



L'incontinence urinaire d'effort pendant la grossesse : rôle de la sage-femme dans la prévention, le dépistage et la prise en charge

Marina Cestaro

► To cite this version:

Marina Cestaro. L'incontinence urinaire d'effort pendant la grossesse : rôle de la sage-femme dans la prévention, le dépistage et la prise en charge : état des lieux à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01881730

HAL Id: hal-01881730

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01881730>

Submitted on 26 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*L'incontinence urinaire d'effort pendant la
grossesse : rôle de la sage-femme dans la prévention,
le dépistage et la prise en charge*

-Etat des lieux à la Maternité Régionale
Universitaire de Nancy-

Mémoire présenté et soutenu par
Marina CESTARO

Promotion 2011

Travail de recherche réalisé sous la direction de :

Madame Murielle BERTRAND

Sage-femme enseignante

Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz, Nancy

Et l'expertise de :

Madame Patricia DUHIN

Sage-femme de consultations externes et du service d'urodynamique

Maternité Régionale Universitaire de Nancy

SOMMAIRE

Sommaire	- 4 -
Liste des abréviations.....	- 6 -
Préface.....	- 7 -
Introduction	- 8 -
Partie 1 : Revue de la littérature.....	- 9 -
1. GENERALITES.....	- 10 -
1.1. Définitions.....	- 10 -
1.2. Epidémiologie	- 12 -
1.3. Les facteurs de risque.....	- 14 -
2. DIAGNOSTIC DES INCONTINENCES URINAIRES ET PRISE EN CHARGE NON CHIRURGICALE	- 20 -
2.1. L'interrogatoire	- 20 -
2.2. Les outils diagnostiques	- 20 -
2.3. L'examen clinique physique	- 24 -
2.4. Le dépistage	- 25 -
2.5. La rééducation périnéale	- 25 -
2.6. Les traitements médicamenteux.....	- 26 -
3. LE CONTEXTE DE LA GROSSESSE	- 27 -
3.1. La grossesse, une période particulière	- 27 -
3.2. Les facteurs de risques spécifiques à la grossesse	- 27 -
3.3. Intérêt de la rééducation prénatale	- 28 -
Partie 2 : Description des résultats	- 30 -
1. DESCRIPTION DE L'ETUDE.....	- 31 -
1.1. Objectifs	- 31 -
1.2. Hypothèses	- 31 -
1.3. Schéma de l'étude	- 32 -
2. PRESENTATION DES RESULTATS.....	- 34 -
2.1. Premier temps.....	- 34 -
2.2. Second temps	- 47 -
Partie 3 : Analyse et discussion	- 59 -
1. L'ECHANTILLON DE PATIENTES DE L'ETUDE	- 60 -
2. DEPISTAGE DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT PENDANT LA GROSSESSE PAR LES SAGES-FEMMES DE CONSULTATIONS.....	- 61 -
2.1. Le dépistage systématique.....	- 61 -
2.2. Dans quels cas les sages-femmes recherchent-elles des symptômes?	- 62 -
2.3. Le suivi des patientes concernées	- 64 -
3. LES PRISES EN CHARGE PROPOSEES	- 66 -

3.1.	La rééducation périnéale	- 66 -
3.2.	Les conseils oraux	- 66 -
4.	L'INFORMATION DES PATIENTES CONCERNANT LE PERINEE :	
	l'éducation périnéale.....	- 68 -
4.1.	Du côté des patientes.....	- 68 -
4.2.	Du côté des professionnelles.....	- 69 -
5.	QUELLES PROPOSITIONS ?.....	- 72 -
5.1.	Le dépistage systématique.....	- 72 -
5.2.	La formation médicale continue.....	- 72 -
5.3.	La prévention primaire.....	- 73 -
5.4.	La prévention secondaire	- 73 -
5.5.	La continuité des soins	- 74 -
6.	Proposition d'un livret d'information à l'attention des sages-femmes de consultations	- 75 -
	Conclusion.....	- 79 -
	Bibliographie	- 80 -
	TABLE DES MATIERES	- 84 -
	ANNEXE 1 : Echelle Ditrovie® de retentissement des troubles mictionnels sur la qualité de vie	- 1 -
	ANNEXE 2 : Echelle de Mesure du handicap urinaire.....	- 3 -
	ANNEXE 3 : Questionnaire ICIQ : International Consultation on Incontinence Questionnaire	- 4 -
	ANNEXE 4 : Incontinence Impact Questionnaire et Urogenital Distress Inventory - 5 -	
	ANNEXE 5 : Pad test, évaluation quantitative de l'incontinence urinaire	- 6 -
	ANNEXE 6 : Testing des muscles releveurs de l'anus.....	- 7 -
	ANNEXE 7 : Fiche de recueil pour les entretiens auprès des patientes.....	- 8 -
	ANNEXE 8 : Questionnaire destiné aux sages-femmes de consultations	- 12 -
	ANNEXE 9 : Fiche d'information pour la reeducation perineale post-natale... - 15 -	

