DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
(DP)

MÉMOIRE DE MASTER PROFESSIONNEL

OPTION : PSYCHOPATHOLOGIE ET PSYCHOLOGIE CLINIQUE

SUJET

IMPACTS PSYCHOLOGIQUES DES TROUBLES DE LA MICTION CHEZ LES PERSONNES DU 3ÈME ÂGE A COTONOU

Réalisé par : Amélie Delphine AKPLOGAN

Directeur de mémoire	**Co-Directeur de mémoire**
Dr. Anselme DJIDONOU, Professeur Titulaire des Universités(CAMES) en Psychiatrie d'Adultes	Dr. Michel M. MEHINTO, Maître-Assistant des Universités (CAMES) en Psychologie clinique et Psychopathologie

Composition du Jury :

Président	:	Dr Sylvie de CHACUS, (Professeur Titulaire)
Examinatrice	:	Dr Ornhéilia ZOUNON (Maître de Conférences)
1er Rapporteur	:	Dr Anselme DJIDONOU (Professeur Titulaire)
2ème Rapporteur	:	Dr Michel M.MINHINTO (Maître Assistant)
Mention	:	Très-Bien
Note	:	17/20
Date de soutenance	:	31 / 05 / 2024

Année académique : 2023-2024

SOMMAIRE

IN MEMORIAM 3
DÉDICACE 4
REMERCIEMENTS 5
LES SIGLES ET ABRÉVIATIONS 6
LISTE DES TABLEAUX 7
LISTE DES GRAPHIQUES 8
RÉSUMÉ 9
INTRODUCTION 10
PREMIÈRE PARTIE : CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 13
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE, CONCEPTS ET MODÈLES THÉORIQUES DE RÉFÉRENCE 14
CHAPITRE II : CADRE DE LA RECHERCHE ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE 26
SECONDE PARTIE : PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES TROUBLES DE LA MICTION CHEZ LES PERSONNES DU TROISIEME AGE DE COTONOU 37
CHAPITRE III : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE 38
CHAPITRE IV : DISCUSSION ET PERSPECTIVES 62
CONCLUSION 66
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEBOGRAPHIQUES 67
ANNEXES 70
TABLE DES MATIERES 79

IN MEMORIAM

- Akouavi Philomène AKPLOGAN
- Bibiane Constance AKPLOGAN
- Baï Julienne AKPLOGAN
- Fidotindé Aïzɔnu AKPAKPO

DÉDICACE

Nous dédions ce mémoire :

En général, à toutes les personnes du troisième âge de la ville de Cotonou.

REMERCIEMENTS

Nous adressons toute notre gratitude à l'endroit de :

 Directeur de ce mémoire, Dr. Anselme DJIDONOU, Professeur Titulaire des Universités (CAMES) en Psychiatrie d'Adulte, pour votre professionnalisme aussi bien dans le cadre de la formation que dans l'aboutissement de ce travail de recherche ;

 Notre Co-Directeur de mémoire, Dr. Michel M. MEHINTO, Maître-Assistant des Universités (CAMES) en Psychologie clinique et Psychopathologie au Département de Psychologie de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS) ; pour votre détermination et votre engagement à faire de nous une professionnelle rompue dans le métier de psychologue clinicien ;

 Tous les Éminents Professeurs de psychologie, de Psychiatrie, des Sciences Humaines et Sociales, dévoués à la lutte pour une meilleure prise en charge des personnes, sujets de psychopathologie clinique ;

 Tous les responsables à divers niveaux du Département de Psychologie, je vous promets de réinvestir l'icône que vous avez été pour moi tout le long du cycle, et que mes prestations respecteront les normes que vous m'avez transmise ;

 Professeur Dieudonné GNONLONFOUN, Directeur Général du CNHU-HKM, pour m'avoir acceptée dans votre hôpital dans le cadre de ce travail ;

 Notre maître de stage, Professeur Lucrèce ANAGONOU, Docteur en Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent, Cheffe Service de la Clinique de la Santé mentale notre lieu de stage au CNHU-HKM Cotonou, merci beaucoup de nous avoir impliquée dans toutes vos activités susceptibles de donner satisfaction à nos requêtes relatives à ce travail de recherche et pour votre disponibilité à nous renforcer dans la pratique clinique ;

 Tous nos camarades auditeurs, merci pour votre collaboration, les échanges combien fructueux et tout votre soutien à l'occasion de cette formation ;

 Vous tous, membres du personnel du Service de la Santé mentale du CNHU-HKM, merci pour votre soutien, accessibilité et engagement particulier dans cette recherche ;

 Notre cher époux, Adrien MASSESSI, et notre frère Euloge AKPLOGAN pour nous avoir toujours encouragée à aller plus loin et d'avoir toujours été là pour nous au moment opportun ;

 Vous nos adorables enfants : Roméo et Raphaël MASSESSI, nos petits-fils et bassins pédagogiques, toute notre reconnaissance pour votre soutien et votre encouragement à cette noble lutte malgré les cascades et tumultes. Veuillez maintenir le cap. Le meilleur reste à venir, car la vie est un combat pour lequel il faut se déterminer à aller au bout.

LES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CPS	:	Centre de Promotion Sociale
CNHU-HKM	**:**	Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA
CNHUP Jacquot	**:**	Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique Jacquot
DEA	**:**	Diplôme d'Étude Approfondie
DES	**:**	Diplôme d'Études Supérieures
DESS	**:**	Diplôme d'Études Supérieures de Spécialité
FAPHB	**:**	Fédération des Associations des Personnes Handicapées du Bénin
HI	**:**	Handicap International/Humanité Inclusion
IU	**:**	Incontinence Urinaire
IUE	**:**	Incontinence Urinaire d'Effort
ICS	**:**	International Continence Society
ODD3	**:**	Objectif de Développement Durable N°3
PH	**:**	Personnes Handicapées
PNPIPH	**:**	Politique Nationale pour la Protection et l'Intégration des Personnes Handicapées
RAPHaL	**:**	Réseau des Associations des Personnes Handicapées du Littoral
RBC	**:**	Réadaptation à Base Communautaire
SBAU	**:**	Symptômes du Bas Appareil Urinaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Variables de l'hypothèse N° 1 18
Tableau II: Variables de l'hypothèse N° 2 19
Tableau III: Variables de l'hypothèse N°3 19
Tableau IV: Récapitulatif de l'échantillon en fonction des catégories sociales 38
Tableau V: Répartition des personnes âgées rencontrées selon le sexe 38
Tableau VI: Répartition des patients enquêtés selon l'âge 39
Tableau VII: Répartition des patients selon le statut professionnel 39
Tableau VIII: Répartition des proches (familles/ascendants) enquêtés selon leur emploi 40
Tableau IX: Répartition des soignants selon le sexe 40
Tableau X: Répartition des soignants selon leur grade et leur qualification professionnelle .. 41
Tableau XI: Répartition des soignants enquêtés selon leur ancienneté dans le service 41
Tableau XII: Répartition des proches (parents/enfants) enquêtés selon leur ancienneté dans l'accompagnement des personnes du 3ème âge 42
Tableau XIII: Répartition des patients selon le type d'incontinence urinaire exprimé 50
Tableau XIV: Répartition des patients en fonction d'une coordination entre la vessie et le sphincter 51
Tableau XV: Répartition des patients en fonction du type de sensibilité vésicale 51
Tableau XVI: Symptômes du bas appareil urinaire relevés chez les patients à la phase de stockage 52
Tableau XVII: Symptômes de la phase de vidange (ou phase mictionnelle) 53

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Répartition des soignants enquêtés selon leur avis sur l'adéquation du plateau technique pour la prise en charge des personnes du troisième âge sujets d'une incontinence urinaire à la clinique d'urologie du CNHU HKM 46
Graphique 2: Répartition des soignants enquêtés selon leur avis sur l'organisation du travail et du personnel à la clinique d'urologie 46
Graphique 3: Répartition des soignants enquêtés selon leur avis sur le système d'information à la clinique d'urologie du CNHU HKM 47
Graphique 4: Répartition des soignants enquêtés selon leur avis sur l'orientation des patients à la clinique d'urologie du CNHU HKM 47
Graphique 5: Retentissement psychologique de l'incontinence urinaire 55
Graphique 6: Retentissement social 56
Graphique 7: Avis des sujets enquêtés sur les actions du Ministère en charge de la famille et des Centres de Promotion Sociale 56

RÉSUMÉ

La vieillesse qui est une évolution normale du processus physiologique est vécue de façon anxieuse par beaucoup de personnes du troisième âge confrontées à des troubles urinaires. Cette recherche qui s'intéresse à l'étude des répercussions psychologiques de l'incontinence urinaire chez les personnes âgées se veut une contribution à l'amélioration de la qualité des soins offerts à ces personnes. S'inscrivant dans une perspective d'étude mixte et à visée descriptive et analytique, elle a été menée du 26 juillet 2023 au 25 janvier 2024 à la Clinique Universitaire de la Santé Mental. Elle a consisté une collecte de données effectuée auprès de 63 patients confrontés à l'incontinence urinaire, dans les cliniques d'urologie et de santé mentale, des responsables de centre de promotion sociale, et du service social sanitaire du CNHU-HKM. L'analyse des données collectées, à travers le questionnaire et le guide d'entretien, permet de retenir que l'incontinence urinaire entrainait chez le patient des difficultés d'adaptations et des troubles psychologiques comme l'anxiété, la dépression. Elle faiblit l'image et la perception de soi chez le patient. Ces troubles qui renforcent la souffrance psychologique liée au vécu de la situation déteignent sur la qualité de vie des personnes âgées. Ces patients sont insuffisamment accompagnés et orientés dans les structures sanitaires et dans les familles. Une prise en charge psychologique de l'incontinence urinaire permettrait d'améliorer la qualité de vie de cette catégorie sociale vulnérable.

Mots clés : incontinence urinaire, 3ème âge, qualité-de-vie, dispositif, psychothérapique, Cotonou

ABSTACT

Old age, which is a normal evolution of the physiological process, is experienced in an anxious way by many elderly people who are confronted with urinary disorders. This research, which focuses on the study of the psychological repercussions of urinary incontinence in the elderly, is intended to contribute to improving the quality of care offered to these people. As part of a mixed study perspective with a descriptive and analytical aim, it was conducted from July 26, 2023 to January 25, 2024 at the University Mental Health Clinic. It consisted of data collection carried out on 63 patients facing urinary incontinence, in urology and mental health clinics, managers of social promotion centers, and the social health service of the CNHU-HKM. The analysis of the data collected, through the questionnaire and the interview guide, shows that urinary incontinence led to adaptation difficulties and psychological disorders such as anxiety and depression. It weakens the patient's self-image and self-perception. These disorders, which reinforce the psychological suffering linked to the experience of the situation, rub off on the quality of life of the elderly. These patients are insufficiently supported and referred to health facilities and families. Psychological management of urinary incontinence would improve the quality of life of this vulnerable social category.

Keywords: urinary incontinence, 3rd age, quality of life, device, psychotherapy, Cotonou

INTRODUCTION

De nos jours, il est de plus en plus observé que les personnes du troisième âge sont exclues, abandonnées ou rejetées par leurs proches et même par leurs descendants. Il arrive parfois que ces dernières errent dans la rue, car n'ayant personne pour les soutenir. En effet, sous le poids de l'âge, ces individus présentent des problèmes de santé, dont l'incontinence urinaire, et/ou des troubles de la miction. Ces troubles constituent des affections de honte qui détériorent la qualité de vie de la personne du troisième âge dans tous ses aspects.

Certes le troisième âge constitue la dernière étape du développement humain. Mais s'il est vrai que cette étape semble être le siège de l'angoisse de la mort, il existe bien d'autres formes d'angoisse plus préoccupantes, mais silencieuses dont sont victimes les personnes de cette tranche d'âge. Ce sont : celles liées à l'incontinence urinaire et aux troubles de la miction. L'incontinence urinaire est définie selon Genouvrier, E. et al (2001) *Dictionnaire des synonymes*, comme une énurésie. Le besoin d'une autonomie dans le contrôle de la vessie, relève d'une liberté fondamentale. C'est un facteur de confort, d'épanouissement et de bien-être, qui contribue à une bonne qualité de vie. Malheureusement, l'incapacité à contrôler sa vessie est la plupart du temps observée chez les personnes du troisième âge. Il s'agit d'une incontinence urinaire et de ses corollaires qui constituent des troubles de la miction. En 1974, alors que nous n'étions encore que pré-adolescente, Mam Reck (identité empruntée), une personne du troisième âge atteinte d'une cataracte bilatérale, a requis refuge auprès de nous et a passé une semaine à profiter de notre attention, de nos soins et nos repas. Quelques mois plus tard après son départ, elle est revenue. Comme surprise et bonne nouvelle, elle a recouvré les performances de son acuité visuelle. Curieuse d'en savoir sur cette bonne nouvelle, la désormais notre amie s'est confiée à nous en ces termes :

> *« Hum ma fille [silence], reste telle que tu es. Sais-tu ? C'est une longue histoire. J'avais une famille heureuse. Mon mari de regrettée mémoire me comprenait bien et nous étions très complices. Nos enfants étaient bien sages et ont chacun ses fonds commerce et tout marchait bien. En fait, nous étions financièrement à l'aise. Malheureusement, un matin à mon réveil, j'ai constaté que j'ai mouillé le drap de notre lit conjugal. Alors, j'ai pris peur. J'ai retiré discrètement le drap pour le laver avant que mon mari et les enfants ne s'en aperçoivent. Plus tard, mon mari a fini par le savoir et s'est mis à rechercher une solution. C'est ainsi que de bouche à oreille, sa famille et la mienne ont appris que je fais pipi au lit. Deux ans plus tard, mon mari est décédé. Tout le monde, y compris ma propre famille m'a accusée d'être la responsable de son décès. Tout le long des préparatifs de ses obsèques, je fus la risée. Adultes, jeunes comme enfants trouvaient en moi, la sorcière qui venait de tuer son*

propre mari. Le comble est que même l'oracle a confirmé cette accusation et pis, a fait évoquer par le prêtre de Fâ invité pour les circonstances que j'avais déjà commis de nombreux crimes dont la punition s'explique par mon incontinence urinaire. Après les cérémonies, j'ai été expulsée de la maison que j'ai pourtant contribué à construire. Abandonnée de tous, je n'ai eu d'autres choix que de rechercher couchette auprès des amies et des connaissances non encore informés de ce qui m'est arrivé. Dans cette situation, je n'ai plus le cœur tranquille. Je pleure beaucoup lorsque je me retrouve seule. Pourquoi tout cela m'arrive ? Serais-je vraiment une si mauvaise personne au point de tuer mon mari qui m'aime et que j'aime si bien ? J'étais perdue, complètement perdue. C'est ainsi que mon commerce aussi a disparu car mes amies du marché aussi m'ont lâchée et ont comploté contre moi pour m'arracher ma place qu'ils ont accordée à une autre femme. Je suis perdue et j'ai tout perdu. Et comme si tout cela ne suffisait pas, un beau matin, je me suis réveillée avec la perte de la vue [pleures]. Heureusement, ma fille, après mon séjour chez vous ici la dernière fois, une jeune femme est venue me chercher sur la place publique où je passe la nuit et m'a conduite vers une équipe d'hommes blancs, des médecins qui sont venus opérer les yeux aux personnes pauvres. Arrivées sur les lieux, j'ai reconnu la voix d'une proche de mon quartier qui demandait à cette femme venue me sauver de m'adonner sinon, quand je vais recouvrer ma vue, elle sera ma prochaine victime. Elle l'a écouté et m'a effectivement abandonnée. Cependant, heureusement sur les lieux, un inconnu m'a conduite jusqu'à l'équipe des chirurgiens et j'ai profité de l'opération. Mais mon incontinence urinaire est encore là et je ne sais vraiment qui va me guérir comme ces chirurgiens. Voilà »

Les personnes du troisième âge en général et en particulier celles résidant dans la ville de Cotonou sont aussi concernées par ce phénomène d'étiquetage de sorcellerie pour cause d'abandon qui entraine une souffrance objective pour cette couche sociale. De nombreuses recherches mentionnent les difficultés des personnes âgées face à cette pathologie. Cependant, la dimension psychologique des répercussions de ce trouble sur la personne paraît négligée par la littérature surtout dans le contexte béninois. Cette anomalie est un trouble organique qui s'installe progressivement dans le temps et qui sévit avec l'âge et les conditions de vie du patient. Elle a pour siège les bas appareils urinaires. Elle perturbe chez le sujet le cycle continence/miction et peut avoir des impacts psychologiques chez le sujet en absence d'une prise en charge précoce adéquate. Cette pathologie provient généralement des dysfonctionnements du cycle continence-miction relatif aux problèmes de stockage au niveau de la vessie ou des difficultés de vidange vésicale.

Au Bénin, les conditions de vie de personnes du troisième âge sont les moins reluisantes. Elles demeurent la proie facile des maladies dites de vieillesse telles que le dysfonctionnement et la

dépendance. Cet état de choses est dû à des préjugés et des croyances selon lesquels « les personnes âgées sont des sorcières ». Le regard est encore plus malveillant lorsque le sujet ainsi diabolisé est malade. Ces préjugés et croyances existant depuis la nuit des temps et entretenus par des images de personnes âgées édentées comme allégorie de la sorcellerie ont été renforcés à l'ère de la période révolutionnaire. Du coup, certaines personnes âgées sont isolées ou s'isolent d'elles-mêmes lorsqu'apparaît une maladie vue comme une honte pour sa famille ou sa communauté. Et, parlant des maladies de honte, l'incontinence urinaire et les troubles de la miction s'inscrivent en bonne place.

Cette recherche qui porte sur les répercussions psychologiques de l'incontinence urinaire sur la vie des personnes du troisième âge, se veut être une exploration de la souffrance singulière de ces personnes face à cette pathologie. C'est à cet effet qu'elle s'inscrit dans une approche compréhensive et descriptive de la souffrance et des conduites des personnes âgées face à ce phénomène. En termes de structuration, cette recherche comporte deux grandes parties. La première partie qui est subdivisée en deux chapitres est consacrée à la présentation du cadre théorique et méthodologique de la recherche. Ainsi, le premier chapitre de cette partie présente le cadre théorique et conceptuel de la recherche. Aussi, comporte-t-elle la présentation de l'état des lieux sur le débat scientifique actuel relatif aux troubles de la miction et de ses corollaires chez les personnes âgées. Quant au second chapitre, il présente l'itinéraire métrologique suivi pour l'effectivité de la recherche. La seconde partie aborde dans son premier chapitre, les résultats issus de l'investigation. Le second chapitre expose la discussion des résultats et les perspectives de la recherche.

PREMIÈRE PARTIE : CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE, CONCEPTS ET MODÈLES THÉORIQUES DE RÉFÉRENCE

1. Mise en évidence du problème et questions de recherche

L'élimination rénale est un phénomène physiologique normal qui renseigne sur le fonctionnement de l'organisme. L'absence, la réduction ou l'exagération dans l'élimination indique un état de fonctionnement anormal ou pathologique de l'organisme. Mais, plusieurs facteurs peuvent engendrer une perturbation au niveau de cette fonction. C'est le cas de l'âge. Il est en effet estimé que l'évolution de l'âge peut engendrer des perturbations au niveau de la fonction rénale entraînant ainsi des troubles de la miction, dont l'incontinence.

Ainsi, de nombreuses personnes âgées éprouvent à intervalle de temps très régulier le besoin de vider leur vessie. Cet intervalle de temps est singulier et dépend de plusieurs facteurs. Lesdits facteurs peuvent être d'origine physiologique ou psychologique. Du coup, le besoin d'uriner éprouvé par la personne âgée n'indique pas nécessairement un état de remplissage de la vessie. En effet, pendant que certaines personnes émettent abondamment les urines, d'autres l'émettent en petite quantité, par saccade ou de façon résiduelle. De plus, le caractère urgent ou pressant du besoin de la miction dépend de plusieurs variables. Il est fonction à la fois du lieu, des circonstances, de la proximité avec les lieux de miction, de la présence d'une tierce personne, etc. Il est fréquent d'entendre des personnes se plaindre de perte d'urines à la proximité d'une toilette.

D'autres éprouvent un besoin irrésistible et très pressant d'émettre des urines dès qu'ils sont à la proximité de leur domicile. Ce phénomène provoque une souffrance subjective et parfois une honte pour la personne. Les variabilités observées dans les manifestations de ce problème indiquent que ces déterminants ne sont pas que physiologiques. Alors se pose le problème des déterminants et des répercussions des troubles de la miction, dont l'incontinence urinaire chez la personne âgée. Du caractère préoccupant de ce problème, de ces déterminants psychologiques et de ses implications sur la vie des personnes du troisième âge, il faut noter qu'au nombre des pathologies habituelles chez les personnes sénescentes en médecine interne, figure en bonne place l'incontinence urinaire.

