441-7.
- 10. Vande Walle J, Rittig S, Bauer S, et al. Practical consensus guidelines for the management of enuresis. Eur J Pediatr. 2012;171(6):971-83.
- 11. Forsythe W, Redmond A. Enuresis and spontaneous cure rate. Study of 1129 enuretis. Arch Dis Child. 1974;49(4):259-63.
- 12. Butler R. Impact of nocturnal enuresis on children and young people. Scand J Urol Nephrol. 2001;35(3):169-76.
- 13. Schulpen T. The burden of nocturnal enuresis. Acta Paediatr. 1997;86(9):981-4.
- 14. Butler R, McKenna S. Overcoming parental intolerance in childhood nocturnal enuresis: a survey of professional opinion. BJU Int. 2002;89(3):295-7.
- 15. Van Tijen N, Messer A, Namdar Z. Perceived stress of nocturnal enuresis in childhood. Br J Urol. 1998;81 Suppl 3:98-9.

- 16. Redsell S, Collier J. Bedwetting, behaviour and self-esteem: a review of the literature. Child Care Health Dev. 2001;27(2):149-62.
- 17. Hägglöf B, Andrén O, Bergström E, et al. Self-esteem before and after treatment in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence. Scand J Urol Nephrol Suppl. 1997;183:79-82.
- 18. Moffatt M, Kato C, Pless I. Improvements in self-concept after treatment of nocturnal enuresis: randomized controlled trial. J Pediatr. 1987;110(4):647-52.
- 19. Vermeire H. Dépistage de l'énurésie nocturne primaire isolée de l'enfant: enquête sur les pratiques des médecins généralistes de Roubaix et de cinq villes limitrophes [Thèse d'exercice] : Médecine. Lille; 2013.
- 20. Philippe C, Penvern-Cortes S, Le Picard A. Parler de l'énurésie: enquête auprès de mères. Médecine Enfance. 2011;31(1):54-9.
- 21. Antier E, Aubert D, Blanc J, et al. Premiers résultats de l'enquête nationale « pipi au lit ». Médecine Enfance. 2003;23(8):509-10.
- 22. Dunlop A. Meeting the needs of parents and pediatric patients: results of a survey on primary nocturnal enuresis. Clin Pediatr (Phila). 2005;44(4):297-303.
- 23. Schlomer B, Rodriguez E, Weiss D, Copp H. Parental beliefs about nocturnal enuresis causes, treatments, and the need to seek professional medical care. J Pediatr Urol. 2013;9(6, Part B):1043-8.
- 24. Shelov S, Gundy J, Weiss J, et al. Enuresis: a contrast of attitudes of parents and physicians. Pediatrics. 1981;67(5):707-10.
- 25. Tricaud L. Représentations parentales de l'énurésie nocturne et de ses prises en charge [Thèse d'exercice] : Médecine. Angers; 2013.
- 26. INSEE. Emploi et population active en 2012. Chiffres clés emploi. Région de Midi-Pyrénées. [Internet]. [cité 13 sept 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/donnees-locales.asp?ref_id=emp2012
- 27. Berlier P, Moutard M, Reinert P. Modalités de prise en charge de l'énurésie nocturne monosymptomatique en pratique pédiatrique de ville. Médecine Enfance. 2001;21(1):66-70.
- 28. Cederblad M, Nevéus T, Ahman A, et al. « Nobody asked us if we needed help »: swedish parents experiences of enuresis. J Pediatr Urol. 2014;10(1):74-9.
- 29. Kanaheswari Y. Knowledge, attitude and concerns among urban malaysian parents of bedwetting children. J Trop Pediatr. 2011;57(2):141.
- 30. Tates K, Meeuwesen L. « Let mum have her say »: turntaking in doctor-parent-child communication. Patient Educ Couns. 2000;40(2):151-62.
- 31. Cahill P, Papageorgiou A. Triadic communication in the primary care paediatric consultation: a review of the literature. Br J Gen Pract. 2007;57(544):904-11.