Liste des abréviations

CIM : Classification Internationale des Maladies

HAS : Haute Autorité de Santé

IUE : Incontinence Urinaire à l'Effort

MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RPN : Rééducation périnéale post-natale

SA : Semaines d'Aménorrhée

TV : Toucher Vaginal

UD : Urodynamique

VP : Verrouillage Périnéal

PREFACE

Le programme actuel des études de sages-femmes comporte l'étude de l'incontinence urinaire et les traitements possibles. Bien que l'affection soit fréquente au cours de la grossesse, on ne nous parle pas, lors de ces cours, de la prévention primaire et très peu de la prise en charge possible en anténatal. Intriguée par cette prise en charge avant l'accouchement, j'ai effectué des recherches à ce sujet. C'est en lisant l'étude préliminaire de Letouzey, qu'a débuté ma réflexion. Cette étude montre, sur de petites séries, que des séances de rééducation périnéale pendant la grossesse sont efficaces sur la diminution du risque d'incontinence urinaire d'effort persistante après l'accouchement. Les patientes testées présentaient toutes des incontinenances urinaires d'effort en période prénatale. Une telle prise en charge implique qu'il y ait eu en amont un dépistage de ces troubles.

En réfléchissant à mes différents stages dans le service de consultations, je n'avais pas le souvenir que les fuites urinaires étaient souvent recherchées par les sages-femmes de consultations. Or, si les études futures prouvaient l'intérêt d'une rééducation anténatale, il serait alors intéressant de s'interroger sur la pratique de ce dépistage par les sages-femmes. J'ai donc décidé de faire un état des lieux du dépistage mais aussi de la prévention et de la prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort par les sages-femmes pendant la grossesse.

J'essaierai, dans ce travail, de décrire les pratiques des différentes professionnelles et de les discuter au vu des éléments disponibles dans la littérature.

Introduction

L'incontinence urinaire est, depuis 1998, entrée dans la Classification Internationale des Maladies (CIM) et devrait, à ce titre, être étudiée et prise en compte de la même façon que toutes les autres affections contenues dans la CIM. De plus, cette pathologie constitue depuis 2004 l'un des objectifs de santé publique ; c'est dire si de nombreuses personnes sont concernées. Pourtant, de multiples études ont montré que le sujet reste un grand tabou dans la société actuelle où la performance est une règle. La grossesse est une période qui connaît un fort taux d'incontinence urinaire et durant laquelle une information des patientes, tant concernant la pathologie que les possibilités curatives, permettrait de toucher une grande partie de la population. Mais les troubles de la continence urinaire sont-ils évoqués en prénatal par celles qui sont les garantes de la physiologie ? Dans son rapport de 2007, le professeur Haab met en avant différents manques en matière de dépistage des troubles urinaires, et notamment une insuffisance de mesures éducatives et préventives. Ainsi, il propose, entre autres, que les visites pré et post-partum comportent systématiquement une fiche de renseignements sur l'existence d'une incontinence urinaire.

Après quelques généralités sur la problématique de l'incontinence urinaire féminine et le contexte particulier de la grossesse, l'étude de ce travail consistera à observer si les sages-femmes de consultations de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy dépistent de tels troubles. Nous essaierons de mettre en évidence les éventuelles mesures de prévention et d'éducation mises en place, ainsi que les attitudes thérapeutiques adoptées en prénatal.

Enfin, à l'aide des résultats de l'étude et au vu des propositions émises dans la littérature, nous envisagerons, si nécessaire, les modifications qui pourraient être apportées aux pratiques des sages-femmes de Nancy, dans le but d'améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des incontinences urinaires d'effort durant la grossesse.