Monod (2009) rapporte qu'aux États-Unis, l'incontinence urinaire est associée au déclin fonctionnel et au risque d'institutionnalisation. Il estimait qu'elle présente plus de 70% de risque d'être institutionnalisé au cours d'un suivi de deux ans. Aussi, rapporte-t-il que l'incontinence urinaire est associée aux risques de déclin de l'état de santé mentale avec la

survenue des troubles anxieux ou dépressifs. Elle occasionne aussi une baisse de la qualité de vie, de l'estime de soi, et une limitation de la participation des personnes âgées aux activités sociales. Monod (2009) recommande que des efforts soient faits pour un dépistage précoce de ce trouble afin d'amoindrir la souffrance psychique de ces personnes. En matière de prévalence de l'incontinence urinaire cette pathologie évolue de façon crescendo avec l'âge surtout chez les femmes d'âge supérieur à 75 ans.

Pour Deffieux (2009), il est illusoire de considérer l'incontinence urinaire comme étant une maladie de la sénescence. Il a rapporté à l'issue de son étude qu'environ 10 % des femmes de moins de 25 ans souffrent d'une incontinence urinaire. Pour cet auteur, l'incontinence urinaire augmente avec l'âge, elle est plus fréquente chez les personnes sénescentes que chez les autres catégories sociales. Sa prévalence est estimée à trois fois plus élevée que les autres pathologies chez la femme âgée. Saussine (2009) rapporte que 30 à 40 % des femmes présentent des fuites urinaires. Ce mal n'est pas une pathologie atypique pour la femme. Elle est aussi présente chez l'homme. De plus, pour diverses raisons, des enfants en souffrent. Cahill (2009) à travers le rapport de la fondation d'aide aux personnes incontinentes (FAPI) rapporte que la prévalence à l'incontinence indique que 7 % des femmes et 3,5 % des hommes canadiens souffrent d'incontinence de modérée à sévère quotidien. Cette institution rapporte qu'au sein de la population générale du Canada, l'incontinence urinaire varie de 2 % à 50 %. Cahill (2009) a montré que l'incontinence urinaire affecte plus nuisiblement la qualité des personnes atteintes que toutes autres pathologies chroniques. Ainsi, sous une hantise des préjugés, les personnes du troisième âge sont craintives et constamment stressées. Les femmes vivant avec l'incontinence sont susceptibles de souffrir d'une dépression réactionnelle. De plus, l'incontinence impacte tous les aspects de la vie d'une personne. Elle perturbe les rapports sociaux, la vie sexuelle, la capacité à travailler, de voyager ou de faire du sport, et la participation à la vie communautaire.

Au Bénin, aborder la question de l'incontinence urinaire n'est pas une chose aisée ni pour le sujet ni pour son entourage familial. Cette difficulté semble avoir un effet de plomb dans le système de santé du pays. En effet, la synthèse des données documentaires sur l'incontinence urinaire montre que cette maladie est très moins investiguée dans le contexte béninois. Les problèmes de santé les plus investigués chez les personnes âgées sont liés aux cancers de la prostate et des fistules obstétricales. L'incontinence ne constitue pas encore une source de préoccupation majeure pour les acteurs de la politique sanitaire au Bénin.

Cependant, si les actions sporadiques des acteurs de protection et de promotion des droits des personnes âgées (certaines familles, Gouvernants, Organisations de la Société Civile et communautés confessionnelles) permettent d'améliorer quelque peu l'accès des personnes âgées à des soins de santé primaire, il existe tout de même encore plusieurs maux qui minent le système sanitaire béninois et ralentissent la progression du Bénin vers l'atteinte des objectifs définis par les ODD à l'horizon 2030. Parmi ces maux figure une rareté de soins spécifiques et de suivi de cette couche vulnérable. Cela est si vraisemblable que très peu de données sont disponibles sur les stratégies et politiques de développement en matière de santé et de bien-être pour ces personnes.

En outre, les personnes du troisième âge, en raison des limitations (mobilité, langage, ressources, etc.) sont oubliées par les acteurs des politiques du système sanitaire. Dans les hôpitaux, leur accompagnement est vécu comme étant une corvée par des agents de santé et des auxiliaires. Pour d'autres, c'est une perte de temps. Par ailleurs, les familles, du fait des raisons socioculturelles, démissionnent pour la plupart. Cette exclusion liée au poids de la dépendance et de la culture est aussi aggravée par d'autres sources de discrimination et de marginalisation, comme l'étiquetage.

Le combat contre cette grave discrimination est urgent à plusieurs égards. Premièrement, parce que le déni du droit à un accompagnement psychologique prive les personnes âgées des opportunités d'une retraite active et des bénéfices d'une parfaite santé. Trop souvent, la banalisation des besoins des personnes âgées dans les stratégies de soin de santé primaire et d'un accompagnement psychologique marque le début de troubles mentaux conduisant à des formes de psychopathologie sévères. Il apparaît donc que l'incontinence urinaire est un problème sérieux de santé qui affecte particulièrement les personnes âgées. Les stratégies d'accompagnement et de prise en charge sont moins côtés dans les stratégies de soins au Bénin.

Face à ce problème et dans ce contexte de précarité des conditions de vie, il importe de se demander comment les facteurs psychologiques affectent la qualité de vie des personnes du troisième âge face à l'incontinence urinaire ?

La réponse à cette question de recherche nous conduit à formuler des hypothèses et des objectifs.

1.1 Hypothèses de recherche

1.1.1 Hypothèse générale

Cette recherche part du postulat que les troubles psychologiques de l'incontinence urinaire dégradent le bien-être et la qualité de vie des personnes du troisième âge.

1.1.2 Hypothèses spécifiques

De façon spécifique, ces hypothèses postulent que :

- ✓ Le plateau technique du service d'urologie du CNHU-HKM présente des insuffisances dans l'orientation et l'accompagnement des personnes du troisième âge présentant l'incontinence urinaire.
- ✓ L'irritabilité vésicale, l'urgenturie et le retrait social peuvent faite suite à l'incontinence urinaire chez la personne du troisième âge
- ✓ Les troubles psychologiques (l'irritabilité vésicale, l'urgenturie et le retrait social) de l'incontinence urinaire perturbent le bien-être psychologique des personnes du troisième âge.

1.2 Objectifs de recherche

Ils sont répartis en deux catégories : l'objectif général et les objectifs spécifiques

1.2.1 Objectif général

Analyser les effets troubles psychologiques liés à l'incontinence urinaire sur la qualité de vie des personnes du troisième âge.

1.2.2 Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, les objectifs poursuivis dans le cadre de la présente recherche sont :

- ✓ Identifier les troubles psychologiques liés à l'incontinence urinaire chez les personnes âgées ;
- ✓ Évaluer la qualité du plateau technique dans l'orientation et l'accompagnement des personnes de troisième âge face à l'incontinence urinaire ;
- ✓ Déterminer les retentissements psychologiques de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie des personnes du troisième âge.

1.2 Opérationnalisation des variables de la recherche

1.3.1 Hypothèse n°1 : Le plateau technique du service d'urologie du CNHU-HKM présente des insuffisances dans l'orientation et l'accompagnement des personnes du troisième âge souffrant d'une incontinence urinaire.

Tableau I: Variables de l'hypothèse N° 1

	Indicateurs
Variables indépendantes	☞ Absence d'une politique spécifique de protection des personnes du 3ème âge, dans le traitement de l'incontinence urinaire et des troubles mictionnels au sein des formations sanitaires. ☞ Niveau d'inclusion et d'autonomie des personnes du troisième âge. ☞ La qualité de l'accompagnement dans les services de soins.
Variables dépendantes	☞ Personnes du 3ème âge, sujets d'une incontinence urinaire ou de troubles mictionnels souvent exclus du processus normal de traitement de cette pathologie. ☞ Insuffisance de dispositif d'entretien psychologique pour une meilleure prise en charge des différents tableaux cliniques d'incontinence urinaire et de troubles mictionnels chez les sujets âgés. ☞ Insuffisance notoire de psychologues cliniciens spécialistes de bien-être et de la santé mentale ; ☞ Orientation médicale inadéquate dans la prise en charge des troubles mictionnels chez les personnes du 3ème âge.

1.3.2 Hypothèse n°2 : L'irritabilité vésicale, l'urgenturie et le retrait social peuvent faite suite à l'incontinence urinaire chez la personne du troisième âge

Tableau II: Variables de l'hypothèse N° 2

Variables indépendantes	Indicateurs
Variables dépendantes	☞ l'inquiétude liée aux besoins irrépressibles d'urine engendre chez le sujet l'irritabilité vésicale ; ☞ La vue d'une toilette provoque l'urgenturie ; ☞ La honte, la gêne, l'inconfort face aux préjugés et des stéréotypes relatifs aux pertes de liquide et de matières, etc., contribue à l'évitement et à la limitation des personnes âgées à la participation aux activités communautaires et sociales. ☞ La présence de : l'incontinence par urgenturie, l'incontinence mixte, dysurie ou syndrome dysurique, Énurésie, Pollakiurie diurne, Nycturie, d'hyperactivité vésicale. ☞ Le niveau d'information et de connaissance des agents de santé des services de l'urologie. ☞ Le processus de diagnostic et de prise en charge de l'incontinence urinaire chez les personnes du 3ème âge est peu connu par les usagers.

1.3.3 Hypothèse n°3 : Les troubles psychologiques (l'irritabilité vésicale, l'urgenturie et le retrait social) de l'incontinence urinaire perturbent le bien-être psychologique des personnes du troisième

Tableau III: Variables de l'hypothèse N°3

Indicateurs	
Variables indépendantes	☞ perte de confiance en soi chez les patients âgés, ☞ aggravation des troubles mictionnels, ☞ dégénération cognitive
Variables dépendantes	☞ Démotivée par le regard discriminatoire de son environnement familial, la personne du 3ème âge décide de s'isoler. ☞ Retrait autistique des personnes âgées, sujets de troubles mictionnels vis- à-vis de la société ☞ Perte de confiance en soi ☞ Dévalorisation de l'image de soi ☞ Développement de psychopathologies diverses

2. Clarification conceptuelle

Dans le cadre du présent travail, il nous parait utile de mettre en lumière plusieurs concepts notamment l'incontinence urinaire, les troubles mictionnels, les personnes du troisième âge et les psychopathologies que nous mettons en exergue de la façon suivante :

2.1 Personnes du troisième âge

Au sein des communautés, l'on considère plus la sénescence par les limitations qu'elle impose. Et pourtant plus que physiologique, le troisième âge constitue une commodité de description. En effet, il y a encore une divergence de point de vue sur ce qu'est le troisième âge. L'âge de départ connait une très grande fluctuation. De plus, le tout dépend de l'espérance de vie de la société dans laquelle on se trouve. Dubois, J. et al, (1971) Larousse conçoit le troisième âge comme le vieillissement. Cependant, Auger, C. (1907) s'accorde avec les physiologistes pour subdiviser la vie de l'être humain en quatre phases (tranches d'âge). Ils considèrent l'enfance comme étant la période de la vie qui part de 0 à 14 ans. Les individus qui sont situés dans cette tranche d'âge sont considérés comme étant des enfants. Cette tranche correspond dans certains contextes à la maturité sociale. Selon cet auteur la deuxième phase est celle de l'adolescence ou la jeunesse. Cette tranche concerne les sujets qui ont un âge inférieur ou égal à 25 ans. L'âge dit viril est de 25 à 55 ans. Au-delà de 55 ans, le sujet est considéré comme sénescent. Ainsi, les personnes du troisième âge sont des personnes dont l'âge est supérieur à 55 ans. On considère cet âge comme étant l'âge de la retraite. Mais, il faut reconnaître au sein de chaque catégorie d'âge, il y a des subdivisions. A cet effet Caradec, V. (2014), p.42 définit le troisième âge à partir de l'âge chronologique. Il estime selon cette perspective que les personnes âgées constituent l'ensemble des 60 ans et plus. Dans certains contextes le début peut être situé à 50 ans ou à 65 ans. Mais dans le cadre de la présente recherche, nous avons retenu l'âge de 50 ans comme début du troisième âge.

2.2 L'incontinence urinaire

Pour DUBOIS, J. et al (1971), *Dictionnaire du français contemporain,* Larousse, l'incontinence d'urine est une émission involontaire d'urine. La capacité ou le fonctionnement physiologique est fonction du niveau d'évolution de cellules de l'organe ou de l'organisme en général. Ainsi, immatures ou sénescentes, les cellules implémentent leur capacité à l'organisme. Pour le petit enfant comme pour le sujet sénescent, l'incontinence urinaire est un reflet de l'état d'évolution de cellules de la vessie. L'incontinence évoque une incapacité à retenir l'urine ou les matières fécales. Dans le cadre de ce travail, nous aborderons uniquement l'aspect concernant l'incapacité à retenir l'urine, qui est aussi un

dysfonctionnement du bas appareil urinaire. Selon Claeys et al (2010), l'incontinence urinaire est une fuite involontaire et incontrôlable de l'urine. Elle est plus fréquente chez les personnes de plus de 75 ans. Cette perte peut devenir selon Coin (2019) un problème d'hygiène ou social pour celui qui en souffre ou pour son entourage. Mais, en général, les troubles mictionnels sont évoqués lorsqu'apparaît un dérèglement dans le cycle remplissage-vidange. Ledit dérèglement peut survenir soit au cours du stockage des urines dans la vessie, soit à la phase de la miction soit au niveau des deux phases. Ce sont donc des indicateurs subjectifs faisant évoquer une maladie et conduisant le patient à rechercher une prise en charge médicale. Les symptômes peuvent être exprimés spontanément ou être suggérés par l'interrogatoire du médecin ou d'un professionnel de santé. Les symptômes du bas appareil urinaire sont énumérés dans la revue de littérature.

3. Revue de la littérature

3.1 Époques du vieillissement

La vieillesse est une question qui concerne tout le monde parce que chacun vieillira ou a un parent vieillard. Avec l'avènement du phénomène de la régulation ou du contrôle des naissances, la population des vieillards est en constance progression. Elle serait la couche sociale qui connait une augmentation vertigineuse. En 2015, on estimait la taille de la population des personnes de troisième âge à 382587 en 2011 alors qu'elle était à 374549 en 2002 INSAE, (2008) *Enquête démographique*. Au plan mondial, la population des plus de 60 ans est de 694 millions en 1970. On estime que cette population serait 1,2 milliard de personnes du troisième âge dans le monde en 2025. Les prévisions de l'OMS (2002) indiquent qu'en 2050, l'effectif des personnes du troisième âge serait autour de 2 milliards. Environ 50% de ces personnes vivraient dans les pays développés. Ainsi, le niveau de développement du pays améliore l'espérance de vie des populations. Cependant, dans les pays en développement, l'expérience de vie a commencé par s'augmenter considérablement. Le vieillissement de la population constitue un problème de développement, car des personnes sont physiquement diminuées et produisent moins ou au contraire deviennent comme les enfants, des consommateurs passifs. Sur le plan physiologique, on estime que le vieillissement entraine une diminution des mécanismes physiologiques avec un amortissement des différentes fonctions. Sur le plan du fonctionnement vésical et de tout l'appareil urinaire, avec le vieillissement, il y a une compliance vésicale, une diminution des capacités de contractilité du détrusor avec parfois des contractions involontaires une pression urétrale, une hypertrophie de la prostate, atrophie vaginale et urétrale et des mictions à prédominance nocturne (nycturie).

Connus également sous le vocable de trouble urinaire fonctionnel, les troubles mictionnels, les symptômes du bas appareil urinaire sont nombreux. Ils regroupent l'ensemble des signes annonciateurs d'un dysfonctionnement du bas appareil urinaire. La connaissance de ces symptômes par le praticien facilite à ce dernier la description de forme mictionnelle chez le patient à partir de ses plaintes. Pour ce faire, les SBAU sont classés en trois groupes à savoir : les symptômes de la phase de stockage, les symptômes de la phase de vidange et les symptômes de la phase post-mictionnelle. Il existe neuf types d'incontinence urinaire définis par l'ICS en 2017. Il s'agit de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) ; l'incontinence par urgenturie (un désir soudain impérieux et irrépressible d'uriner. C'est un besoin pathologique différent d'une forte envie d'uriner en particulier parce qu'il ne prévient pas) ; l'incontinence mixte (elle représente à la fois l'incontinence urinaire d'effort ajoutée à urgenturie) ; la dysurie ou syndrome dysurique (retard au démarrage de la miction, nécessité de pousser pour initier la miction, jet faible et/ou en arrosoir, jet interrompu et une miction en plusieurs temps) ; énurésie (miction complète involontaire) ; pollakiurie diurne (augmentation du nombre de mictions par 24 heures ; nycturie réveil induit par l'envie d'uriner) ; syndrome clinique d'hyperactivité vésicale ; sensibilité vésicale (traduis un besoin d'uriner progressivement croissant jusqu'à l'obtention d'un besoin pressant).

Ces troubles proviennent de l'amortissement des cellules et des fonctions urinaires. L'amortissement de cet ensemble provoque des troubles de la miction chez la personne âgée. Ces troubles ne sont généralement pas compris par les sujets jeunes qui considèrent à tort ces difficultés des personnes du troisième âge comme une conséquence de leur méchanceté. Cette incompréhension constitue une source de souffrance pour les personnes âgées, car elles ne sont pas accompagnées adéquatement. Cela entraine parfois un isolement de la personne, car son environnement n'est pas compréhensif. Dans certains milieux, l'entourage développe une cécité extraordinaire sur les souffrances des personnes du troisième âge et ne favorise ni l'appel à l'aide ni la verbalisation des souffrances ressenties et vécues douloureusement. De plus, ces personnes n'ont généralement pas accès aux soins de santé. Elles ne parviennent généralement pas à exprimer leur souffrance. Or, sans l'expression du problème par le patient, la prise en charge pose une énorme difficulté. C'est au regard de cela que Boddaert et *al* (2013) estimaient que les personnes du troisième âge qui ne communiquent pas sur leurs difficultés sont des personnes vulnérables. Mais en dehors de cette demande de soin ou la demande tardive de soin, les troubles mictionnels sont des pathologies délicates qui impactent le fonctionnement social de la personne. La prise en charge des troubles mictionnels dont l'incontinence urinaire

nécessite une attention particulière. Si rien n'est fait, le patient peut développer des difficultés psychologiques qui compliquent sa souffrance face à la maladie. Il est fréquent d'observer chez des personnes âgées une comorbidité, c'est-à-dire la présence simultanée des troubles mictionnels et des troubles mentaux surtout la dépression. C'est compte tenu de cela que El Khoudri et *al* (2020) ont considéré que l'incontinence urinaire affecte de manière importante le bien-être physique, psychologique, social et la qualité de vie des femmes.

3.2 Troubles psychologiques secondaires à l'incontinence urinaire

Les situations de comorbidité sont fréquentes chez les personnes du troisième âge confrontées à l'incontinence urinaire. Compte tenu des difficultés éprouvées par les personnes âgées confrontées à l'incontinence urinaire, elles peuvent souffrir secondairement de troubles psychologiques de type anxieux, de dépression voire des psychoses graves et invalidantes. Bruno et Lepetit (2015, p.1), rapportent que la prévalence des troubles mentaux chez les sujets âgés incontinents urinaires est comprise entre 3,2% et 14,2%. Ils mentionnent que dans la manifestation de ces pathologiques qu'il y a des singularités qu'il est nécessaire de prendre en compte dans le traitement.

Au nombre de ces troubles, les troubles de l'humeur sont au premier plan. En effet, les troubles thymiques sont consécutifs aux difficultés urinaires et à son vécu. L'incompréhension de l'entourage, la négligence et l'insatisfaction sont des facteurs qui agissent sur l'humeur de la personne âgée. Cela impacte son fonctionnement psychologique et social. Ainsi, l'humeur est souvent dépressive. Dans les cas majeurs et en contexte de solidarité familial, ce trouble de l'humeur est passager. Mais, si rien n'est fait, ce trouble de l'humeur donne corps au trouble du transi alimentaire ou au trouble instinctuel. C'est ce qui explique chez les personnes âgées, les troubles alimentaires (perte d'appétit ou au contraire une boulimie sous forme d'hyperphagie), les troubles du sommeil (insomnie d'endormissement, de réveil ou de réveil multiple), l'hypersomnie, etc.). On observe fréquemment chez ces personnes une baisse d'énergie ou fatigue, faible estime de soi, difficultés de concentration, sentiment de perte d'espoir Le Rouzo, (2008), p.101. L'association du trouble de l'humeur, des troubles somatiques et la fatigue rebelle au traitement avec la perte d'énergie psychique traduisent le tableau clinique de la dépression. Ainsi, la dépression est un trouble fréquent chez les personnes âgées. Elle est plus fréquente chez les personnes âgées qui sont confrontées à des situations particulières comme les maladies chroniques ou l'incontinence urinaire.