- 32. Naitoh Y, Kawauchi A, Soh J, et al. Health related quality of life for monosymptomatic enuretic children and their mothers. J Urol. 2012;188(5):1910-4.
- 33. Meydan E, Civilibal M, Elevli M, et al. The quality of life of mothers of children with monosymptomatic enuresis nocturna. Int Urol Nephrol. 2012;44(3):655-9.
- 34. Butler R, Brewin C, Forsythe W. Maternal attributions and tolerance for nocturnal enuresis. Behav Res Ther. 1986;24(3):307-12.
- 35. Griot E. Les consultations d'enfants en médecine générale. Les affections pédiatriques en soins primaires. Rev Prat Med Gen. 1998;421:24-31.
- 36. DREES Ministère des Affaires sociales et de la Santé. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. [Internet]. [cité 8 sept 2015]. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/

7. ANNEXES

7.1. ANNEXE 1 : Exemple de calendrier mictionnel

Date

Nom, Prénom

A débuter après la première miction du matin jusqu'à celle du lendemain matin incluse.

HEURE	BOIS	SSONS		URINES		REMARQUES
	Туре	Quantité	Volume uriné aux toilettes (ml)	Fuites † + / ++ + ++	Sensation d'urgence P/M/G *	
JOUR						
NUIT			Si miction			Poids couche
Volume total sur 24 h	M					

* P : petite N	/I:moyenne (G : grande
----------------	--------------	------------

† + sous vêtement taché ++ mouillé +++ trempé

Heure du lever?

Heure du coucher?

Capacité vésicale = mesure du volume maximal uriné en une miction sur 48 heures, excluant la première miction. Faible capacité vésicale si < 70% de la capacité vésicale théorique donnée par la formule : [30+ (âge en années*30)] en ml.

Production d'urine nocturne = volume de la première miction du matin + différence poids de la couche de la nuit/couche sèche, en ml.

7.2. ANNEXE 2 : Lettre d'information aux parents

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une thèse de médecine générale nous réalisons une étude sur l'énurésie

primaire de l'enfant c'est-à-dire l'enfant qui fait pipi au lit en dormant. Il s'agit d'un enfant

qui n'a jamais été propre et qui n'a pas de problème urinaire le jour (douleur quand

l'enfant fait pipi, fuites d'urines, envies d'uriner fréquentes sans pouvoir se retenir de faire

pipi...).

Cette étude a pour but d'améliorer la prise en charge de l'énurésie de l'enfant en aidant à

mieux comprendre les besoins et les difficultés des parents face à ce problème.

Le questionnaire ci-joint est destiné aux parents d'enfants de 5 à 15 ans qui font ou

qui ont fait pipi au lit.

Nous vous serions reconnaissants de remplir le questionnaire avec la plus grande précision

possible. Les réponses recueillies dans le cadre de cette étude demeurent confidentielles et

seront traitées de manière anonyme.

Pour toute question vous pouvez joindre Dr Nathalie SWIATEK au 06.85.57.81.92 ou par

mail: nathalie.swiatek@gmail.com.

Nous vous remercions cordialement pour votre participation.

Nathalie SWIATEK Interne de médecine générale Dr Leila LATROUS Médecin généraliste Maitre de stage universitaire

33

7.3. ANNEXE 3: Ouestionnaire

☐ Oui

Veuillez cocher la(les) case(s) correspondante(s) ou complétez les champs libres. 1/ Etes vous: ☐ Une femme ☐ Un homme 2/ Quel âge avez-vous?ans 3/ Quelle est votre profession? 4/ Avez-vous actuellement un ou plusieurs enfants entre 5 et 15 ans qui font pipi au lit ? ☐ Oui Non Avez-vous eu un ou plusieurs enfants entre 5 et 15 ans qui ont fait pipi au lit? ☐ Oui □ Non 5/ A propos de ou des enfants qui font (ont fait) pipi au lit : 1^{er} enfant 2^e enfant 3^e enfant Sexe ☐ Garçon ☐ Fille ☐ Garçon ☐ Fille ☐ Fille ☐ Garçon actuel Age de l'enfant Age de fin de pipi au Fréquence ☐ Toutes les nuits ☐ Toutes les nuits ☐ Toutes les nuits (une seule réponse $\square \ge 3$ fois par semaine $\square \ge 3$ fois par semaine $\square \ge 3$ fois par semaine possible) □ 1 à 2 fois par semaine □ 1 à 2 fois par semaine □ 1 à 2 fois par semaine □ 1 à 2 fois par mois □ 1 à 2 fois par mois □ 1 à 2 fois par mois 6/ Avez-vous eu des problèmes d'énurésie (pipi au lit) ? a) Mère de l'enfant 🗌 Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas b) Père de l'enfant 🗌 Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas 7/ Avez-vous déjà consulté un médecin pour l'énurésie (pipi au lit) de votre enfant ? ☐ Oui □ Non Si oui était il : ☐ médecin généraliste □ pédiatre □ urologue ☐ autre, précisez Si oui veuillez poursuivre le questionnaire. Si non veuillez passer à la question 11. 8/ Avez-vous consulté spécifiquement pour l'énurésie (pipi au lit) ?