Partie 1 : Revue de la littérature

1. GENERALITES

1.1. Définitions

1.1.1. L'incontinence urinaire

L'ICS (International Continence Society) définit depuis 2002 l'incontinence urinaire comme « toute plainte de fuite involontaire d'urines ». On différencie, d'après la nomenclature de l'ICS, plusieurs types d'incontinence et, principalement chez la femme :

- Incontinence urinaire à l'effort : les fuites surviennent uniquement à l'effort (port de charges, rire, toux, éternuements...) car la pression abdominale est augmentée. Cette augmentation de la pression abdominale entraîne une augmentation de la pression vésicale ; les capacités sphinctériennes de continence s'en trouvent alors dépassées. La patiente ne ressent pas le besoin préalable d'uriner.
- Incontinence urinaire par impériosité : alors qu'elles ressentent un besoin soudain et urgent d'uriner, les patientes souffrant de ce type d'incontinence ne peuvent refreiner ce besoin et il s'en suit une fuite.
- Incontinence urinaire mixte : ce type d'incontinence associe incontinence urinaire d'effort et incontinence par impériosité.

L'ICS préconise également que soient précisés « le mécanisme et les circonstances de survenue des fuites, leur sévérité, leur fréquence, l'existence d'éventuels facteurs favorisants, leur impact social, hygiénique ou sur la qualité de vie, l'existence d'éventuelles mesures prises pour éviter les fuites et enfin la notion de demande médicale de la part du patient ».

1.1.2. Les échelles de qualité de vie

Les incontinences urinaires sont, entre autres paramètres, jugées par leur retentissement sur la qualité de vie du patient et l'impact social. Or, ce sont des données multifactorielles très subjectives et difficiles à grader et à comparer sans une trame validée. C'est donc dans le but de rendre les études mieux exploitables qu'ont été créées les différentes échelles de mesure de qualité de vie.

Pour donner des résultats fiables, les questionnaires et échelles de qualité de vie doivent respecter des critères particuliers. Notamment, le score doit être sensible aux variations. Cela signifie que l'on doit pouvoir noter une différence de score, par exemple, s'il y a amélioration de l'incontinence après un traitement.

Pour l'évaluation de la qualité de vie, deux types d'échelles peuvent être utilisés :

- **les échelles générales** ; fournissent des données sur l'état de santé et la qualité de vie quelle que soit la pathologie.
- **les échelles spécifiques** d'une affection donnée.

1.1.2.1. Les échelles générales

Elles sont surtout utilisées pour évaluer la qualité de vie de patients atteints de graves maladies. Ces questionnaires ne présentent pas un grand intérêt en urodynamique car ils sont peu sensibles aux effets de l'incontinence sur la qualité de vie et à l'amélioration de celle-ci après traitement.

En revanche, ces questionnaires permettent de comparer des groupes de malades à des populations de référence non malades.

1.1.2.2. Les échelles spécifiques

Ces échelles s'intéressent spécifiquement à une pathologie et à son impact sur la qualité de vie ; elles se révèlent plus sensibles aux variations cliniques.

Concernant l'incontinence urinaire, une analyse comparative effectuée en 2003 a recensé 13 échelles différentes, mais toutes ne sont pas validées et seulement quelques-unes ont été adaptées à la langue française. [1]

- **L'échelle Ditrovie®** : (Annexe 1)

C'est un instrument peu coûteux, non invasif, auto-administré qui permet une évaluation objective et une appréciation des résultats thérapeutiques. Cette échelle comprend 10 items permettant d'évaluer le retentissement des troubles urinaires sur les dimensions testées : activités quotidiennes, retentissement émotionnel, image de soi, qualité du sommeil, bien être.