Face à l'incontinence urinaire, nombreuses sont des personnes âgées qui développent des troubles anxieux. La peur et la honte sont les sentiments les plus ressentis par les personnes

âgées. En effet, la peur de se salir ou d'être incapable de répondre à ce besoin physiologique entraine le retrait social, l'évitement de la participation aux activités de groupe ou communautaires, la honte. Il y a souvent chez les personnes âgées une accentuation des manifestations anxieuses. De plus, le désir d'être respecté par les autres ou de ne pas constituer une charge pour eux amène certaines personnes âgées à développer des rituels qui se retournent contre eux. Ainsi, les troubles obsessionnels compulsifs peuvent s'inviter dans le rang des souffrances des personnes âgées. En dehors de ces troubles, on observe aussi à cet âge la peur de l'abandon et la docilité hypocrite. Ces personnes expriment un besoin permanent de soin ou d'affection. Ce comportement collant ou attachant peut-être source d'épuisement ou de lassitude pour un entourage non bienveillant. Selon, Mareau et Vanek-Dreyfus (2010), p.200 le comportement de certaines personnes du troisième âge traduit une avidité affective inexorable et un besoin d'attention éternellement insatisfait, provoquent souvent chez les familles et les soignants des réactions de lassitude. Face à cette observation, ils ont conclu que l'entourage des personnes âgées ou les professionnels qui offrent des soins à cette catégorie de personne doivent comprendre ce fonctionnement mental pour y répondre favorablement afin de ne pas les repousser.

La vulnérabilité des personnes âgées favorise le développement des troubles psychotiques graves. Selon Le Rouzo (2008 p.103-104) la fragilisation physique et cognitive, les pertes sensorielles multiples, l'isolement, la solitude affective, l'hospitalisation, sont autant de facteurs susceptibles de favoriser l'apparition de troubles psychotiques chez les personnes âgées.

3.3 Incontinence urinaire et qualité de vie

Le concept de qualité de vie peut être perçu différemment. Il traduit selon l'OMS (1947) la perception qu'a une personne de sa place dans la vie, dans le contexte de sa culture et de son système de valeur, en relation avec ses objectifs et ses attentes. Ce concept désigne selon Tornare et Rinfret (2019) la perception globale de la personne de son état de santé physique, de son état psychologique, de son niveau d'indépendance, de ses relations sociales, de ses croyances personnelles et de ses relations avec les événements de son environnement. Puisque cette perception est individuelle et subjective, elle est influencée par l'incontinence urinaire. En effet, la notion de dépendance et d'équilibre psychologique que son concept implique fait que le sujet incontinent, vit une souffrance qui déteint sur sa qualité de vie. Avec une incontinence urinaire, il est évident que l'inconfort auquel est soumis le sujet porte atteinte à sa qualité de vie. On admet également que chaque individu attribue aux événements une valeur positive ou

négative, en fonction de son environnement, de sa personnalité et de sa santé mentale. Elle permet selon Fisher (2002, p.285) l'exploration du niveau de stress, des motivations, de la satisfaction des buts de vie, de la qualité des relations sociales et familiales. Il est alors fondamental de restaurer ou de préserver la qualité de vie de ces personnes et de construire des outils permettant d'évaluer l'impact physique, mental et social subjectif de ces pathologies et de leurs conséquences ainsi que celui des soins et des traitements qui leur sont associés (Bruchon-scheweitzer, 2002, p.46).

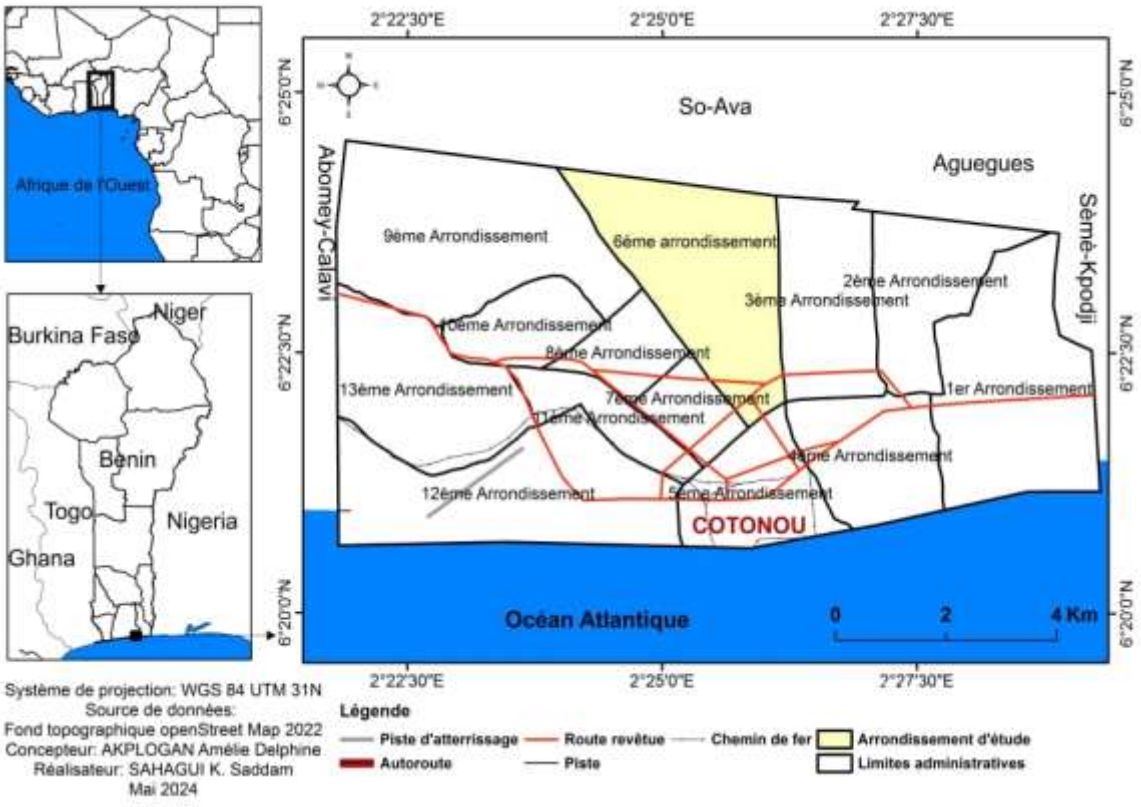
CHAPITRE II : CADRE DE LA RECHERCHE ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Dans cette partie, il est question de présenter brièvement le cadre physique de recherche, ensuite définir la population cible et enfin déterminer l'échantillon approprié.

Le cadre physique de notre travail est constitué d'abord du lieu de stage et ensuite de la ville ciblée pour la population de la recherche.

1. Présentation du cadre de l'étude : CNHU-HKM dans la ville de Cotonou

Dans le cadre de cette étude, le choix est porté sur la ville de Cotonou. Aussi, avant d'aller plus loin, est-il important de faire une lumière sur cette ville.

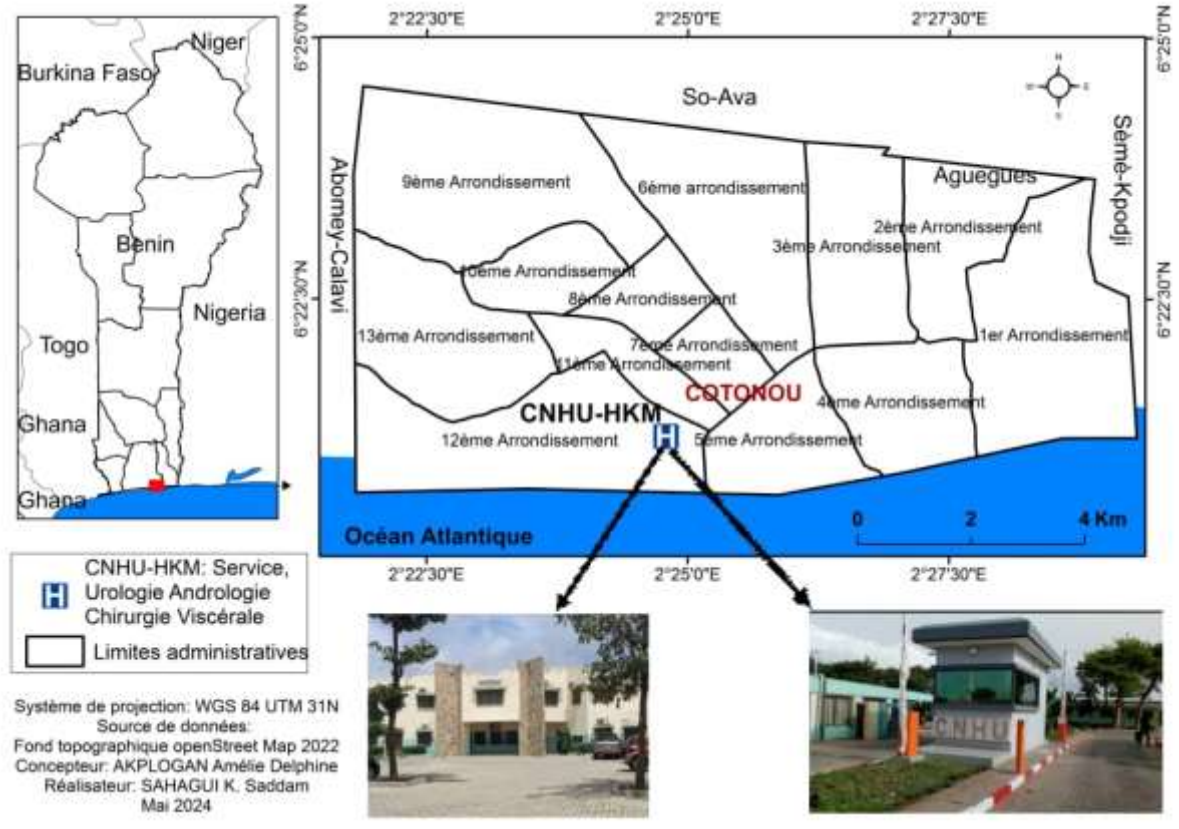


Carte de la ville de Cotonou et son découpage territorial

La ville de Cotonou doit son nom à l'embouchure située entre le lac Nokoué et l'Océan Atlantique et se prononce *Kútɔ̀nú* signifie « embouchure du fleuve de la mort » en langue Fongbé. La ville est divisée en deux par le canal creusé en 1855 par le colon français. Cotonou est de loin la ville vitrine du Bénin et comporte les grandes administrations. C'est sans doute pour cette raison qu'on estime qu'elle est la capitale économique du pays. Cette ville qui constitue le département du littoral s'étend sur une superficie de 79 km2. Avec l'avènement de la décentralisation, Cotonou est devenue une commune à statut particulier avec 13

arrondissements et 34 quartiers de ville. Sa population est estimée à 2.528723 habitants. Cotonou est une ville de forte activité économique. De ce fait les populations inactives sont généralement laissées pour compte. Ainsi, À Cotonou, souvent les personnes âgées sont logées dans un coin de la maison ou de la concession, dans une petite chambre isolée, dont elles ne sortent pour discuter avec les autres membres du ménage au salon que quand on les y invite. Parfois, les enfants, dans cette conception ne les fréquentent qu'au besoin ou en cas de conflits affectifs avec les adultes. Ainsi, ces personnes sont malgré elles contraintes à l'isolement social. Cette façon de contraindre les personnes âgées à une réclusion engendre chez elles l'ennui, le stress, la dépression, le trouble de l'adaptation ou des formes grave de décompensation psychopathologique.

C'est dans cette mégapole du Bénin que se situe le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM). Ce centre de soin et de formation a servi de cadre empirique pour la collecte des données. La carte suivante présente le CNHU-HKM



Carte du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM)

Le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga: (CNHU- HKM) est pour le moment l'unique hôpital de référence du pays. C'est ce qui fait qu'il constitue un centre d'attraction aussi pour les malades, les stagiaires que pour les chercheurs et les praticiens. Il

constitue le bassin de nos investigations empiriques à cause de l'existence entre autres, de deux services importants dans le cadre de cette recherche : le service d'urologie et le service psychiatrique pour la prise en charge des personnes âgées sujettes de troubles de la miction.

Outre la raison sus évoquée, le choix de ce lieu est la résultante de nos activités sociales liées à l'inclusion sociale des personnes vulnérables. Alors, pendant notre stage de fin du premier cycle en 2015 au Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique Jaquot (CNHUP Jaquot), nous avons rencontré quelques personnes du troisième âge hospitalisées, dont l'anamnèse présentait des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU). Outre cela, plusieurs personnes âgées de voisinage sont sujettes de troubles de la miction, mais sans une prise en charge appropriée. Selon nous, la dénomination et les activités du CNHU-HKM contribueraient énormément à obtenir satisfaction pour ce travail du fait de l'existence en son sein d'un service d'urologie et d'un service de psychiatrie. Voilà les motifs qui sous-tendent le choix de cette structure comme lieu de stage. Ainsi, pour atteindre les objectifs de stage, il est établi un plan conformément au parcours des patients ciblés pour prise de contact, séances d'informations et explication du contexte, visites d'entretien et de collectes d'informations. Fondé en 1962, le CNHU-HKM est d'abord dénommé « Hôpital 350 lits » (eu égard à sa capacité d'accueil) pour être renommé 11 ans plus tard plus précisément, le 10 janvier 1973 « Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou » (CNHU-C).

L'hôpital a pris son nom actuel à la suite du décès de monsieur Hubert Koutoukou MAGA, le premier président béninois. En 2018 ce fut le tout premier hôpital du Bénin qui disposait de 642 lits, d'un service d'accueil des urgences, de deux salles de réanimation polyvalentes de même que de dix services, de douze services de médecine et spécialité médicale, d'un service de pharmacie, d'un service social hospitalier et de six services médicotechniques. Le CNHU-HKM déclaré, centre universitaire, accueille aussi bien des spécialistes de la santé que des apprenants. Les étudiants des différentes unités de formations et de recherche du secteur de la santé ou des soins viennent pour des stages ou des formations. Dans une logique de perfectionnement et de modernisation des offres de soins, le CNHU-HKM s'est doté d'une imagerie par résonnance magnétique en novembre 2020.

Dans son progrès, le CNHU-HKM par ses services compétents a réalisé en avril 2021, la première chirurgie à cœur ouvert au Bénin.

Mais depuis peu, le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) et l'hôpital d'instruction des armées de Cotonou ne forment désormais qu'une

seule et même entité. Cette décision a été prise lors du Conseil des ministres du mercredi 7 septembre 2022. Dans une vision d'optimisation des services de santé, le gouvernement a décidé en conseil des ministres de la fusion du CNHU-HKM et de l'hôpital d'instruction des armées de Cotonou. Ces deux centres hospitaliers étaient mitoyens. La décision prise en Conseil des ministres le mercredi 7 septembre vise à optimiser les prestations au profit des usagers. Cet acte de fusion des deux hôpitaux a été consacré par le décret N°2022-528 du 07 septembre 2022. Selon les dispositions de ce décret,

> « […] *La mise en commun des moyens va donc favoriser la mutualisation des ressources disponibles dans les deux structures, le renforcement des pôles de spécialités, une plus grande efficacité dans la prise en charge des urgences, une meilleure organisation s'agissant de l'approvisionnement en intrants et de l'acquisition des équipements, de même que la facilitation de la référence et de la contre référence ou la continuité des soins selon le Conseil des ministres […]*».

D'après l'état des lieux, certaines compétences et spécialités ne sont pas suffisamment utilisées, de même que les infrastructures ; ce qui est de nature à créer des préjudices aux patients. C'est dans cette perspective qu'il a été décidé de la fusion des deux centres. Le Conseil des Ministres a instruit le Ministre de la Santé et celui de l'Économie et des Finances aux fins de prendre des dispositions pour la mise en place des organes de gouvernance du nouveau Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM.) Marc MENSAH, (2022), *L'information*

2. Démarche méthodologique

À ce niveau, une recherche scientifique suppose que le chercheur ait une feuille de route. Il est donc question d'aborder respectivement : la nature de la recherche, la population d'enquête, le choix des personnes interviewées, des techniques et instruments de recueil de données, des instruments et méthodes d'exploitation des données, et des difficultés éprouvées.

2.1 Nature de la recherche

La compréhension et la description d'un phénomène nécessite son analyse approfondie. Ainsi, pour une analyse fine du vécu des personnes âgées par rapport à l'incontinence urinaire, nous inscrivons l'étude dans la perspective de Attenoukon (2011, p.121) qui admet que la combinaison des approches qualitatives et quantitatives favorise une meilleure compréhension des phénomènes. De ce fait, cette recherche est de nature mixte. Mais, on y observe une prédominance qualitative. De plus, les méthodes qualitative et quantitative s'inspirent du pragmatisme Johnson et Onwuegbuzie, (2004) ; le pragmatisme étant un modèle qui se veut intégrateur des différentes approches de recherche de nature qualitative et quantitative (Pinard,

Potvin et Rousseau, 2004). En réalité, cette recherche se veut à la fois descriptive et explicative même si son caractère explicatif prédomine. La perspective descriptive vise à présenter l'inventaire et les liens entre les différentes variables dépendantes et indépendantes qui structurent l'étude. Par cette approche, les rapports entre les troubles mictionnels et les troubles psychologiques qu'ils engendrent seront exposés et détaillés de façon fine. La démarche explicative permet quant à elle de mettre en évidence les liens de causalité entre les différentes variables. À partir de ces approches, les impacts des troubles psychologiques sur le vécu et l'évolution de l'incontinence urinaire chez la personne âgée seront évalués pour un meilleur accompagnement psychologique de cette catégorie sociale qui constitue une cible vulnérable.

2.2 Groupes cibles

De la population cible et de l'échantillonnage, il s'agit de déterminer notre zone d'enquête au sein de laquelle la population de l'étude a été retenue pour définir l'échantillon. Alors dans le cadre de la présente recherche, la population d'enquête est composée de personnes du 3ème âge, de quelques familles et accompagnants, des médecins coordonnateurs d'hôpital de zone, des chefs de service et d'agents de santé des services d'urologie et de psychiatrie, de responsables du Centre de Promotion Sociale et du service social sanitaire du CNHU-HKM.

2.3 Cible de l'échantillonnage

Dans une recherche scientifique, l'échantillonnage est aussi une étape importante de la démarche méthodologique. À cette étape, nous exposons donc l'échantillon retenu et les modalités pour répertorier les sujets à interroger. En effet, les personnes du troisième âge souffrant d'une incontinence urinaire constituent la population de base de cette recherche. Pour y parvenir, la définition de notre échantillon a tenu compte dans un premier temps des patients enregistrés au service d'urologie de l'année académique 2022-2023 et dans un second temps des patients enregistrés au service de la psychiatrie pour une psychopathologie liée à l'incontinence urinaire.

Autrement dit, pour la collecte des données, dans le cadre de la présente recherche, seuls les patients résidant dans la ville de Cotonou et reçus dans une période correspondant à la période de notre stage dans les services d'accueil des personnes du troisième âges souffrant d'une incontinence urinaire, leurs accompagnants et leurs soignants ont été retenus pour répondre au questionnaire et guide d'entretien. Au regard de ces critères, l'échantillonnage est de type raisonné. La taille de l'échantillon a été déterminée selon l'approche de 20% de Javeau qui précise que l'échantillon peut présenter 20% ou plus de population mère, soit un cinquième (Javeau, 1982, p.46). La définition de l'échantillon des parents, des médecins, des assistants

sociaux, des psychologues et du personnel administratif a été faite suivant la même méthode d'échantillonnage.

2.4 Raison du choix

Le choix des personnes interviewées est fait en fonction de l'adéquation du profil des personnes en lien avec l'intitulé de notre thème de recherche et du parcours des patients en quête de la guérison de la maladie et de regain ou non de leur santé mentale. Autrement dit, nous nous sommes basée sur des critères d'exclusion et d'inclusion des personnes du troisième âge atteintes d'une incontinence urinaire. Ainsi, La population cible de cette recherche est composée des personnes du 3ème âge sujet de l'incontinence urinaire, de tous les acteurs du micro système sanitaire du CNHU-HKM et de la Direction Départementale des Affaires Sociales et des Micro finance. Il s'agit principalement des bénéficiaires directs (personnes âgées atteintes de l'IU), de parents ou descendants des patients, du corps médical, des services sociaux décentralisés, du corps de contrôle sanitaire, et du personnel administratif.

S'agissant des patients, notre recherche s'intéresse à trois composantes. La première est la manche concernant l'incontinence urinaire (IU) dans le lot des patients résidant dans la ville de Cotonou. La seconde composante qui est le relai de la première concerne les patients dont le tableau clinique a évolué vers les troubles mictionnels. Tandis que la troisième et la dernière composante est celle relative aux psychopathologies liées aux troubles de la miction sur la période allant de l'année académique 2022 à 2023 pour identifier des cas de sujets atteints de l'IU ayant abouti aux troubles de la miction et d'éventuels cas de psychopathologie dans le processus de prise en charge notamment des patients de Cotonou. De façon détaillée, nous avons visé un effectif de quatre-vingt-douze (92), soit quarante (40) patients. Les médecins (Urologues et Psychiatres) au nombre de deux (02), les Surveillants au nombre de deux (02) et les Administrateurs de garde également au nombre de deux (02). Il y a deux (02) Assistants Sociaux. Le corps de contrôle fait un (01) et les parents, quarante (40). Nous envisageons par ailleurs deux (02) psychologues cliniciens.