☐ Non

(plu	isieurs réponses possibles)
	☐ Le retentissement de l'énurésie sur la vie de votre enfant :
	☐ travail scolaire ☐ sorties/nuitées en dehors de la maison ☐ relations avec les copains ☐ trouble émotionnel ou de l'estime de soi ☐ modification du comportement ☐ autre
	☐ Le retentissement de l'énurésie vous concernant :
	☐ fatigue ☐ épuisement ☐ frustration ☐ isolement ☐ anxiété ☐ dépression ☐ autre
	☐ Le retentissement de l'énurésie sur votre vie familiale :
	□ vie conjugale □ relations familiales □ coût financier □ autre
	☐ La crainte que ça entraine des conséquences dans le futur
	☐ La crainte que ça cache une autre maladie (diabète, maladies des reins, malformation urinaire)
	☐ La demande de votre enfant
	☐ La demande d'un tiers :
	□ famille □ ami □ enseignant □ infirmière scolaire □ autre
	☐ Autre, précisez
10/	La décision de consulter a-t-elle été facile ?
10/	La décision de consulter a-t-elle été facile ? ☐ Oui tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non pas du tout
10/	
11/	☐ Oui tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non pas du tout
11/	☐ Oui tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non pas du tout Si vous n'aviez pas consulté jusqu'alors, quelles en étaient les raisons ? (Plusieurs réponses
11/	☐ Oui tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non pas du tout Si vous n'aviez pas consulté jusqu'alors, quelles en étaient les raisons ? (Plusieurs réponses sibles)
11/	☐ Oui tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non pas du tout Si vous n'aviez pas consulté jusqu'alors, quelles en étaient les raisons ? (Plusieurs réponses sibles) ☐ Ce n'est pas un problème médical
11/	Oui tout à fait Plutôt oui Plutôt non Non pas du tout Si vous n'aviez pas consulté jusqu'alors, quelles en étaient les raisons ? (Plusieurs réponses sibles) Ce n'est pas un problème médical Ca passera tout seul
11/	Oui tout à fait Plutôt oui Plutôt non Non pas du tout Si vous n'aviez pas consulté jusqu'alors, quelles en étaient les raisons ? (Plusieurs réponses sibles) Ce n'est pas un problème médical Ca passera tout seul Je pense que c'est un problème psychologique
11/	Oui tout à fait Plutôt oui Plutôt non Non pas du tout Si vous n'aviez pas consulté jusqu'alors, quelles en étaient les raisons ? (Plusieurs réponses sibles) Ce n'est pas un problème médical Ca passera tout seul Je pense que c'est un problème psychologique Je n'ose pas en parler à mon médecin traitant
11/	Oui tout à fait Plutôt oui Plutôt non Non pas du tout Si vous n'aviez pas consulté jusqu'alors, quelles en étaient les raisons ? (Plusieurs réponses sibles) Ce n'est pas un problème médical Ca passera tout seul Je pense que c'est un problème psychologique Je n'ose pas en parler à mon médecin traitant Mon enfant ne souhaite pas que j'en parle
11/	Oui tout à fait Plutôt oui Plutôt non Non pas du tout Si vous n'aviez pas consulté jusqu'alors, quelles en étaient les raisons ? (Plusieurs réponses sibles) Ce n'est pas un problème médical Ca passera tout seul Je pense que c'est un problème psychologique Je n'ose pas en parler à mon médecin traitant Mon enfant ne souhaite pas que j'en parle Je ne sais pas s'il y a des traitements efficaces
11/	Oui tout à fait

9/ Qu'est ce qui vous a poussé à parler du problème d'énurésie (pipi au lit) à votre médecin ?