2.5 Techniques et instruments de collecte de données

Cette rubrique aborde l'instrumentation qui vise la description des différents outils et instruments déployés dans le cadre de la recherche. Il est donc question de présenter les outils de collecte des données, les instruments d'analyse des données recueillies et par ailleurs les outils et instruments de traitement exploités.

2.5.1 Instruments et méthodes d'exploitation des données

Ici les différentes méthodes et instruments ayant permis la collecte des données sont évoqués. Il s'agit précisément de l'entretien et du questionnaire d'enquête.

2.5.1.1 Première technique de collecte des données : le questionnaire d'enquête

Le questionnaire d'enquête est un outil de collecte des informations très prisé en recherche quantitative. Ainsi, pour cette recherche, un questionnaire d'enquête a été utilisé pour identifier les symptômes urinaires chez les patients. Après l'élaboration du questionnaire et le codage, le masque des données a été construit.

2.5.1.1.1 De la structuration des questionnaires

Au regard de la catégorisation des enquêtés, trois questionnaires d'enquête ont été utilisés. Les trois questionnaires n'ont pas le même schéma : une note introductive permet de mettre l'enquête dans le bain du travail de recherche. C'est un petit texte présentant le contexte de passation de l'outil, ses objectifs et la stratégie du remplissage en l'absence de l'enquêteur. Il se termine par tradition avec une note de garantie de la confidentialité des informations fournies par l'enquêté et un remerciement anticipé du chercheur.

En ce qui concerne le corps des différents questionnaires proprement dits, il est subdivisé en trois grandes sections : la découverte des différents services sanitaires ciblés, leurs activités, la qualité professionnelle du personnel qui intervient dans la prise en charge des patients et l'impact de la présence des différents responsables : Chefs de service, Surveillants, Administrateurs de garde, corps de contrôle sur les performances de leur personnel.

La première rubrique du questionnaire qui porte sur la découverte des différents services ciblés à travers leurs diverses activités vise à vérifier au niveau de l'institution si les activités menées au niveau de chaque service permettent de prouver que ces services font une prise en charge adéquate à travers leurs différentes prestations face aux besoins des personnes du troisième âge. Ensuite, la deuxième rubrique portant sur l'influence de ces activités sur la santé mentale et le bien-être des patients permet de vérifier réellement l'impact des activités organisées dans ces différents services. En ce qui concerne la dernière rubrique, elle permet d'apprécier la qualification des personnels qui assurent la prise en charge des besoins spécifiques dont certains patients se retrouvent en situation d'exclusion sanitaire et par effet de ricochet en exclusion sociale au sens large du concept.

2.5.1.1.2 De l'élaboration du questionnaire d'enquête

Selon Mouriaux (1979, p. 18), il ne suffit pas de disposer d'un bon échantillon pour qu'une enquête soit placée sur de rails solides. Il convient aussi que le questionnaire soit correctement

établi. Alors pour y parvenir, trois catégories de questionnaires ont été apprêtées en fonction du statut. La première catégorie a deux volets dont le premier a été adressé aux agents de santé et aux chefs de service qui constituent les piliers tandis que les deux autres ont été utilisés aux personnes du 3ème âge sujet de l'IU et à leurs proches, cibles importantes de cette recherche. La deuxième catégorie a été consacrée aux responsables de services sociaux ciblés et aux assistants sociaux ; ces derniers servant de couloir de transmission entre les patients à besoins particuliers et les centres de promotion sociale de leur zone de résidence et investis dans la prise en charge de ce public pour l'établissement des dossiers d'admission dans les centres de santé étatiques de soins spécifiques pour personnes du troisième âge.

Alors pour suivre la logique de De Ketele et prévenir de biais, il a été utilisé une seconde méthode de collecte des données qu'est l'entretien.

2.5.1.2 Deuxième technique de collecte des données : l'entretien

À cet effet, un guide d'entretien a permis de collecter des informations appropriées auprès des agents et responsables au niveau des différents services (urologie, santé mentale).

- **De la structuration du guide d'entretien**

À l'instar des questionnaires d'enquête, le guide d'entretien exploité dans le cadre de cette recherche a été organisé en deux grandes parties. Après le texte introductif qui est demeuré inchangé par rapport aux questionnaires, nous avons une série de questions numérotées de 1 à 13, destinées à vérifier l'impact des alternatives sanitaires sur les soins reçus par les éventuelles victimes d'exclusion. Cette série de questions est complétée par l'identification et les caractéristiques socioprofessionnelles de l'enquête. Comme expliqué *supra*, cette rubrique vise à recueillir les informations d'ordre général auprès des enquêtés. Dans le cas d'espèce, il s'agit précisément du sexe, de la profession et de la fonction.

À présent, nous décrivons la démarche utilisée pour conduire cette recherche.

2.5.1.3 Troisième technique de collecte des données : l'échelle

Dans une recherche scientifique, il est important d'utiliser une échelle de mesure afin d'éviter un biais dans le diagnostic. Pour ce faire, une échelle d'évaluation de la gravité de l'affection chez les sujets a été utilisée.

2.5.1.4 Quatrième technique de collecte des données : l'enregistrement

L'enregistrement est une technique de collecte de données empiriques permettant une fidélité dans le retour de l'information. Dans le cadre de ce travail, il a été aussi indispensable notamment

pour certains sujets lors des séances de collecte d'informations, d'utiliser des appareils enregistreurs comme des supports matériels et méthodologiques de cette recherche. L'élaboration des outils de collecte a été faite dans la période du 7 au 31 juillet 2020. De façon concrète, il a été question d'utiliser deux différents outils : le questionnaire d'enquête et le guide d'entretien. Les personnes du 3ème âge, les agents de santé ainsi que le personnel administratif des différents services enquêtés ont été approchés avec l'un ou l'autre de ces outils dont l'ossature est en annexe du présent document.

2.6 De l'organisation et du déroulement de la recherche

Deux grandes étapes successives ont marqué cette section. Il s'agit de la phase du prétest des outils conçus puis la phase de l'enquête ou de la collecte proprement dite sur le terrain. Passons donc en revue ces différentes phases.

2.6.1 Prétest des outils

Dans le cadre d'une recherche scientifique, l'outil de collecte reste une étape déterminante dans la construction de l'instrumentation. En effet, l'outil de collecte a pour avantage d'éviter autant que possible des obstacles susceptibles de bloquer la recherche au risque de biais dans les résultats. Ces biais sont de diverses natures notamment l'effet de halo, l'effet Pygmalion et l'effet Rosenthal (Boko, 2013). Il s'avère alors essentiel que l'enquêteur soit suffisamment informé sur ces obstacles afin de garantir la scientificité des outils élaborés.

Pour rendre efficace l'outil, et rester en cohérence avec l'assertion de Boko (2013), un prétest durant toutes les deux dernières semaines du mois d'avril plus précisément du 20 au 30 avril 2024 a été effectué. Lesdits outils de collecte adressés aux patients, aux agents de santé et aux acteurs concernés par la recherche. De ce fait 10 individus ont été interrogés, soit 0,66 % de l'échantillon total. Ainsi, nous avons au niveau de chaque catégorie de notre cible la répartition suivante : 08 patients, 01 agent, 01 responsable de services sanitaires, 02 parents et 02 autorités administratives. Alors, à l'issue du prétest par questionnaire qu'avons-nous constaté ?

En ce qui concerne le questionnaire administré aux personnes du 3ème âge, il a été d'abord, requis un moment favorable à l'administration de l'outil et jaugé la durée de sa mise en œuvre. Ainsi, il est évident qu'en moyenne, la durée de passation varie de dix (10) à quinze (15) minutes. Ensuite, nous avons focalisé notre attention particulièrement sur la pertinence, la précision et la formulation des questions contenues dans l'outil. À cet effet, on note l'absence de toute ambigüité. Cependant, il y a eu tout de même des modifications et des ajustements en vue d'une adaptation au cas par cas au niveau des services ainsi qu'au niveau des individus. (*cf*.

annexes). Il en est de même pour les différents questionnaires auxquels sont soumis les chefs de service. Le guide d'entretien, quant à lui, a connu aussi de légères modifications après le prétest. Ce travail préliminaire a favorisé une dédramatisation et a résolu des questions de réserves au profit d'une enquête fiable.

2.6.2 Administration des outils pendant l'enquête

La collecte des données empiriques sur la prise en charge des personnes du 3ème âge, sujettes de l'incontinence urinaire dans les services ciblés s'est déroulée du mois de juillet au mois d'août 2023 dans les services d'urologie et de la psychiatrie du CNHU-HKM de Cotonou. Cette période a pris en compte aussi bien les personnes du 3ème âge, des agents de santé, des assistants sociaux, chefs service que des administrateurs de garde. À cet effet, les deux principaux outils ont été élaborés et administrés : le questionnaire d'enquête et la grille d'entretien. Les patients ont été enquêtés respectivement avec un questionnaire d'enquête tandis que les guides d'entretien ont été administrés aux soignants, aux ascendants/accompagnants et aux assistants sociaux d'une part et d'autre part aux responsables d'Unité de notre cible.

Le protocole ainsi mis en place a permis de faire un traitement minutieux et d'analyser de fond en comble les différentes données collectées grâce à d'autres outils exploités et qui se présentent dans les lignes qui suivent.

2.7 Instruments et techniques de traitement des données

La phase de dépouillement est une étape très importante dans le traitement des données. En effet, les données collectées connaissent souvent une extension lors des vérifications compte tenu des outils de collecte utilisés en vue de contrôler la cohérence, la crédibilité et la fiabilité des informations livrées par les enquêtés ; ce qui nous a permis de sérier les données qualitatives et les données quantitatives qui ont été traitées séparément.

- ***Les logiciels statistiques comme instruments de traitement des données quantitatives***

Le traitement des données de nature quantitative recueillies à travers les questionnaires, a suivi les étapes ci-après :

- ✓ la réalisation du masque de saisie dans le logiciel Excel version 2016 ;
- ✓ la saisie ou l'enregistrement des données collectées par les questionnaires à partir du masque de saisie conçu ;

Après la compilation, la première phase a consisté à classer puis à évaluer le matériel à analyser

- la deuxième a permis de repérer les passages pertinents issus des différents entretiens individuels réalisés ;

- la troisième est reposée sur la sélection et la définition des unités de classification des données récoltées. Celles-ci ont un lien étroit avec les centres d'intérêt qui se dégagent des hypothèses de départ y compris également le profil sociodémographique et professionnel de chaque répondant qui a permis d'établir le lien au contenu de son discours ;
- enfin, la dernière étape est basée sur l'interprétation des résultats. Le but recherché est de confirmer ou de réfuter les hypothèses de départ. Ainsi, l'attention est portée sur les énoncés révélateurs, dont la fréquence d'apparition n'était pas nécessairement élevée, mais qui semblent révélatrice et pertinente pour corroborer ou réfuter les hypothèses de recherche, ou encore pour les modifier. À cette phase, la technique de triangulation a été utilisée pour confronter les données provenant de diverses sources.

Au terme de ce mécanisme, des passages de déclarations des discours des interviewés sont utilisés sous forme de verbatim pour étayer une solide argumentation. Mais tout ceci n'a pu être réalisé sans difficulté.

2.8 Difficultés éprouvées

Durant le travail, les différentes étapes de mise en œuvre du présent travail nous ont fait enregistrer beaucoup de difficultés. Ces difficultés sont aussi bien d'ordre temporo-spatial, communicationnel que régalien et se présentent ainsi qu'il suit :

- chevauchement de la période retenue pour la collecte des données avec la période des travaux d'examens, de pré-vacances et de vacances universitaires où patients, accompagnants, Chefs de service et agents de santé sont, chacun en ce qui le concerne dans les activités de fin d'année académique;
- la fusion du CNHU-HKM et de l'Hôpital des Armées, la multiplication et les reports de rendez-vous qui s'expliquent par les fortes sollicitations et la mobilité de certains responsables.
- L'accès à la salle des stagiaires située à l'étage, et vu le nombre de fois obligatoire à monter et à descendre les escaliers, a occasionné pour moi beaucoup de souffrance en raison de mon état de santé (arthrose et douleurs lombo-sciatiques) mais notre endurance nous a permis d'aller au bout du stage avec quelques jours de repos sanitaire.

SECONDE PARTIE : PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES TROUBLES DE LA MICTION CHEZ LES PERSONNES DU TROISIEME AGE DE COTONOU

CHAPITRE III : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

1. Présentation des résultats issus de la recherche

1.1 Spécification de l'échantillon

Il s'agit ici du point des différentes composantes de l'échantillon à l'aide de tableau.

Tableau IV: Récapitulatif de l'échantillon en fonction des catégories sociales

	Effectifs	Pourcentage (%)
Personnes âgées (actives, retraitées)	40	4,34
Parents (descendants, proches)	40	4,34
Surveillants	02	5,00
Médecins	02	5,00
Administrateurs de garde	02	5,00
Psychologues cliniciens	03	7,50
Assistants sociaux	02	5 00
Corps de contrôle	01	2,50
Total	92	100,00

Source : enquête de terrain, juillet- août 2023

☞ ***Répartition des personnes âgées rencontrées selon leur sexe***

Tableau V: Répartition des personnes âgées rencontrées selon le sexe

	Effectifs	**Pourcentages (%)**
Masculin	23	57,50
Féminin	17	42.50
Total	40	100.00

Source : enquête de terrain, juillet-août 2023

De ce tableau, il ressort que 23 soit, 57,5 % des personnes du troisième âge sujets d'un trouble de la miction enquêtées sont du sexe masculin contre 17 individus soit, 42,5 % de sexe féminin. Toujours dans le cadre de ce travail, nos investigations nous ont rendu à l'évidence d'une part que certains patients du CNHU-HKM sont enregistrés au service de l'urologie.

☞ ***Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge***

Tableau VI: Répartition des patients enquêtés selon l'âge

	Ages attribués	Effectifs	Pourcentages (%)
Entre 50 et 60 ans	55	06	15,00
Entre 61 et 70 ans	65,5	24	60,00
Entre 71 et 80 ans	75,5	06	15,00
Entre 81 ans et plus	85	04	10,00
Total	181	40	100.00%
Moyenne des âges	**30,16**		

Source : enquête de terrain, juillet-août 2023

Selon les archives des différents services ciblés, et les ascendants ou proches des patients interrogés, on retient que, 06 soit 15 % sont dans la tranche d'âgés de 50 à 60 ans également 15 % pour la tranche de 71 à 80 ans, pendant que la tranche de 61 à 70 ans englobe 60 % de l'échantillon Le reste, 10 % ont un âge compris entre 81 et plus. C'est dire que la population des patients reçus dans ces services est majoritairement du 3ème âge jeune, avec une moyenne d'âge de 30,16. Ces patients sont accueillis dans les services de l'urologie et de la psychiatrie sur orientation des parents, sur orientation des médecins généralistes, des cardiologues et des endocrinologues.

Pour ce faire, une répartition des patients selon leur emploi est faite.

☞ ***De la répartition des patients selon emploi***

Tableau VII: Répartition des patients selon le statut professionnel

	Effectifs	Pourcentages (%)
Fonctionnaires d'État	03	7,50
Agents d'entreprises privées	02	5,00
Artisans	03	7,50
Commerçants	02	5,00
Revendeurs (euses) de divers	02	5,00
Retraités	28	70,00
Total	40	100,00

Source : enquête de terrain, juillet- août 2023

À la lecture de ce tableau, il ressort que : 70 % des personnes du troisième âge, sujets d'un trouble mictionnel sont des agents retraités. 7,5 % sont des artisans encore à l'œuvre, contre 2 % de commerçants et d'agents d'entreprises privées.

☞ **De la répartition des proches (famille/enfants selon leur emploi**

Tableau VIII: Répartition des proches (familles/ascendants) enquêtés selon leur emploi

	Effectifs	Pourcentage (%)
Fonctionnaires d'État	01	2,50
Agents d'entreprises privées	07	17,50
Artisans	05	12,50
Commerçants	04	10,00
Revendeurs (euses) de divers	11	27,50
Agents domestiques	12	30,00
Total	40	100,00

Source : enquête de terrain, juillet- août 2023

Selon les informations reçues des différentes personnes proches des patients, et les ascendants ou proches des patients interrogés, on retient que, 03 soit 15 % sont dans la fonction publique. 3 autres sont également 15 % sont des artisans. 2 soit % sont respectivement : commerçants, agents d'entreprise et vendeurs de divers. 12 soit % sont des agents domestiques pendant que le plus gros lot soit 28 soit, % sont des agents retraités. Cela signifie que les individus proches de patients reçus dans le cadre de ce travail sont pour la majorité du 3ème âge jeune.

☞ ***Répartition des soignants enquêtés selon le sexe***

Tableau IX: Répartition des soignants selon le sexe

	Effectifs	Pourcentages (%)
Masculin	07	50,00
Féminin	07	50,00
Total	14	100,00

Source : enquête de terrain, juillet- août 2023

De ce tableau on retient que 7 soignants soit 50 % sont de sexe masculin contre également 7 soit 50 % qui sont de sexe féminin. Cette tendance confirme la faible représentation des femmes dans le corps professoral intervenant dans nos établissements cibles.

☞ ***Répartition des soignants enquêtés selon le grade*** **et la qualification professionnelle**

Tableau X: Répartition des soignants selon leur grade et leur qualification professionnelle

	Effectifs	Pourcentage %
Professeurs Titulaires	02	14,28
Maîtres de Conférences	02	14,28
Maîtres Assistants	02	14,28
Administrateurs de l'Action Sociale	02	14,28
Techniciens Supérieurs de la santé mentale	02	14,28
Techniciens Supérieurs de l'Action Sociale	01	7,14
Agents de maîtrise	03	21,42
Total	14	100,00

Source : enquête de terrain, juillet- août 2023

Dans la requête du grade et de la qualification professionnelle des soignants approchés et intervenant dans la prise en charge de l'incontinence urinaire chez les sujets âgés, il ressort de la collecte des données que 2 soit, 14,28 % dans chaque corps, sont respectivement des professeurs titulaires, des maîtres de conférences, des maîtres assistants, des administrateurs de l'action sociale et des techniciens supérieurs de la santé mentale, contre seulement un (01) soit 7,14 % de Technicien supérieur de l'action sociale. Et enfin, 21,42 % d'agents de maîtrise comme l'indique le tableau ci-dessus.

☞ ***Répartition des soignants enquêtés en fonction de leur ancienneté dans l'établissement***

Tableau XI: Répartition des soignants enquêtés selon leur ancienneté dans le service

	Effectifs	**Pourcentages (%)**
[0 - 10 ans [	05	35.71
[11 ans - 20 ans [	04	28.57
[21 ans-25 ans [	02	14,28
[26 ans-30 ans]	05	35,71
Total	14	100,00

Source : enquête de terrain, juillet-août 2023

À la lecture de ce tableau ci-dessus, on retient que sur les 14 soignants interrogés, 5, soit 35.71 %, ont une ancienneté comprise entre 26 et 30 ans dans le service alors que 4, soit 28.57 %, sont dans la tranche de 11 à 20 ans de service. Tandis que la tranche de 0 à 10 ans compte aussi 37,71 % celle de 21 à 25 ans d'ancienneté représente, 14,28 %.

Après ces informations sur les soignants, ce travail s'est intéressé aux familles et/ou ascendants des personnes du 3ème âge atteintes d'une incontinence urinaire ou de trouble de la miction. Il a conduit alors à explorer la piste de la connaissance du processus de prise en charge des sujets atteints d'une incontinence urinaire ou des troubles mictionnels par les sujets eux-mêmes, par les familles puis par le personnel pour des orientations conséquentes au CNHU-HKM, déjà à partir de l'accueil des sujets à travers les étapes ci-après :

- ***Répartition des proches (familles/ascendants) enquêtés en fonction de leur ancienneté dans l'accompagnement des personnes du 3ème âge***

Tableau XII: Répartition des proches (parents/enfants) enquêtés selon leur ancienneté dans l'accompagnement des personnes du 3ème âge

	Effectifs	Pourcentages (%)
[0 - 02 ans [	22	55,00
[03 ans - 05 ans [	09	22,50
[06 ans-10 ans [	05	12,50
[10 ans-+]	04	10,00
Total	40	100,00

Source : enquête de terrain, juillet-août 2023

De ce tableau, il ressort que 22 individus soit, 55 % proches des sujets âgés incontinents ont une ancienneté de 0 à 2 ans. 9, soit 22,50 % ont réuni 3 à 5 ans de ce service contre 5, soit, 12,50 % qui ont cumulé 6 à 10 ans dans cette activité d'accompagnement du sujet du troisième âge. Par contre, 4 individus soit 10 % ont capitalisé déjà 10 ans et plus dans ce travail.

1.2 Insuffisance des offres de service de santé pour les personnes du troisième âge atteintes de l'incontinence urinaire

Lorsqu'on s'intéresse aux politiques de développement sanitaire et aux différents programmes et projet de développement déployé par les différentes institutions ou structures étatiques ou privées, il est aisé de constater que la santé figure au premier plan. On pourrait donc admettre que les États, leurs partenaires et les initiatives privées travaillent hardiment à l'atteinte de

l'ODD 3 qui préconise la santé pour toutes les couches sociales d'ici 2030. Cet idéal est d'abord le point culminant des objectifs du développement durable qui stipulent dans l'alinéa 3 que les États doivent travailler à éliminer les inégalités entre les âges dans le domaine de la santé et assurer l'égalité d'accès des personnes vulnérables aux soins de santé primaire… » Ce dispositif implique les personnes du troisième âge, à tous les niveaux du système de santé. Il est fréquent de constater une limitation des offres de service de santé pour les personnes vulnérables, dont les personnes du troisième âge. Sur la question de l'inaccessibilité des personnes âgées aux services de soin de santé, un infirmier avait déclaré :

Encadré des propos recueillis chez un infirmier d'Etat :

> *« […] c'est dommage, mais notre travail est largement dépensant du plateau technique et du dispositif. Par exemple pour un service comme celui-ci ou des personnes du troisième âge peuvent fréquenter, le dispositif n'est pas adéquat, même pas pour leur faciliter la mobilité. Les toilettes parfois en pannes. Malgré notre volonté, les ressources ne sont pas disponibles […] ».* [Extrait d'entretien avec V. J., infirmier d'État].

Enquête de terrain janvier 20024

De cet extrait d'entretien, il ressort que l'indisponibilité des ressources limite l'accès de certaines couches notamment vulnérables de la population aux soins de santé. Aussi faut-il remarquer cet infirmier souligne un dispositif qui ne tient pas compte des normes ergonomiques pour faciliter la vie aux patients lors des consultations ou lors de leur séjour en hospitalisation. L'état des lieux indique donc que cet idéal de santé pour tous et à tous les âges, si tant souhaité reste vraisemblablement utopique surtout pour les couches vulnérables. Les personnes du troisième âge paraissent exclues des soins spécifiques liés à l'incontinence urinaire, aux troubles mictionnels et aux troubles mentaux. Car, les fantasmes liés au monde (la honte, le danger et la peur) conduisent des proches (familles, amis et autres) à un étiquetage de sorcellerie, pour cause d'abandon du sujet incontinent. Cet état de choses est naturellement préjudiciable au développement personnel des individus et au développement durable et intégral de toutes les couches sociales. Malheureusement, les personnes du troisième âge font face à cette réalité des inégalités sociales, qui risque de ne pas être résolue notamment lorsqu'elles sont sujettes d'une incontinence urinaire. En lien avec les difficultés des personnes du troisième âge, un médecin déclare :

Encadré des propos recueillis chez un médecin :

« […] Malgré les progrès remarquables accomplis dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ces dernières années, des inégalités en matière d'accès aux soins de santé persistent surtout pour les personnes âgées. Très peu d'entre eux fréquente le service de l'urologie du CNHU-HKM. De plus, le peu de patients qui s'y rendent sont des hommes. Ils y vont quasiment pour des raisons de cancer de prostate […] ». [Extrait d'entretien avec un médecin].

Enquête de terrain janvier 20024

De cet extrait d'entretien, il apparait que les personnes du troisième fréquentent moins la clinique d'urologie du CNHU-HKM. Il y aurait des raisons qui limitent l'accès ou la demande de soin par les personnes de troisième âge. Notoirement, parmi ces raisons figurent : le contexte socioculturel des sujets, l'insuffisance d'informations sur cette clinique et le coût du traitement à y recevoir.

L'analyse de l'extrait ci-dessus nous amène à explorer la piste de la psychiatrie afin de nous renseigner sur les personnes du troisième âge souffrant d'une incontinence urinaire consulte dans cette unité de soins. Pour ce faire, nous avons requis l'avis d'un psychiatre qui a bien voulu se confier à nous par les propos suivants :

Encadré des propos recueillis chez un psychiatre :

« […] Rire… Depuis des années que je travaille ici, je n'ai jamais reçu patient pour quelque trouble mictionnel que ce soit. La psychiatrie, c'est comme un dernier un recours… Un trouble mictionnel est en fait un problème organique. Pour venir ici le patient finit d'abord de faire le tour de tous les autres services. Imaginez un peu ce qu'il peut en être des personnes du troisième âge. Il n'y a donc pas sujets souffrant d'une incontinence urinaire reçu ici que je sache. Par contre nous recevons des personnes du troisième âge pour différentes sortes de psychopathologies […] ». [Extrait d'entretien avec G. J., psychiatre].

Source : enquête de terrain janvier 2024

A travers les propos recueillis chez ce psychiatre, le protocole de soins mis en place au CNHU-HKM au profit des personnes du troisième âge atteintes d'une incontinence urinaire n'émet aucune hypothèse liée aux retentissements psychologiques de l'incontinence urinaire chez le sujet âgé.

Pour finir cette étape, nous nous sommes intéressée à l'avis d'un psychologue toujours au niveau du personnel. L'avis de ce professionnel de la santé mental est consigné dans l'encadré ci-dessous.

Encadré des propos recueillis chez un psychologue :

« […] Non, non. Les patients viennent consulter chez moi seulement sur orientation et pour avis consultatif lorsque les soins chimiothérapiques n'ont pas suffi ou se révèlent inefficaces […] ». [Extrait d'entretien avec A. M., psychologue].

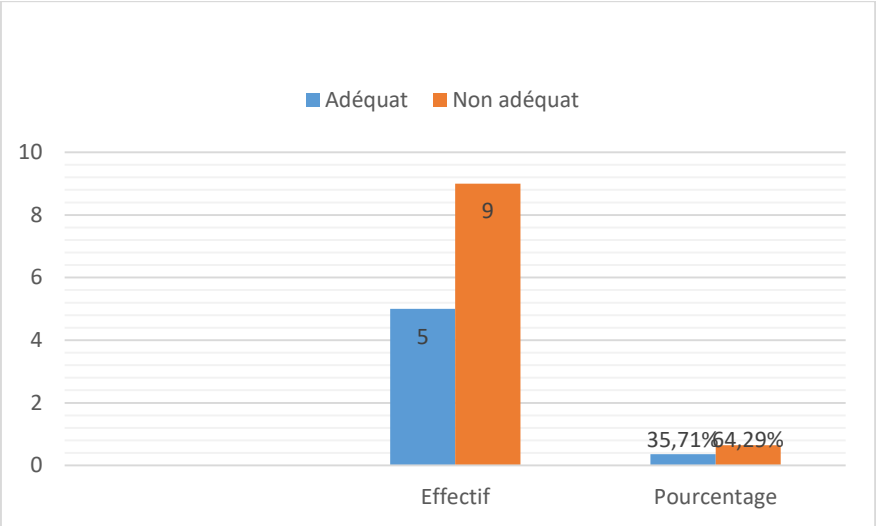
Source : enquête de terrain janvier 2024

Les propos de ce psychologue, confirment ceux du psychiatre. Nous en déduisons que la considération des aspects psychologiques du tableau clinique de l'incontinence urinaire chez les personnes du troisième âge est totalement absente dans le protocole de prise en charge des sujets incontinents.

1.3 Connaissance sur le processus de prise en charge de l'incontinence urinaire et des troubles mictionnels chez les sujets âgés

Pour recueillir les informations relatives à cette première rubrique du questionnaire d'enquête adressé aussi bien aux patients qu'aux thérapeutes dans le cadre de cette recherche, il a été successivement appliqué aux enquêtés un questionnaire. En effet, l'objectif visé à travers cette rubrique est de vérifier si avec les exigences du mécanisme des soins de santé primaire l'impact psychologique de l'incontinence urinaire et des troubles de la miction chez les sujets âgés est pris en considération dans la prise en charge des patients à la Clinique d'Urologie du CNHU-HKM Cotonou. Les points abordés sont relatifs aux plateaux techniques du service, à l'organisation interne du personnel, et à l'existence d'un système d'information et d'orientation des patients.

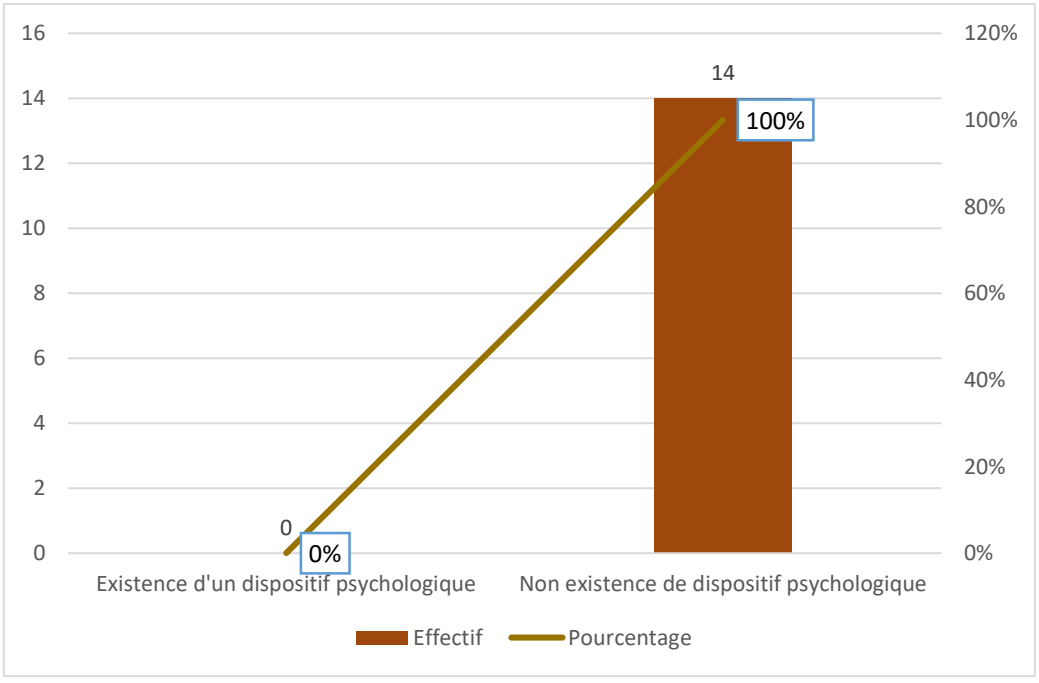
Graphique 1: Répartition des soignants enquêtés selon leur avis sur l'adéquation du plateau technique pour la prise en charge des personnes du troisième âge sujets d'une incontinence urinaire à la clinique d'urologie du CNHU HKM



Source : enquête de terrain, juillet-août 2023

À la lecture de ce tableau ci-dessus, on retient que sur les 14 soignants interrogés, 5, soit 35.71 %, ont reconnu que le plateau technique de la clinique d'urologie est inadéquat dans la prise en charge des personnes du troisième âge enclines à l'incontinence urinaire alors que 9, soit 64.71 %, reconnaissent l'inadéquation du plateau technique de la clinique pour l'aspect psychologique de la maladie chez ces patients.

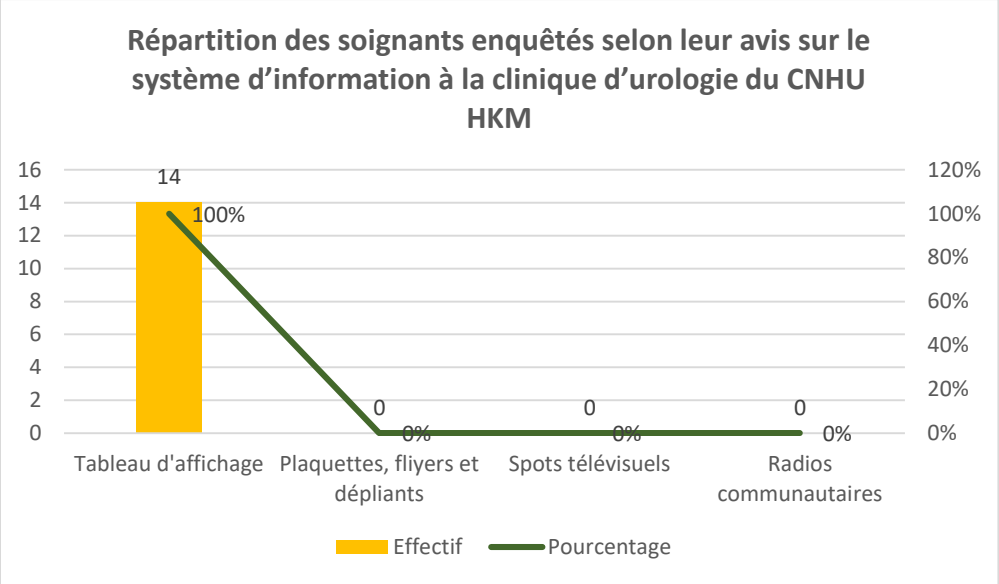
Graphique 2: Répartition des soignants enquêtés selon leur avis sur l'organisation du travail et du personnel à la clinique d'urologie



Source : enquête de terrain, juillet-août 2023

À la lecture de ce graphique, on retient que les 14 soignants interrogés, soit 100 %, ont reconnu à l'unanimité qu'il n'existe aucun dispositif d'accompagnement psychologique à la clinique d'urologie dans le protocole de prise en charge des patients souffrant d'une incontinence urinaire.

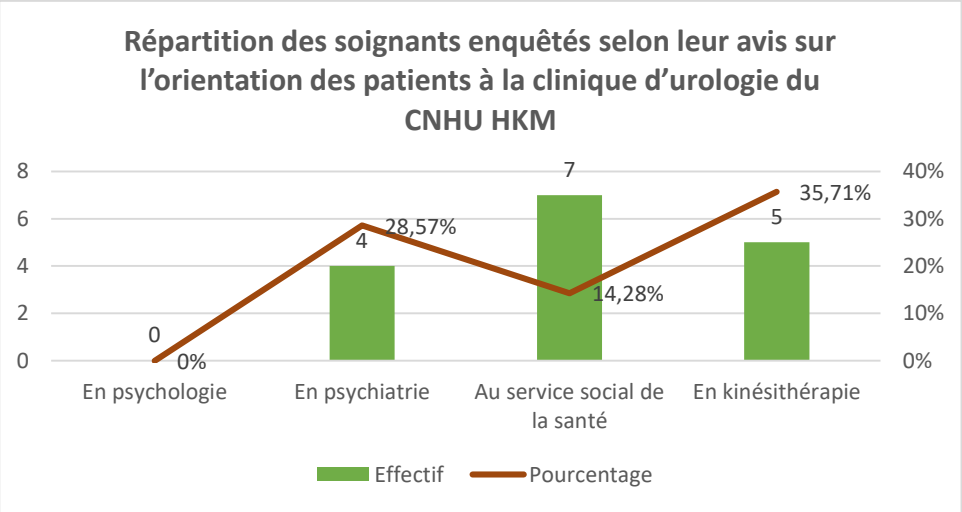
Graphique 3: Répartition des soignants enquêtés selon leur avis sur le système d'information à la clinique d'urologie du CNHU HKM



Source : enquête de terrain, juillet-août 2023

À travers ce graphique, on note que les 14 soignants interrogés, soit les 100 %, affirment que seul un tableau d'affichages sert de système d'informations concernant le personnel. Toutefois il existe une plateforme de rendez-vous accessibles aux patients instruits pour les formalités et limiter les longues files d'attente.

Graphique 4: Répartition des soignants enquêtés selon leur avis sur l'orientation des patients à la clinique d'urologie du CNHU HKM



Source : enquête de terrain, juillet-décembre 2023

À la lecture de ce graphique, on retient que les 14 soignants interrogés, soit les 100 %, affirment qu'il n'y aucune orientation vers le service de psychologie. 4, soit 28.57 %, ont confié qu'il y a des orientations de certains patients vers la psychiatrie. Tandis que 7 individus soit, 14,28 % attestent que des patients sont orientés vers le service social de la santé. Les 5 autres restant soit, 35,71 % déclarent qu'en cas de besoin, des patients sont orientés vers le service de kinésithérapie.

1.4 Les signes d'alerte de l'incontinence urinaire chez les sujets âgés

A la question de savoir : comment avez-vous su que votre parent a des difficultés à contrôler sa vessie, la réponse permet de savoir qu'il existe des signes d'alerte auxquels les membres de la famille doivent faire attention lorsqu'ils vivent avec une personne du troisième âge. Pour en énumérer quelques-uns, certaines familles se sont confiées lors de l'enquête.

Pour A. G. (des sigles d'emprunt) la fille aînée de Mme T. (nom d'emprunt) par exemple,

Encadré des propos recueillis chez la fille aînée d'une patiente :

« Avant de comprendre plus tard que ma mère souffre d'une énurésie, j'ai découvert quelques semaines avant qu'elle a subitement changé de comportement. Un matin, dès l'aube, mémé a commencé à laver quelques-uns de ses habits dont certains étaient pourtant propres la veille : le drap de lit, deux de ses pagnes et sa couverture de nuit. C'est un peu plus tard en me faisant le devoir de la devancer à l'aube que j'ai découvert qu'elle avait mouillé son drap alors qu'elle dormait encore. Ma mère à commencer à faire pipi au lit [Pleurs].». [Extrait d'un entretien avec la fille Ainée d'une patiente]

Source : Enquête de terrain janvier 20024

Selon Aline, (prénom d'emprunt), la nièce à Louis D, (également une identité d'emprunt), sujet d'une IU,

Encadré des propos recueillis chez la fille aînée d'un patient :

« Hum… madame, moi je crois que nous qui sommes avec nos parent déjà vieux là, nous devons faire beaucoup attention. Oui, je le dis parce que si nous faisons bien attention, nous allons vite attraper le problème. Moi par exemple, j'ai déjà gardé une mémé avant de venir rester avec pépé. Et, je savais déjà que les grands-parents n'aiment pas qu'on voie qu'ils ont fait pipi sur le drap. Donc une personne âgée qui se lève le matin et se met à laver ses habits alors qu'il a quelqu'un pour le lui faire cache quelque chose. Et quand on va voir, c'est souvent du pipi au lit qu'il s'agi ». [Extrait d'un entretien avec la petite-fille Ainée d'un patient]

Enquête de terrain janvier 20024

Quant à Olga (prénom d'emprunt également), il ne s'agit pas de pipi au lit. Elle explique la différence entre le type de trouble dont est sujet sa grand-mère et celui des autres à travers les propos ci-après :

Encadré des propos recueillis chez la petite-fille d'une patiente :

« Moi, je n'ai jamais constaté que ma grand-mère urine au lit. Par contre, à peine elle me demande d'apporter son vase de nuit qu'elle commence à uriner. J'ai alors placé le pot sous son lit. Mais, là encore, je remarque qu'elle se précipite toujours à uriner. Avant même qu'elle n'enlève son dônoukpé, les urines coulent déjà. J'ai vraiment pitié d'elle. Car chaque fois que ça lui arrive, elle est triste, et à cause de ça, elle refuse même de voyager quand il y une cérémonie au village » [Extrait d'un entretien avec la nièce d'une patiente]

Source : Enquête de terrain janvier 20024

Contrairement à l'ODD3, selon lesquels, **«** *D'ici à 2030, permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* », aucun des indicateurs de cette exigence de développement durable ne place les personnes du troisième âge parmi les ayants droit de leur société d'appartenance. Pourtant, « *Il est important de permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge pour construire des sociétés prospères* », tel que le prévoit ce programme. Mais, tant s'en faut. Car, « […] malgré les progrès remarquables accomplis dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ces dernières années, des inégalités en matière d'accès aux soins de santé persistent ».

D'abord, très peu de personnes du troisième âge visitent le service de l'Urologie du CNHU-HKM ; et, le peu de patients qui s'y rendent est des hommes pour des raisons de cancer de prostate.

Ensuite, les patients du troisième âge reçus au Service de la Santé Mentale, sont aussi dans la quête du bien-être perturbé par une démence.

Dans le cadre de ce travail, nos investigations nous ont rendu à l'évidence d'une part que certains patients du CNHU-HKM sont enregistrés au service de l'urologie. De ce fait, il a été régulièrement relevé les pathologies suivantes : incontinence urinaire, troubles mictionnels et psychopathologies.