7.4. ANNEXE 4 : Liste des catégories socioprofessionnelles agrégées

PCS 2003 - Niveau 1. Source INSEE.

1 Agriculteurs exploitants

Agriculteurs sur petite exploitation, Agriculteurs sur moyenne exploitation, Agriculteurs sur grande exploitation

2 Artisans, commerçants, chefs d'entreprise

Artisans, Commerçants et assimilés, Chefs d'entreprise 10 salariés ou plus

3 Cadres, professions intellectuelles supérieures

Professions libérales, Cadres de la fonction publique, Professeurs, professions scientifiques, Profession de l'information, des arts et des spectacles, Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise, Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise

4 Professions intermédiaires

Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés, Professions intermédiaires de la santé et du travail social, Clergé, religieux, Professions intermédiaires administratives de la fonction publique, Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, Techniciens, Contremaîtres, agents de maîtrise

5 Employés

Employés civils et agents de service de la fonction publique, Policiers et militaires, Employés administratifs d'entreprise, Employés de commerce, Personnels des services directs aux particuliers

6 Ouvriers (y compris agricoles)

Ouvriers qualifiés de type industriel, Ouvriers qualifiés de type artisanal, Chauffeurs, Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport, Ouvriers non qualifiés de type industriel, Ouvriers non qualifiés de type artisanal, Ouvriers agricoles

7 Inactifs ayant déjà travaillé

Anciens agriculteurs exploitants, Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprises, Anciens cadres, Anciens professions intermédiaires, Anciens employés, Anciens ouvriers (y compris agricoles)

8 Autres sans activité professionnelle

Chômeurs n'ayant jamais travaillé, Élèves ou étudiants, Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans, Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans ou plus

SWIATEK Nathalie 2015 TOU3 1082

Énurésie primaire isolée de l'enfant : pourquoi les parents consultent-ils ?

Toulouse, le 15 Octobre 2015

Introduction: L'énurésie nocturne primaire isolée (EnPI) est une affection qui peut

entraîner un retentissement négatif sur l'enfant. La demande croissante de consultation

reflète une demande d'aide envers les professionnels de santé. Notre objectif était de

comprendre les raisons et les freins parentaux à la consultation pour énurésie.

Méthode : Etude observationnelle descriptive menée de mars à juin 2015 auprès de parents

d'enfants de 5 à 15 ans avec une EnPI. Questionnaire distribué en version papier dans les

cabinets médicaux, et disponible en version informatisée sur un site internet.

Résultats: 105 questionnaires ont été analysés. 67 parents (63,8%) avaient consulté un

professionnel de santé. 55 parents (82,1%) consultaient à cause du retentissement sur la vie

de leur enfant. L'énurésie affectait la vie sociale des enfants, et était associée à un trouble

de l'estime de soi et à des troubles émotionnels. 38 parents (56,7%) étaient gênés

personnellement. Dans 16 questionnaires (23,9%) la demande de consultation venait de

l'enfant. Les freins à la consultation étaient l'attente d'une résolution spontanée dans

62,2% des cas, et l'hypothèse d'un problème psychologique dans 24,3% des cas.

Conclusion : L'enfant est au cœur de la décision de consultation pour énurésie. La prise en

charge doit être centrée sur l'enfant. L'information donnée par le médecin doit être

améliorée afin de mieux sensibiliser les enfants et leurs parents au problème d'énurésie.

Titre en anglais: Isolated primary nocturnal enuresis: why do parents seek medical care?

Observational study in Midi-Pyrénées region.

Discipline administrative: MEDECINE GENERALE

Mots-Clés: énurésie nocturne, enfant, consultation médicale, parent

Faculté de Médecine Rangueil

133 Route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 04

France

Directeur de thèse : Dr LATROUS Leila