1.5 Type d'incontinence urinaire relevé chez les sujets enquêtés

Il s'agit ici d'identifier le nombre de patients sujets d'une incontinence urinaire diurne ou nocturne, permanente ou tout autre dû à un traumatisme. Les réponses obtenues à cette préoccupation sont consignées dans le tableau suivant :

☞ ***Répartition des patients selon leur type de trouble***

Tableau XIII: Répartition des patients selon le type d'incontinence urinaire exprimé

Types d'incontinence urinaire	Effectifs	Fréquences (%)
Incontinences urinaires ordinaires	06	15,00
Incontinence urinaire nocturne	04	10,00
Incontinence urinaire diurne	02	5,00
Incontinences urinaires permanentes	02	5,00
Incontinence urinaire due à une déficience du sphincter de la vessie provoquée par une maladie neurologique	12	30,00
Incontinence urinaire due à une déficience du sphincter de la vessie provoquée par un traumatisme	07	17,50
Incontinence urinaire due à une déficience du sphincter de l'urètre provoquée par une maladie neurologique	08	20,00
Incontinence urinaire due à une déficience du sphincter de l'urètre provoquée par un traumatisme	05	12,50
Total	40	100,00

Source : enquête de terrain, juillet- août 2023

De la lecture du tableau ci-dessus il ressort que 06 soit 15 % de l'échantillon souffrent de l'incontinence urinaire ordinaire. Tandis que le reste, 34 soit 85 % sont répartis sur les autres types d'incontinences urinaires. Il convient pour la suite d'explorer le cycle mictionnel.

1.6 Cycle mictionnel

Pour rappel, pour que le cycle mictionnel se déroule normalement cela requiert une coordination entre vessie et sphincter assurée par l'innervation. Les systèmes orthosympathiques, parasympathiques et somatiques assurent l'innervation de la vessie et de ses annexes. Ses centres sont étagés sur tout le système nerveux central depuis la moelle sacrée jusqu'au cortex. L'attente de ces systèmes d'innervation provoque la perturbation du cycle mictionnel.

Il s'agit donc ici de rechercher chez le sujet une coordination entre la vessie et le sphincter assurée par l'innervation. Les réponses à cette requête sont inscrites dans le tableau suivant :

☞ ***Répartition des patients en fonction d'une coordination entre la vessie et le sphincter.***

Tableau XIV: Répartition des patients en fonction d'une coordination entre la vessie et le sphincter

	Réponses positives	Pourcentages (%)
Orthosympathique	22	55,00
parasympathique	11	27,50
Somatique	07	17, 50
Total	40	100,00

Source : enquête de terrain, juillet- août 2023

À la compréhension de ce tableau, la coordination entre vessie et le sphincter assurée par l'innervation pose problème chez certains patients. En effet, pour 55 % de sujets, le système orthosympathique ne répond pas bien. Chez d'autres à savoir 27,5 % c'est le système parasympathique qui est dysfonctionnel. Par contre, le reste soit 17,5 % présente un système somatique défaillant.

Ensuite, le travail s'est intéressé de la sensibilité vésicale afin de relever chez le sujet des perturbations qu'il constate lors de la miction. Les réponses obtenues dans le cadre de cette préoccupation sont consignées dans un tableau dans les lignes qui suivent.

1.7 Sensibilité vésicale

Ici, il est requis chez le sujet des éléments de perturbation de la miction à partir de la question suivante : *« Pensez-vous que vous urinez bien ? »*

☞ ***Répartition des patients en fonction du type de sensibilité de la vessie***

Tableau XV: Répartition des patients en fonction du type de sensibilité vésicale

	Réponses positives	Pourcentages (%)
Normale	16	40,00
Augmentée	11	27,50
Réduite	10	25,00
Absente	03	7,50
Total	40	100,00 %

Source : enquête de terrain, juillet- août 2023

De ce tableau on constate que : 16 individus soit 40 % de patients présentent une sensibilité vésicale normale donc un besoin d'uriner progressivement croissant jusqu'à l'obtention d'un

besoin pressant. Le reste soit respectivement, 27,5% ont une sensibilité vésicale augmentée tandis que d'autres, soit 25 % ont une sensibilité vésicale augmentée, un besoin d'uriner très précoce et persistant. D'autres encore, soit, 26 % ont une sensibilité réduite, une sensation de remplissage vésical, mais pas de besoin d'uriner alors que 7,5% ont une totale absence de la sensibilité vésicale et ne se plaignent d'aucune sensation de remplissage ni de vidange.

Outre cela, il a été question d'explorer la piste des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU). À cette étape, il importe de rappeler qu'on classe les symptômes du bas appareil urinaire selon la phase du cycle mictionnel durant laquelle ils surviennent. La terminologie des symptômes du bas appareil urinaire est précisé et fait l'objet de recommandation internationale par L'ICS (*International Continence Society*) Ce terme de SBAU doit être préféré à troubles urinaires fonctionnels ou troubles mictionnels. Aussi, faudra-t-il noter que bien souvent un symptôme est prédominant, mais on interroge systématiquement le patient à la recherche de tous les autres en suivant le déroulement du cycle mictionnel pour ne pas en oublier.

1.8 Symptômes du bas appareil urinaire à la phase du stockage

À ce niveau, il est d'abord question de rechercher chez les patients ciblés, des symptômes du bas appareil urinaire de la phase du stockage à l'aide de la question suivante : « *Pourriez-vous décrire un peu l'ensemble des signes que vous remarquez lors de la miction ?* »

Tableau XVI: Symptômes du bas appareil urinaire relevés chez les patients à la phase de stockage

	Réponses positives	Pourcentages (%)
Incontinence urinaire (IU)	08	20,00
Incontinence d'effort (IUE)	04	10,00
Incontinence par urgenturie (IUU)	07	17,50
Incontinence mixte (IUM)	05	12,50
Énurésie	06	15,00
Pollakiurie diurne	07	17,50
Nycturie	03	7,50
Total	40	100,00

Source : enquête de terrain, juillet- décembre 2023

De ce tableau il ressort que pour les symptômes de la phase de stockage, 20 % de sujets souffrent d'une incontinence urinaire (IU) c'est-à-dire qu'ils ont une fuite involontaire d'urine.10 % ont une incontinence d'effort (IUE) ; 17,5% font une incontinence par urgenturie (IUU) contre

12,5% présentant une incontinence mixte (IUM). Par ailleurs, on relève que 15 % de patients souffrent d'une énurésie expliquée par une miction complète involontaire nocturne : miction complète involontaire durant le sommeil avec parfois une miction complète involontaire lors d'un paroxysme émotionnel en journée. On relève en outre, 17,5 % d'individus présentant une pollakiurie diurne exprimée par une augmentation du nombre de mictions par 24 heures ; ≥ 8 en période d'éveil. Outre cela, on constate que 7,5 % de patients souffrent d'une nycturie les conduisant à se réveiller plusieurs fois la nuit par l'envie d'uriner.

De leur côté, 17,5 % des sujets ont évoqué être souffrants d'une incontinence par urgenturie à travers leur désir soudain impérieux et irrépressible d'uriner.

1.9 Symptômes du bas appareil urinaire à la phase de vidange

À ce niveau, il est question de rechercher chez les patients ciblés, des symptômes du bas appareil urinaire de la phase de vidange (miction).

Tableau XVII: Symptômes de la phase de vidange (ou phase mictionnelle)

	Effectifs	Pourcentage (%)
Dysurie	00	00,00
Incontinence d'effort (IUE)	04	10,00
Incontinence par urgenturie (IUU)	02	5,00
Incontinence mixte (IUM)	02	5,00
Énurésie	12	30,00
Brûlures mictionnelles	07	17,50
Nycturie	08	20,00
Incontinence urinaire due à une déficience du sphincter de l'urètre provoquée par un traumatisme	05	12,50
Total	40	100,00

Source : enquête de terrain, juillet- août 2023

À la lecture de ce tableau, on remarque qu'aucun patient ne présente un tableau de dysurie ou de retard au démarrage de la miction nécessitant de pousser pour initier la miction. Elle est de jet faible et/ou en arrosoir, de jet interrompu ou une miction en plusieurs temps ou encore par des gouttes retardataires et une sensation de vidange complète placée dans une phase dite post-mictionnelle. Il est noté aussi 20 % souffrent de nycturie, 5 % évoque l'incontinence urinaire par urgenturie contre 10 % d'incontinence urinaire d'effort. On note par ailleurs 17 % de

brûlures mictionnelles ressenties par le sujet dans l'urètre durant le passage de l'urine et 12,5 % d'incontinence urinaire due à une déficience du sphincter de l'urètre provoquée par un traumatisme.

Précisons ici que les anomalies sphinctériennes ou défauts de soutien tels que l'hyper mobilité urétrale qui est une faiblesse de support musculaire pelvien, l'insuffisance sphinctérienne ou les deux formes associées ou les anomalies vésicales que sont l'hyperactivité (contractions involontaires du détrusor), l'hyper-réflexie d'origine neurologique et la faible compliance vésicale sont toutes prises en compte dans les symptômes ci-dessus abordés.

1.10 Aspects psychopathologiques liés à l'incontinence urinaire et/ou aux troubles de la miction

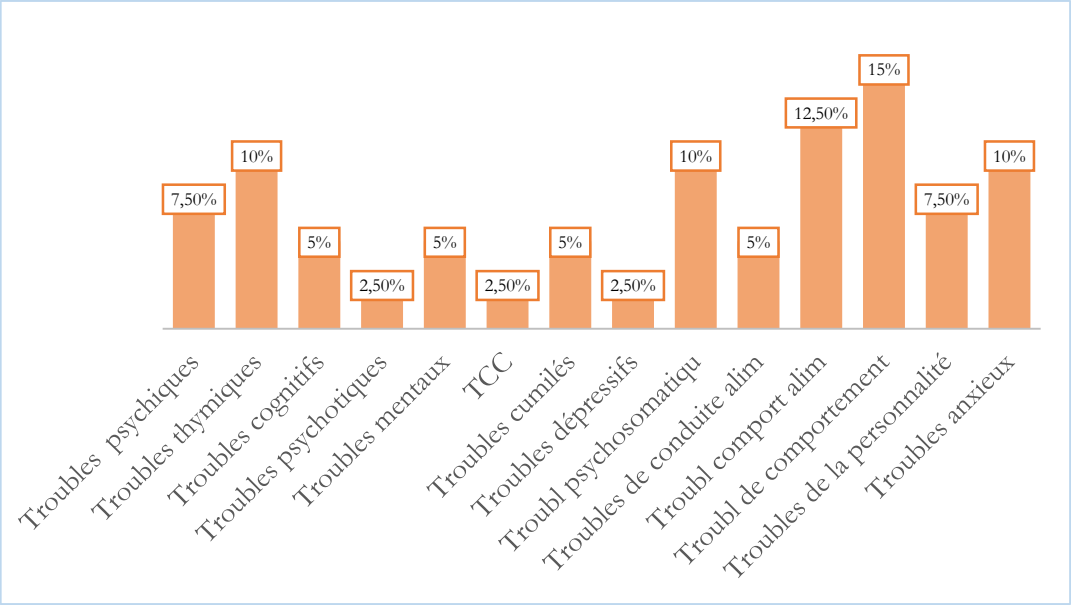
C'est enfin l'étape des aspects psychopathologiques observés chez les sujets atteints d'incontinence urinaire et/ou des troubles mictionnels. À cette étape, le travail a consisté à passer en loupe, des éléments de psychopathologie sous-jacentes à l'incontinence urinaire et ceux occasionnés par les troubles de la miction. À cet effet, les données recueillies auprès des sujets âgés enquêtés sont consignées dans le tableau ci-après.

À la question de savoir « que pensez-vous de votre difficulté à contrôler votre vessie ? », le mérite a été d'enregistrer bien de réponses d'afflictions liées à un retentissement psychologique et à un retentissement sociologique.

1.11 Retentissement psychologique

Perte de l'estime de soi, troubles de la personnalité, troubles anxieux, troubles de comportement **(**encoprésie, fugues sans objet**),** troubles de comportements alimentaires (refus de s'alimenter, refus de s'abreuver), troubles de conduite alimentaire (pica), troubles thymiques (crises de larmes), troubles psychiques (tachypsychie), troubles psychosomatiques (insomnie, constipation, indigestion, diarrhée, états nauséeux, etc.), troubles cognitifs, troubles dépressifs (dépression), troubles obsessionnels compulsifs (lessive et ménage excessif), troubles psychotiques (hypocondrie), troubles mentaux (démence).

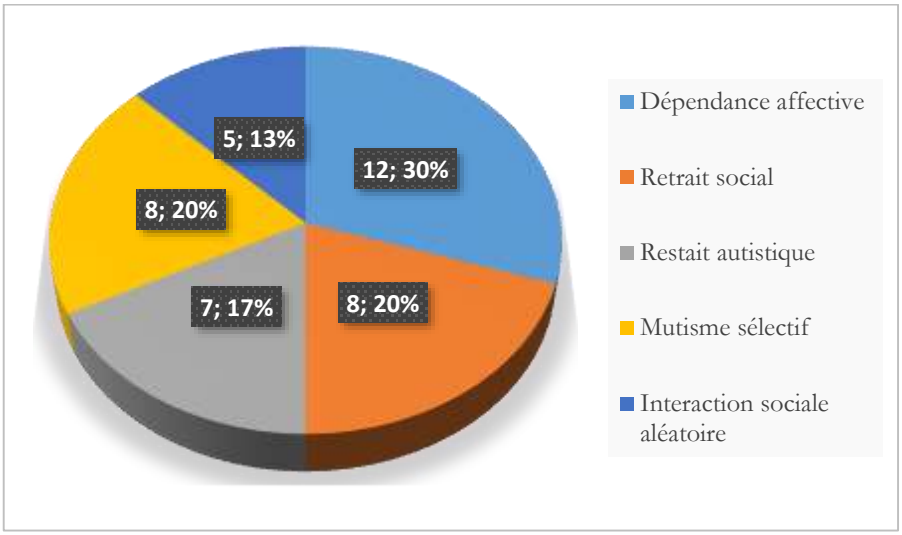
Graphique 5: Retentissement psychologique de l'incontinence urinaire



Source : Traitement des données du travail de terrain juillet-décembre 2023

L'analyse minutieuse de ce graphique N° 5 de retentissement psychologique des troubles mictionnels rend compte de ce que, les personnes du troisième âge de Cotonou, sujettes de troubles mictionnels ont développé diverses sortes de souffrances psychiques. En effet, selon ce graphique, 6 individus soit 15 % d'entre elles couvent des troubles de la personnalité contre 5 individus soit 12,5% présentant des troubles de comportement. 4 sujets soient, 10 % sont enclins aux troubles anxieux contre 3 autres soit 7,5 % qui souffrent des troubles psychiques. 12,5 % ont des troubles de comportements alimentaires 5 % de troubles de conduite alimentaire 10 % des sujets s'enfoncent dans les troubles thymiques tandis 10% des enquêtés se morfondent dans les troubles psychosomatiques contre 2,5 qui sont dépressifs. On relève également 5% de troubles cumulés contre 2,5% de troubles obsessionnels compulsifs. 2,5% ont des troubles psychotiques. Tandis que l'on a enregistré 5% pour les troubles cognitifs de même que 5% de troubles mentaux.

Graphique 6: Retentissement social



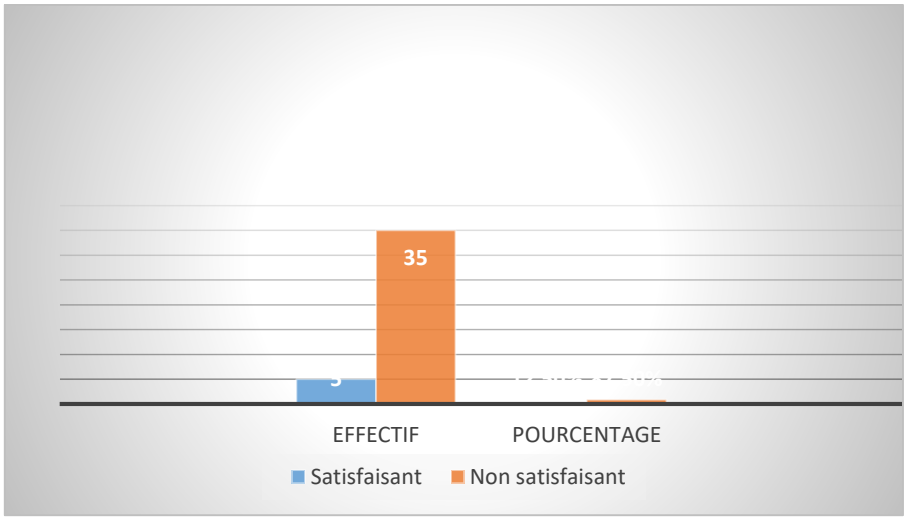
Source : Traitement des données du travail de terrain juillet-décembre 2023

À la lecture de ce graphique, il apparaît clairement que confrontées aux troubles de la miction, 12 soit 30 % des personnes du troisième âge enquêtées présentent une dépendance affective contre 12 soit 20 % de retrait social. 8 autres soit 20% ont développé un mutisme sélectif contre 7 soit 17,5 % qui sont en retrait autistique. Pour le reste soit 5 d'un taux de 12,5 % présentent quant à elle, une interaction sociale aléatoire.

À la lumière de ces données graphiques, on peut déduire qu'à une échelle plus étendue, les troubles mictionnels constituent à eux seuls, un grave problème de santé publique préjudiciable au développement du pays sur tous les plans contre les objectifs de développement durable.

1.12 De la promotion de la santé et du bien-être des personnes du troisième âge à travers les Centres de Promotion Sociale (CPS)

Graphique 7: Avis des sujets enquêtés sur les actions du Ministère en charge de la famille et des Centres de Promotion Sociale



Source : Traitement des données du travail de terrain juillet-décembre 2023

À la lecture de ce graphique, seulement 5 des sujets, soit 12.50 % ont témoigné que les actions du gouvernement à travers le ministère en charge de la famille et les Centres de Promotion Sociale permettent d'assurer la promotion de l'interaction sociale basée sur des regroupements par Arrondissement des individus de cette couche de la société. Ce qui contribue énormément à réduire la solitude avec des rencontres hebdomadaires.

À présent, nous présentons les résultats obtenus à l'aide de la grille d'entretien élaborée et administrée aux personnes ressources.

1.13 Perception des urologues et des spécialistes de la santé mentale

La prise en charge de l'incontinence urinaire et des troubles mictionnels chez les personnes du troisième âge suppose la mise en place d'un cadre technique à la fois médical et psychologique approprié et une synergie d'actions de tous les spécialistes et techniciens y afférents. À cet effet, les autorités administratives, les membres du corps de contrôle à tous les niveaux et chacun en ce qui le concerne, à l'instar des patients et soignants, ont une grande responsabilité dans la réalisation de cette ergonomie institutionnelle. C'est donc dans ce contexte que les membres du corps de contrôle de la juridiction dont relèvent les deux services sus mentionnés ont été approchés afin de recueillir leur opinion sur la mise en œuvre de l'ODD 3 dans leurs services respectifs tels que supposés par la dénomination de ces cliniques. Les aspects abordés avec cette cible sont relatifs à l'intitulé de la présente recherche.

Pour rappel, il s'agit notamment de : relever le degré d'implication de l'État dans la promotion de la santé et du bien-être à tous les âges au profit des patients du troisième âge souffrant de l'incontinence urinaire et des troubles mictionnels pour une bonne santé mentale et une durée de vie prolongée chez ces dernières. Alors, quel est le circuit médical des sujets âgés en particulier ceux atteints de l'incontinence urinaire et des troubles de la miction ? Est-ce que cette catégorie d'apprenants arrive à achever un parcours médical approprié ? Et pour ce faire, leurs soignants reçoivent-ils des renforcements de capacités en orientation des patients ? Les regards stigmatisants des autres constituent-ils l'une des variables indépendantes de leur exclusion sanitaire ? Quels rôles doivent jouer les acteurs du système sanitaire pour une demande d'aire spontanée chez les patients incontinents ? À chacune de ces préoccupations, les réponses recueillies sont présentées dans cette section.

1.14 Perception des parents sur les conditions de prise en charge de leurs personnes âgées par les services d'urologie et de santé mentale

Pour les parents des patients ciblés dans le cadre de la présente recherche, « *Nos parents doivent être autonomes au bout de leur prise en charge médicale. C'est en fait ce à quoi je m'attendais.*

Mais je remarque que mon père va aux soins et en revient comme si de rien n'était. À quoi vont aboutir ces soins pourtant chèrement reçus ? Que vais-je devenir à cette allure s'il ne guérit pas de cette maladie ? Comment pourrait-il participer aux activités citoyennes ? » (A. T. 2023).

C'est dire alors que malgré les exigences de l'ODD 3, la prise en charge sanitaire des personnes du troisième âge aux yeux de leurs familles n'est pas encore reluisante pour une amélioration de leur état de santé et encore moins pour une guérison en vue de leur permettre une retraite épanouie exempte de mal-être.

C'est d'ailleurs dans ce contexte que la présente recherche s'est donné, entre autres, pour objectif de vérifier le degré d'implication de l'État par l'entremise de son mécanisme de suivi et d'évaluation que sont les membres du corps de contrôle dans le système sanitaire vis-à-vis de cette clinique. Les propos recueillis auprès des autorités approchées confirment l'insuffisance notoire de dispositif psychologique à l'usage des personnes âgées reçues pour les troubles mictionnels. Abordant l'utilité de ce dispositif, une personne parmi les autorités déclare qu'ils *« facilitent la compréhension du type de demande, le diagnostic et de l'aide à porter au patient déjà au niveau de l'accueil pour une meilleure orientation des patients »* (A. A., 2023). On en déduit que l'existence de ces outils doit à plus d'un titre contribuer à l'amélioration des conditions d'enseignement/apprentissage, l'acquisition des connaissances, mais également celle des résultats chez les apprenants à travers un système d'évaluation y afférent.

2. Étude de cas

Reçue pour la première fois le 12 avril 2023, Patiente T. âgée de 67 ans, de sexe féminin, domiciliée à Cotonou dans le 6ème Arrondissement est fonctionnaire à la retraite. Elle est d'ethnie *tofin* et de religion chrétienne protestante ; elle est une veuve et mère de trois enfants. Accompagnée par des membres de sa famille, elle se plaint d'hallucination visuelle et d'insomnie totale. De cette souffrance, il nous est rapporté que le début remonte à 4 jours avant son admission où elle crie et voir des personnes de nature imprécise. Elle déclarait : « Ils sont là ! Ils sont là ! Depuis ce jour, elle est devenue soliloque, ne dort plus, rumine et parait anxieuse. Elle fut amenée dans une église protestante pour des séances de prières. Elle a également consulté dans un hôpital local où un traitement fait de déparasitant, vitamine B complexe, paracétamol, etc., lui a été administré. Sous traitement, on note une amélioration aux plaintes somatiques, dont la pâleur et les céphalées. Il fauter que la patiente est sans antécédents de troubles mentaux. Au plan médical, elle avait souffert d'une douleur arthrosique à la tête de fémur droit. Elle est fille unique pour ses parents qui sont déjà décédés. De développement psychomoteur sans particularité, elle déclare avoir eu une enfance heureuse avec des parents

aimants, mais laxistes. Elle se présente comme une personne sociable, très gentille, mais nerveuse. Ces proches disent qu'elle une personne innocente et inoffensive, joviale ; mais, devenu craintive léthargique et muette devant certains. A l'examen, nous avons noté : l'incurie, l'hypomimie, un contact non syntone, des troubles psychomoteurs, l'insomnie totale, l'anorexie, l'amaigrissement, la bradyphémie, un mutisme sélectif avec parfois quelques paroles évoquant une thématique délirante hypocondriaque.

À la deuxième consultation, la patiente requit un entretien individuel qui lui fut accordé. Au cours de cet entretien, la patiente fit bien d'autres révélations. Tout a commencé après le décès de mon époux. Elle a peur de développer la maladie que son père qui est mort de cancer de la tête fémorale. Ayant eu des douleurs à cette articulation, elle estime que son cancer se développe et va l'emporter bientôt. Elle est triste et très préoccupée de son cancer qui sûrement va l'emporter un jour. Elle a beaucoup de peines à ne pouvoir partager ses soucis intimes avec sa propre famille. Sa pension de retraite suffit à peine pour son alimentation et la charge des services extérieurs.

Elle sort actuellement d'un épisode de nycturie avec une incontinence urinaire nocturne intermittente et sans traitement. Elle en a développé une profonde terreur. Plutôt que d'en parler, elle a craint de s'exposer au grand jour. Elle a choisi ainsi de ne rien dire à personne, même pas à sa propre fille, jusqu'à l'âge de 65 ans. Certes dans son enfance et jusqu'à l'âge de douze ans, Mme T a fait pipi au lit. Mais par la suite, tout est rentré dans l'ordre et elle a eu une miction sans problème de l'âge de douze ans à 60 ans. Le comble est que, depuis le décès de sa mère, il y a deux ans, d'un cancer de la vessie, la patiente a développé un comportement obsessif. Elle s'examine quotidiennement avec soin et découvrit que sa vessie était le siège d'une grosseur, avec une brûlure insupportable. À ces yeux, ses urines sont devenues troubles et maussades. Ce constat la plongea dans une grande anxiété. Elle conclut alors qu'elle souffrait de la même maladie qui avait tué sa mère. Ce fut si évident à son entendement qu'elle souffrait de douleurs rénales et qu'on lui avait dit que les reins communiquent avec la vessie. Elle pense donc deux cancers se développent en elle.

2.1 Analyse du cas

- **Situation clinique de la patiente**

M^{me} T. fille unique de ses parents défunts, est une femme de 67 ans, mère de trois enfants dont l'aîné et la benjamine vivent aux États-Unis. Elle est également une retraitée de la fonction publique et veuve depuis l'âge de 65 ans. Souffrant d'une pollakiurie périodique chronique, M^{me} T. a été sujette d'une énurésie dans son enfance. L'anamnèse de sa maladie remonte aux

maladies (dégénérescence cartilagineuse fémorale droite chez le père et cancer de la vessie précédé d'une nycturie chez la mère) ayant conduit ses deux parents à la mort. La perception de l'état de santé de Mme T. selon elle est héréditaire et qu'elle ne pourrait s'en sortir que par la mort. Mme T. a en effet vécu successivement des situations de séparation, l'ayant plongée dans une angoisse par soubresauts. Lesdites séparations ont contribué à développer certainement chez la patiente une carence affective. Sur la base d'une anxiété, Mme T. Nourrit d'une angoisse permanente de la mort, malgré les multiples résultats d'examens non favorables à ses pensées obsédantes. Devant donc tableau clinique peint de peint de grande peur de la mort par un cancer dont les résultats des multiples examens médicaux sont défavorables, et à voir le lien entre sa carence affective, son énurésie de l'enfance, la séparation par une grande distance de deux sur trois de ses enfants, la perte de plusieurs êtres chers, on en déduit une hypocondrie urinaire psychotique chez le sujet âgé.

3. Résumé syndromique

- ✓ Un début remontant à 04 jours avant l'admission,
- ✓ Un syndrome dépressif : insomnie, anorexie, amaigrissement ;
- ✓ Troubles psychomoteurs : difficultés à marcher,
- ✓ Trouble des fonctions instinctuelles : insomnie, anorexie, incontinence urinaire
- ✓ Trouble des fonctions perceptives : illusions avec la présence des fantômes de ses proches défunts,
- ✓ Trouble des fonctions symboliques soliloquie,
- ✓ Trouble de conduites sociales : agressivité verbale et physique,
- ✓ Trouble des conduites addictives : consommation abusive d'alcool.

4. Hypothèse diagnostique

Cette patiente ferait-elle une crise de psychose hallucinatoire ? Un syndrome confusionnel ? Ou plutôt fait-il une bouffée délirante aigüe ? Ou fait-elle plutôt des troubles psychosomatiques ? Présente-t-elle un trouble mictionnel avec dépensassions psychotique ?

5. Diagnostic différentiel

Orientation de la patiente à la clinique d'urologie pour avis du spécialiste en urologie. Une incontinence urinaire de type pollakiurie est diagnostiquée. On note par ailleurs que : Urètres, vessie et reins normaux. Aucune lésion au niveau de l'appareil urinaire

6. Diagnostic retenu

Tableau clinique des troubles mictionnels des personnes du troisième âge. Mme T. est un sujet âgé, pollakiurique, psychotique, hypocondriaque, confirmée par les résultats d'examens médicaux défavorables à toute éventualité d'atteinte de son bas appareil urinaire et qui toutefois demeure anxieuse. Il est à rappeler que chez l'enfant pollakiurique une tendance à aggraver un état, peut-être primitivement physiologique, par ses maladroites interventions psychologiques. Alors, une pollakiurie psychotique tardive peut s'installer chez les prédisposés héréditaires a l'occasion du moindre trouble urinaire qui attire l'attention du malade et le préoccupe. Au demeurant, Mme T. est une pollakiurique, psychotique, hypocondriaque

- **Prise en charge psychologique**

- 20 séances de psychothérapie : approche Cognitivo-Comportementales
- Types : séances de relaxation progressive de Jacobson (phase active, phase différentielle et phase abrégée ;
- Ludothérapie ;
- Arthérapie ;
- naturothérapie.

- **Conclusion du cas clinique**

Reçue le 12 avril 2023, pour asthénie physique, insomnie totale et des propos incohérents, notamment dans des hallucinations et une illusion des fantômes. Mme T. est hospitalisée pour une première fois pour des troubles neuropsychiatriques. Comme diagnostique, nous avons conclu : d'une ***hypocondrie,*** une complication neuropsychiatrique de la pollakiurie, dont la régression est rapidement remarquable (en 6 mois), dans des approches comportementalistes notamment motivationnelle, cognitive, ludique et artistique, une psycho éducation pour le patient et ses parents, une bonne observance thérapeutique, un retour joyeux en famille a été observé.

CHAPITRE IV : DISCUSSION ET PERSPECTIVES

1. Discussion des résultats

L'arrimage aux obligations de l'ODD3 suppose un sursaut du système de santé à travers une réorganisation du circuit médical et une redynamisation des équipes de corps de contrôle à tous les niveaux de l'appareil de veille sanitaire. Pour ce faire, l'adoption des exigences de l'ODD3 selon lequel le droit à la santé et au bien-être implique les personnes du troisième âge s'impose à notre système sanitaire aux fins de faire profiter cette couche un parcours médical approprié dans les formations sanitaires pour lever les barrières aux soins de santé primaires. En d'autres termes, il s'agit de travailler de sorte à permettre à tous les acteurs du système sanitaires de s'approprier des pratiques cliniques professionnelles qui contribuent à la guérison et à l'amélioration de l'état de santé des personnes du troisième âge.

Par rapport à cette aspiration des ODD 3 pour le bien-être des couches vulnérable notamment les personnes du troisième âge, nos résultats montrent globalement ; certaines pathologies dont souffrent fréquemment cette couche ne sont pas prises en compte de façon systématique dans les urgences sanitaires. Ainsi, le plateau technique est plus concentré sur les problèmes gynécologiques pour ce qui concerne les femmes et sur les problèmes relatifs à la prostate pour ce qui est des hommes. Et, pourtant, les troubles mictionnels avec leur cortège de souffrances psychologiques ne sont points à négliger dans les souffrances des personnes de troisièmes âges. Il faut noter d'une part que la pollakiurie est une forme de trouble mictionnel qui peut entraîner l'hypocondrie. Cette dernière est une complication neuropsychiatrique. En dehors de cette complication, il fauter noter que les sujets âgés atteints d'incontinence urinaire souffrent de comorbidité. Cette comorbidité est souvent en lien avec des troubles psychologiques ou psychosomatiques. Ce résultat concorde avec les observations de Bedretdinova (2016) qui a mentionné la forte prévalence du syndrome dépressif chez les personnes âgées souffrantes de l'incontinence urinaire. Selon lui, les sujets atteints d'insuffisance urinaire dans toutes ses formes sont plus déprimés et ont un plus mauvais ressenti de leur état de santé que les sujets indemnes. Ayant proposé une modélisation de l'incontinence urinaire chez les femmes, il a conclu que les approches cognitivo comportementales sont plus adéquates dans la gestion de ces troubles chez la personne âgée. La forte prévalence de cette pathologie dans le rang des personnes du troisième âge est aussi constaté par Issahaku et Neysmith (2013), Dossun, Popescu et Antoni (2021). Léger et *al*., (2011) Antoine et Golaz (2010). Nous nous accordons avec ces auteurs pour estimer qu'il est aujourd'hui incontestable que la taille des personnes âgées présentant des troubles mentaux consécutifs à l'incontinence urinaire ne cesse d'augmenter. Il parait donc opportun de s'interroger sur les conditions de vie des personnes

âgées, en particulier, leur accès aux soins de santé et au soutien social. Selon en 2013, le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH4) réalisé, confirme que les personnes âgées de 60 ans ou plus, représentant 4,8% de la population, connaissent une détérioration de leurs conditions de vie. Cette situation impacte négativement leur bien-être d'une part, et d'autre part, celui des familles ainsi que les perspectives globales de développement (INSAE, 2016 ; Dossun, Popescu et Antoni, 2021).

Dans sa prise en charge, les approches psychothérapeutiques cognitivo comportementales constituent de bonnes indications thérapeutiques. Elles fournissent de résultats satisfaisants, car impactent positivement le traitement de l'hypocondrie. Nous avons par ailleurs noté une forte prévalence de personnes âgées par rapport à l'incontinence urinaire et aux troubles mictionnels par l'utilisation d'un score. L'amélioration significative sur la prise en charge de la patiente et une corrélation a été prouvée dans un premier temps, entre l'incontinence urinaire de l'enfant et le trouble mictionnel de type pollakiurie chez la personne du troisième âge. Dans un second temps, l'accompagnement psychologique a prouvé son efficacité face à un tableau clinique de complication neuropsychiatrique de la pollakiurie à l'aide de l'approche comportementaliste cognitiviste incluant : la psychothérapie motivationnelle, les trois phases de la relaxation de Jacobson, la ludothérapie, l'art thérapie et ce, cumulativement avec la chimiothérapie, comparativement aux résultats d'autres patients ayant été traités précédemment avec la chimiothérapie seule.

2. Vérification des hypothèses de la recherche

De l'analyse des données d'enquête, il ressort d'abord que nombre de personnes du troisième âge sont souffrantes de l'incontinence urinaire et des troubles mictionnels. Ensuite la plupart de ces patients sont mutiques sur leur situation et facilitent la survenue des complications de leur tableau clinique dont certaines sont de type neuropsychiatrique. Outre cela, les familles des personnes du troisième âge sujet d'incontinence urinaire et/ou des troubles mictionnels sont sous-informées sur le processus médical aux fins d'un parcours médical fructueux. On note par ailleurs que la clinique d'urologie du CNHU-HKM de Cotonou ne dispose pas à en son sein un plateau technique impliquant une prise en charge psychologique précoce des patients. Enfin, il est remarquable que, l'accompagnement psychologique avec la mise en œuvre de psychothérapies a un impact positif, et donc un plus valu sur le traitement de l'incontinence urinaire et de ses complications. Au demeurant, la prise en charge sanitaire de personnes âgées sujettes de l'incontinence urinaire ou de troubles mictionnels rencontre des difficultés qui émanent, d'une part, de la politique sanitaire et d'autre part, de la famille des personnes

concernées et des intéressés eux-mêmes. Ce qui montre que le postulat de départ de cette recherche est vérifié. Des mesures urgentes doivent donc être prises pour améliorer le plateau technique et la qualité de la prise en charge des personnes du troisième âge. C'est en cela que l'étude cas présenté dans ce travail est opportune, car il traduit le caractère singulier de la prise en charge. Pour ce patient qui souffre d'une hypocondrie urinaire, le processus de se soin s'est présenté comme suit : évaluation diagnostic du l'hypocondrie urinaire, vitamine B1 systématique, identification du stade motivationnel, entretien psychologique, suivi et évaluation de sortie d'hôpital, et revue trois fois sur rendez-vous pour contrôle d'observance thérapeutique et d'efficacité de la thérapie. Ainsi, le diagnostic retenu pour le cas de l'étude étant une hypocondrie urinaire chez une personne du troisième âge, pour lequel la psychothérapie cognitivo-comportementale est indiquée, et l'analyse des données recueillies a confirmé toutes nos hypothèses.

3. Limites et perspectives de la recherche

Comme limites, il y a d'une part, le recensement raisonné des personnes du troisième âge confrontées à l'incontinence urinaire, aux troubles mictionnels et leurs complications neuropsychiatriques. D'autre part, il y a également le temps relativement court pour la recherche et l'exercice de la pratique clinique psychologique sur une population plus élevée face aux innombrables besoins d'accompagnement psychologique de ce tableau clinique. Ainsi, la technique du choix de l'échantillon constitue pour cette étude une limite. La méthode aurait été probabiliste et étendue à toute l'étendue du territoire béninois. Cela aurait permis d'avoir une vue globale, mais désagrégée du problème de l'incontinence urinaire. La limitation de l'échantillon aux patients du service d'urologie du CNHU-HKM est une limite majeure qui ne facilite pas la généralisation des résultats à toute la population.

En termes de perspectives, nous nous envisageons organiser des plaidoyers à l'endroit des autorités des services d'urologies et de traitement des troubles mentaux afin qu'elles saisissent les autorités responsables de la politique sanitaire pour que des actions plus idoines puissent être entreprises. Cela faciliterait la vie aux personnes âgées qui sont déjà malgré leurs âges confrontés à d'autres défis sociaux. Pour faciliter la mobilité et la participation des personnes âgées aux activités communautaires, nous allons à partir des résultats de cette recherche élaborer et soumettre au ministère de la famille et autres structures partenaires de l'État la création dans les agglomérations urbaines des toilettes mobiles ou publiques. Ce dispositif pourrait permettre à ces personnes d'avoir l'assurance de pouvoir répondre à leur besoin physiologique en tout lieu. En conséquence le problème de retrait et d'isolement social des

personnes âgées serait résolu. Il n'est point nécessaire de démontrer que l'immobilisme est un terreau favorable à beaucoup de pathologiques organiques aiguës ou chroniques. Nous pensons qu'il est urgent que des structures compétentes diligentent des recherches d'envergure nationale pour recenser les personnes qui présentent les personnes âgées confrontées à cette catégorie de pathologie.

CONCLUSION

Les personnes du troisième âge sont confrontées à nombreux défis qui sont relatifs aux difficultés sociales et à des troubles du fonctionnement organique et psychologique. Il existe parfois chez une personne qui déjà vit dans une précarité économique nauséabonde des pathologiques chroniques, des troubles du transit ou de l'élimination et des troubles mentaux. Cette maladie étant une source de souffrance organique est préjudiciable à leur bien-être. Mais on constate un silence social autour des souffrances de cette catégorie sociale. Il est facile pour des proches ou des spécialistes de dire « de toute façon c'est un vieux ou une vieille » face à une souffrance qui normalement ne doit pas être banalisée. Ainsi, nous nous retrouvons dans un contexte de banalisation de la souffrance des personnes du troisième âge. Au nombre des pathologies les plus courantes dont souffrent les personnes du troisième âge figure l'incontinence urinaire est un trouble mictionnel grave. Elle impacte profondément et gravement tous les aspects de la vie de la personne âgée qui subit malgré elle la qualité de sa vie qui se dégrade. Pour analyser les impacts de ce trouble sur le fonctionnement psychologique et social de ce trouble sur cette catégorie sociale, nous avons initié cette recherche. Les résultats issus de l'investigation permettent de retenir que la souffrance des personnes âgées par rapport à l'incontinence urinaire est cruelle. On peut retenir aussi qu'il y a une forte proportion des personnes âgées qui souffrent de ce trouble organique, impactant fortement le fonctionnement psychologique et social. Il faut noter également que chez la personne âgée dépendante, les troubles des fonctions supérieures ainsi que la perte de mobilité, représentent une étiologie importante de l'incontinence urinaire. Une personne âgée présentant une incontinence urinaire (temporaire ou chronique) est donc à risque de développer des psychopathologies. Ces dernières peuvent être liées à sa personnalité, à son histoire et à l'histoire de leur famille. Au CNHU-HKM, le plateau technique de prise en charge est relativement limité. Dans le protocole d'accompagnement, il y a une omission des soins psychologiques, qui normalement devraient être à la première loge de ce processus d'intervention. L'expérience a montré que les thérapies cognitives et comportementales donnent de résultats satisfaisants dans le traitement des troubles psychologiques concomitants à l'incontinence urinaire. Il est donc urgent d'améliorer la qualité du plateau technique en matière de technicité pour une meilleure orientation et prise en charge des troubles mictionnels. Il est alors important, voire indispensable, que l'État, la famille, les soignants et la personne du troisième âge, encline aux troubles mictionnels, chacun en ce qui le concerne s'emploie à impliquer l'accompagnement psychologique dans la prise en charge de l'incontinence urinaire et des troubles mictionnels en vue de meilleurs résultats du système de santé au Bénin selon les exigences de l'ODD3.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEBOGRAPHIQUES

Alapini Gansou R. (2015). la protection juridique des droits des personnes âgées en Afrique « Normes et mécanismes ». PNVA. https://social.un.org/ageing-working-group/documents/Alapini%20-PROTECTIONDPA%20AFRIQUE[1].pdf

Alhassan Issahaku P. et S.Neysmith (2013). Incidences politiques du vieillissement de la population en Afrique de l'Ouest. Revue internationale de sociologie et de politique sociale, vol 33, N° ¾, pp.186-202. https://doi.org/10.1108/01443331311308230/

Antoine P. et Golaz V. (2010). La situation des personnes âgées en Afrique, Gérontologie, vol 153, pp.39-44.

Badara Fall A. (2009). La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples : entre universalisme et régionalisme. Pouvoirs. Vol 2, N°129, pp.77-100, Éditions Le Seuil. DOI : 10.3917/pouv.129.0077.

Bedretdinova D., Fritel X., Panjo H., Ringa V. (2016). Prévalence de l'incontinence urinaire féminine dans la population générale selon différentes définitions et plans d'étude, vol 69, N°2, pp.256-64. DOI: 10.1016/j.eururo.2015.07.043.

Bedretdinova, D. (2015). Vers une modélisation de l'incontinence urinaire des femmes. Thèse de doctorat, Université Paris Saclay, 2cole de doctorale de santé publique, N°570, NNT : 2015SACLS157.

Birman J. (2015). Le troisième âge et la nouvelle lecture du vieillir : subjectivation et politique. Dans Psychologie Clinique, vol 2, N°40, pp.36-50. https://doi.org/10.1051/psyc/201540036/

Boddaert J, Forest A., Ray P., Cohen-Bittan J. (2013). NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie, Vol 11, Issue 65, pp.205-213, https://doi.org/10.1016/j.npg.2011.03.007/ .

Boddaert J. (2013). Urgences et gériatrie. Unité Péri-Opératoire Gériatrique, Service d'Accueil des Urgences, GH Pitié-Salpêtrière. Paris. APHP. UPMC Paris 6

Bozonnet J-P. et Bréchon P. (2011). Établir un échantillon représentatif. In Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives, pp.123-143. https://doi.org/10.3917/pug.abria.2011.01.0123/

Bruchon-Schweitzer M. et Boujut E. (2021). Psychologie de la santé : Concepts, méthodes et modèles Psycho Sup, Dunod. p.564

Bruno M. et Lepetit A. (2015). Les troubles anxieux de la personne âgée. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, vol 13, N°2, pp.205-213. doi:10.1684/pnv.2015.0534.

cahill J. (2009). Répercutions de l'incontinence urinaire au Canada : un document de synthèse pour les responsables. Fondation d'aide aux personnes incontinentes, p.25

Claeys C., Hanotier P, Lenaerts (2010). Incontinence du sujet âgé: particularités et prise en charge. Revue médicale de Bruxelles. Vol 31, N°1, pp.23-9.

Deffieux, X. (2009). Incontinence urinaire et grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol 38, issue 8, pp.S212-S231. https://doi.org/10.1016/S0368-2315(09)73580-X/ .

Dossun C., Popescu B. V., Antoni D (2021). Évaluation de la qualité de vie : importance clinique pour le patient. Cancer/Radiothérapie, vol 25, Issues 6-7, pp. 576-583. https://www.elsevier.com/open-access/userlicense/1.0/.

Douville O. et Jacobi B. (2009). L'entretien clinique avec un sujet atteint de la maladie d'Alzheimer. In 10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte, pp.171-187, Psycho Sup, Dunod p.256

EDS Bénin, (2018), Enquête démographique et de la Santé

El Khoudri N., Macia E., Sajoux M., Baali B. (2020). Vieillissement en Afrique : santé et qualité de vie. In Pensée plurielle, vol 2, N°52, pp.9-23. https://doi.org/10.3917/pp.052.0009/

INSAE, (2008), Enquête démographique

KAMBOU. T. (2005). Incontinence urinaire chez la femme en milieu urbain au Burkina Faso : Enquête épidémiologique de 749 femmes à Bobo Dioulasso, African Journal of Urology, vol 11, N°1, pp.45-54, DOI : African_J_Urol_2005_11_1_45_54.pdf/

Le Rouzo M-L (2008). La personne âgée : Psychologie du vieillissement, Bréal, p.190

Monod S. (2009) Comment dépister les syndromes gériatriques au cabinet ? Revue Médicale Suisse, Vol 5, N° 224, pp.2205-6, 2208-10. DOI : 10.53738/REVMED.2009.5.224.2205.

Paraïzo N. (2010). Epidémiologie de la démence des personnes âgées de 65 ans et plus au Bénin (Afrique de l'Ouest). Santé publique et épidémiologie. Université de Limoges. NNT : 2010LIMO310C. Hal open science. https://unilim.hal.science/tel-01288787/

Patoizeau F. (2008), « L'apport du dispositif thérapeutique des constellations familiales à l'amélioration de symptômes de maladies chroniques » Mémoire de recherche en Psychologie Clinique et Psycho-Pathologique. Institut D'Enseignement à Distance Université, Paris 8

Sajoux M., Macia E., Kâ O., Reguer D. (2019). Étudier les vieillissements en Afrique : entre nécessité et complexité. In Gérontologie et société, vol. 41, N°158), pp.13-22, https://doi.org/10.3917/gs1.158.0013/

Saussine C. (2009) L'incontinence urinaire chez la femme. Progrès en urologie, Elsevier Masson, vol 19, pp.279-284

Tornare J.et Rinfret N. (2019). La performance comme vecteur des besoins individuels et organisationnels : cadre d'analyse de la qualité de vie au travail. Humain et Organisation, vol 5, N° 1. DOI : https://doi.org/10.7202/1095764ar/

Vincent C. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Le Petit Atelier, Belle Page, p.53, Dunod

ANNEXES

Annexe 1

Incontinence urinaire: échelle MUH
(Mesure du Handicap Urinaire)

Activité	Description	Score
Impériosité mictionnelle: délai de sécurité	Absente	
	10 à 15 mn ou caractère immédiatement pressant du besoin d'uriner, sans fuite	
	5 à 10 mn	
	2 à 5 mn	
	Moins de 2 mn	
Fuite urinaire par impériosité	Absente	
	Moins de 1 fois par mois	
	Plusieurs fois par mois	
	Plusieurs fois par semaine	
	Plusieurs fois par jour	
Fréquence mictionnelle diurne: intervalle mictionnel	Supérieur à 2 heures	
	De 1,5 à 2 heures	
	1 heure	
	1/2 heure	
	Moins de 1/2 heure	
Fréquence mictionnelle nocturne	0 à 1	
	2	
	3 à 4	
	5 à 6	
	Plus de 6	
Incontinence urinaire d'effort	Absente	
	Lors d'effort violent (sport, course)	
	Lors d'efforts moyens (quinte de toux, rire)	
	Lors d'efforts faibles (toux isolée, accroupissement, marche)	
	Au moindre changement de position	
Autre incontinence	Aucune	
	Gouttes post-mictionnelles, énurésie supérieure à 1 fois par mois	
	Paroxysme émotionnel, énurésie supérieure à 1 fois par semaine	

	Enurésie plusieurs fois par semaine	
	Fuite permanente goutte à goutte, énurésie quotidienne	
Dysurie/Rétention	Aucune	
	Dysurie d'attente ou terminale	
	Poussées abdominales, jet haché	
	Poussées manuelles, miction prolongée, sensation de résidu	
	Cathétérisme	
TOTAL		

RESULTATS:
Plus le score est élevé, plus l'incontinence est importante

Ref: Les fuites urinaires de plus de 65 ans-P.Naudin-Rousselle et Coll-Le Généraliste n° 2244 du 11/04/2003

Troubles du comportement: échelle NOSGER
(**N**urse's **O**bservation **S**cale for **GER**iatric patients)

Cette échelle, utilisée par le personnel soignant, permet d'évaluer le comportement d'une personne âgée à partir de six axes

		Jamais	Parfois	Souvent	Le plus souvent	Toujours
A-Comportement social	1-Participe aux événements de son entourage	5	4	3	2	1
	2-Aide les autres dans la mesure de ses moyens physiques	5	4	3	2	1
	3-Prend contact avec les personnes de son entourage	5	4	3	2	1
	4-Garde contact avec les amis et la famille	5	4	3	2	1
	5-Semble aimable et positif lors du contact avec sa famille	5	4	3	2	1
Total (5 à 25)						
B-Mémoire	6-Continue une discussion interrompue correctement	5	4	3	2	1

	7-Revient toujours sur le même point dans une discussion	1	2	3	4	5
	8-Peut se rappeler les noms d'amis proches	5	4	3	2	1
	9-Se rappelle où sont ses vêtements et autres objets	5	4	3	2	1
	10-Confond les personnes	1	2	3	4	5
Total (5 à 25)						
C-Activités instrumentales	11-Suit certaines émissions à la radio ou à la télévision	5	4	3	2	1
	12-S'efforce de maintenir sa chambre propre	5	4	3	2	1
	13-Peut faire des petites courses (pain, journal.)	5	4	3	2	1
	14-S'occupe d'une activité de loisirs	5	4	3	2	1
	15-Peut s'orienter dans un environnement habituel	5	4	3	2	1
Total (5 à 25)						
D-Activités de la vie quotidienne	16-Peut se raser ou se maquiller ou se coiffer sans aide	5	4	3	2	1
	17-Contôle ses selles	5	4	3	2	1
	18-A l'air propre et soigné	5	4	3	2	1
	19-Quitte le domicile dans des vêtements inadaptés	1	2	3	4	5
	20-Peut contrôler la fonction de sa vessie	5	4	3	2	1
Total (5 à 25)						
E-Humeur	21-Dit être triste	1	2	3	4	5
	22-Dit se sentir sans valeur	1	2	3	4	5
	23-A l'air triste ou pleurnichard	1	2	3	4	5

	24-Semble de bonne humeur	5	4	3	2	1
	25-Se réjouit de certaines visites, événements...	5	4	3	2	1
Total (5 à 25)						
F-Troubles du comportement	26-Est agité la nuit	1	2	3	4	5
	27-S'enfuit	1	2	3	4	5
	28-Est irritable, agressif lorsqu'on lui demande quelque chose	1	2	3	4	5
	29-Est agressif verbalement ou par ses actes	1	2	3	4	5
	30-Ne respecte pas les conseils et les règles	1	2	3	4	5
Total (5 à 25)						

Résultats :
De 5 à 25 pour chaque axe
Pour chaque axe, plus le résultat est élevé, plus l'atteinte est sévère.
Le report des résultats pour chaque axe étudié sur un hexagone permet de visualiser l'importance des perturbations et de déterminer quel est le type d'atteinte : dépression, démence légère ou sévère.

Normal Dépression

Démence légère Démence sévère

Ref: Utilisation de l'échelle NOSGER en psychogériatrie-P. Thomas et Coll-Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie n° 108 Octobre 2004

Echelle de dépression HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)
de Sigmond et Snaith

Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine écoulée			
Anxiété	Je me sens tendu ou énervé	0	Jamais
		1	De temps en temps
		2	Souvent
		3	La plupart du temps
		0	Pas du tout

	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'énerver	1	Un peu mais cela ne m'inquiète pas
		2	Oui mais ce n'est pas trop grave
		3	Oui très nettement
	Je me fais du souci	0	Très occasionnellement
		1	Occasionnellement
		2	Assez souvent
		3	Très souvent
	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	0	Oui quoi qu'il arrive
		1	Oui en général
		2	Rarement
		3	Jamais
	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	0	Jamais
		1	Parfois
		2	Assez souvent
		3	Très souvent
	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	0	Pas du tout
		1	Pas tellement
		2	Un peu
		3	Oui c'est tout à fait le cas
	J'éprouve des sensations soudaines de panique	0	Jamais
		1	Pas très souvent
		2	Assez souvent
		3	Vraiment très souvent
	Total		
Dépression	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	0	Oui tout autant
		1	Pas autant
		2	Un peu seulement
		3	Presque plus
	Je ris facilement et vois le bon côté des choses	0	Autant que par le passé
		1	Plus autant qu'avant
		2	Vraiment moins qu'avant
		3	Plus du tout
	Je suis de bonne humeur	0	La plupart du temps
		1	Assez souvent
		2	Rarement
		3	Jamais

	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	0	Jamais
		1	Parfois
		2	Très souvent
		3	Presque toujours
	Je me m'intéresse plus à mon apparence	0	J'y prête autant d'attention que par le passé
		1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
		2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
		3	Plus du tout
	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	0	Autant qu'avant
		1	Un peu moins qu'avant
		2	Bien moins qu'avant
		3	Presque jamais
	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision	0	Souvent
		1	Parfois
		2	Rarement
		3	Très rarement
TOTAL			

Résultats :
Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs
Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun
État anxieux ou dépressif douteux entre 8 et 10
État anxieux ou dépressif certain au-delà de 10

Ref: Dépression et... syndromes anxio-dépressifs-J.D.Guelfi et Coll-Ardix Médical

Questionnaire de symptômes urinaires

Inspiré de USP® Association Française d'Urologie, 2005,

Avant de commencer à remplir le questionnaire, merci d'inscrire la date d'aujourd'hui :

/__/ /__/ /____/

Jour Mois Année

Les questions suivantes portent sur l'intensité et la fréquence des symptômes urinaires que vous avez eus au cours des **4 dernières semaines**

Pour répondre aux questions suivantes, il vous suffit de cocher la case qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse **la plus proche de votre situation** Une fois ce questionnaire rempli, remettez-le à votre enquêteur.

Il peut vous arriver d'avoir des fuites d'urine lors de certains efforts physiques, soit importants (tels qu'une pratique sportive ou une quinte de toux violente), soit modérés (tels que monter ou descendre les escaliers) ou encore légers (tels que la marche ou un changement de position).

1. **Durant les 4 dernières semaines**, pouvez-vous préciser le nombre de fois par semaine où vous avez eu des fuites au cours d'efforts physiques :

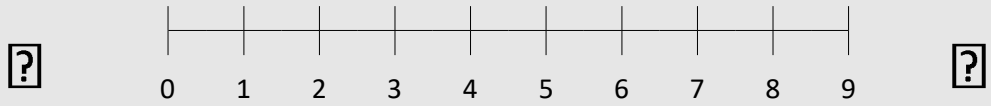
   Merci de cocher une case pour chacune des lignes 1a, 1b et 1c.

	Jamais de fuite d'urine	Moins d'une fuite d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par jour
1a. **Lors des efforts physiques importantes**	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
1b **Lors des efforts physiques modérés**	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
1c **Lors des efforts physiques légers**	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Partie réservée À l'enquêteur

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 1a + 1b + 1c

SCORE « INCONTINENCE URINAIRE A L'EFFORT »



2. Combien de fois avez-vous dû vous précipiter aux toilettes pour uriner en raison d'un besoin urgent ?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Jamais	Moins d'une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par jour

3. Quand vous êtes pris par un besoin urgent d'uriner, combien de minutes en moyenne pouvez-vous vous retenir ?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Plus de 15 minutes	De 6 à 15 minutes	De 1 à 5 minutes	Moins de 1 minute

4. Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine précédée d'un besoin urgent d'uriner que vous n'avez pas pu contrôler ?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Jamais	Moins d'une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par jour

4 bis. Dans ces circonstances, quel type de fuites avez-vous ?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Pas de fuites dans cette circonstance	Quelques gouttes	Fuites en petites quantités	Fuites inondantes

Pendant la journée, quel est le temps habituel espaçant deux mictions (action d'uriner) ?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Deux heures ou plus	Entre 1 heure et 2 heures	Entre 30 minutes et 1 heure	Moins de 30 minutes

5. Combien de fois en moyenne avez-vous été **réveillé(e)** la nuit par **un besoin** d'uriner ?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
0 ou 1 fois	2 fois	3 ou 4 fois	Plus de 4 fois

6. Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine en dormant ou vous êtes-vous réveillé(e) mouillé(e) ?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Jamais	Moins d'une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par jour

7. Comment décririez-vous votre miction (action d'uriner) habituelle durant ces 4 dernières semaines ?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Normale	Nécessité de pousser avec les muscles abdominaux (dur sur le bas ventre)	Nécessité d'appuyer ventre avec les mains ou miction penchée en avant ou nécessitant un changement de position)	Vidange par sonde urinaire

8. En général, comment décririez-vous votre jet d'urine ?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Normal	Jet faible	Goutte à goutte	Vidange par sonde urinaire

9. En général, comment s'effectue votre miction (action d'uriner) ?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Miction normale et rapide	Miction difficile à facilement, mais longue à tenir	Miction débutant très lente du début jusqu'à la fin	Vidange par sonde urinaire

S'effectuant Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 2 + 3 + 4 + 4bis + 5 + 6 + 7

SCORE « HYPERACTIVITE VESICALE »



TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE 2

IN MEMORIAM 3

DÉDICACE 4

REMERCIEMENTS 5

LES SIGLES ET ABRÉVIATIONS 6

LISTE DES TABLEAUX 7

LISTE DES GRAPHIQUES 8

RÉSUMÉ 9

ABSTACT 9

INTRODUCTION 10

PREMIÈRE PARTIE : CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 13

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE, CONCEPTS ET MODÈLES THÉORIQUES DE RÉFÉRENCE 14

1. Mise en évidence du problème et questions de recherche 14

1.1 Hypothèses de recherche 16

1.1.1 Hypothèse générale 16

1.1.2 Hypothèses spécifiques 17

1.2 Objectifs de recherche 17

1.2.1 Objectif général 17

1.2.2 Objectifs spécifiques 17

1.2 Opérationnalisation des variables de la recherche 18

1.3.1 Hypothèse n°1 : Le plateau technique du service d'urologie du CNHU-HKM présente des insuffisances dans l'orientation et l'accompagnement des personnes du troisième âge souffrant d'une incontinence urinaire. 18

1.3.2 Hypothèse n°2 : L'irritabilité vésicale, l'urgenturie et le retrait social peuvent faite suite à l'incontinence urinaire chez la personne du troisième âge 19

1.3.3 Hypothèse n°3 : Les troubles psychologiques (l'irritabilité vésicale, l'urgenturie et le retrait social) de l'incontinence urinaire perturbent le bien-être psychologique des personnes du troisième 19

2. Clarification conceptuelle 20

2.1 Personnes du troisième âge 20

2.2 L'incontinence urinaire 20

3. Revue de la littérature 21

3.1 Époques du vieillissement 21

3.2 Troubles psychologiques secondaires à l'incontinence urinaire 23

3.3 Incontinence urinaire et qualité de vie 24

CHAPITRE II : CADRE DE LA RECHERCHE ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE 26

1. Présentation du cadre de l'étude : CNHU-HKM dans la ville de Cotonou 26

2. Démarche méthodologique 29

2.1 Nature de la recherche 29

2.2 Groupes cibles 30

2.3 Cible de l'échantillonnage 30

2.4 Raison du choix 31

2.5 Techniques et instruments de collecte de données 31

2.5.1 Instruments et méthodes d'exploitation des données 32

2.5.1.1 Première technique de collecte des données : le questionnaire d'enquête 32

2.5.1.1.1 De la structuration des questionnaires 32

2.5.1.1.2 De l'élaboration du questionnaire d'enquête 32

2.5.1.2 Deuxième technique de collecte des données : l'entretien 33

2.5.1.3 Troisième technique de collecte des données : l'échelle 33

2.5.1.4 Quatrième technique de collecte des données : l'enregistrement 33

2.6 De l'organisation et du déroulement de la recherche 34

2.6.1 Prétest des outils 34

2.6.2 Administration des outils pendant l'enquête 35

2.7 Instruments et techniques de traitement des données 35

2.8 Difficultés éprouvées 36

SECONDE PARTIE : PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES TROUBLES DE LA MICTION CHEZ LES PERSONNES DU TROISIEME AGE DE COTONOU 37

CHAPITRE III : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE 38

1. Présentation des résultats issus de la recherche 38

1.1 Spécification de l'échantillon 38

1.2 Insuffisance des offres de service de santé pour les personnes du troisième âge atteintes de l'incontinence urinaire 42

1.3 Connaissance sur le processus de prise en charge de l'incontinence urinaire et des troubles mictionnels chez les sujets âgés 45

1.4 Les signes d'alerte de l'incontinence urinaire chez les sujets âgés 48

1.5 Type d'incontinence urinaire relevé chez les sujets enquêtés 49

1.6 Cycle mictionnel 50

1.7 Sensibilité vésicale 51

1.8 Symptômes du bas appareil urinaire à la phase du stockage 52

1.9 Symptômes du bas appareil urinaire à la phase de vidange 53

1.10 Aspects psychopathologiques liés à l'incontinence urinaire et/ou aux troubles de la miction 54

1.11 Retentissement psychologique 54

1.12 De la promotion de la santé et du bien-être des personnes du troisième âge à travers les Centres de Promotion Sociale (CPS) 56

1.13 Perception des urologues et des spécialistes de la santé mentale 57

1.14 Perception des parents sur les conditions de prise en charge de leurs personnes âgées par les services d'urologie et de santé mentale 57

2. Étude de cas 58

2.1 Analyse du cas 59

3. Résumé syndromique 60

4. Hypothèse diagnostique 60

5. Diagnostic différentiel 60

6. Diagnostic retenu 61

CHAPITRE IV : DISCUSSION ET PERSPECTIVES 62

1. Discussion des résultats 62

2. Vérification des hypothèses de la recherche 63

3. Limites et perspectives de la recherche 64

CONCLUSION 66

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEBOGRAPHIQUES 67

ANNEXES 70

TABLE DES MATIERES 79