- **Le questionnaire CONTILIFE®** :

Ce questionnaire permet d'évaluer l'impact de tous les types d'incontinence urinaire sur la qualité de vie selon 28 items répartis dans cinq domaines (activités quotidiennes, situation d'effort, perception de soi, retentissement émotionnel, sexualité). Il a fait l'objet d'une étude de validation en 2003 et s'est avéré fiable ; les domaines étudiés étant les plus pertinents et les plus valides pour des comparaisons. [2]

1.2. Epidémiologie

1.2.1. Prévalence

Les études recherchant la prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme sont nombreuses mais disparates. En effet, suivant la définition de la population ou les types de recueils, les chiffres diffèrent. Globalement, la prévalence de l'incontinence urinaire est estimée à près de 25 à 45 % des femmes de la population générale. [3]

D'après une étude prospective de l'INSERM de 2007 réalisée sur un registre de 2183 patientes de plus de 18 ans dans toute la France, la prévalence de l'incontinence urinaire dans cette population féminine (définition de l'ICS) était de 26.6%, avec une prédominance de l'incontinence urinaire d'effort. [4] Dans cette étude étaient exclues les femmes enceintes ou ayant accouché dans les 3 mois précédents.

1.2.2. Coût des incontinences urinaires

Le coût annuel de l'incontinence urinaire féminine en France est estimé à environ 150 millions d'euros.

L'incontinence urinaire féminine est une pathologie très coûteuse pour l'assurance maladie (consultations, médicaments, chirurgie) mais également pour les patientes puisque suivant les études, près de 50 % des patientes souffrant d'incontinence urinaire porte des protections intimes. [4] Une meilleure prévention primaire, passant entre autres par l'éducation, permettrait de diminuer ces coûts.

Le coût indirect de cette pathologie, surtout dans ses formes sévères, n'est pas non plus négligeable puisqu'elle entraîne parfois, en plus d'hospitalisations, une baisse de la productivité due à une retraite anticipée, une incapacité à travailler. [5]

1.2.3. Impact psycho-social

Certes, l'incontinence urinaire représente un coût financier, mais elle a aussi un impact psycho social sur les femmes touchées. Cet impact n'est pas toujours proportionnel à la sévérité des troubles puisqu'il dépend du rapport des patientes à la maladie ainsi que de leur culture. Néanmoins, grâce à des échelles psychométriques (en partie citées précédemment), il est possible d'estimer l'impact de ces fuites sur la population.

Ainsi, dans une étude réalisée entre juin et juillet 2007 sur des femmes françaises, on apprend que sur 486 femmes souffrant d'incontinences et ayant répondu au questionnaire, 455 (soit 92%) déclarent que ces fuites ont un impact négatif sur leur vie quotidienne. 58% environ exprime au moins une plainte sociale et ce surtout pour les sorties et les courses. [6]

Dans son rapport de 2007, le Professeur Haab rapporte que dans une enquête concernant 5183 françaises de 18 ans et plus, 20% des patientes souffraient d'un retentissement significatif de leur incontinence urinaire d'effort sur leur qualité de vie.[7]

Il est important de noter que lorsque l'intensité des symptômes est faible, ou le handicap fonctionnel peu important, les femmes n'en parlent pas et ce quelle que soit la gêne sociale et psychologique éprouvée. [7,8]

Par ailleurs, il semblerait que les troubles de la continence urinaire représentent un facteur aggravant majeur de dysfonction sexuelle. [9] Une étude comparative utilisant des scores de qualité de vie (King's Health Questionnaire) et une échelle d'ajustement dyadique (Dyadic Adjustment Scale) a mis en évidence que les relations de couples ainsi que les rapports sexuels se trouvaient affectés négativement et ce, de façon significative chez les patientes souffrant d'incontinence urinaire. [10].

1.3. Les facteurs de risque

Les trois principaux facteurs de risque retrouvés dans la littérature sont l'âge, la parité et l'indice de masse corporelle.

1.3.1. L'âge

L'incontinence urinaire augmente significativement et de façon linéaire avec l'âge, avec quelques variations en fonction du type de fuites. [3] Ainsi, le risque d'incontinence urinaire est retrouvé 3,6 fois plus élevé à partir de 30 ans et 7.7 fois supérieur après 50 ans. [4]

Certaines études placent l'âge maternel au premier accouchement comme un facteur de risque de voir apparaître une incontinence urinaire d'effort sévère. [11,30] Globalement, il a été mis en évidence qu'un âge inférieur à 22 ans ou supérieur à 35 ans au moment de la grossesse, quelle que soit la parité, est un facteur de risque de voir apparaître une incontinence urinaire en cours de grossesse ou dans les trois mois du post partum, et ce avec un fort niveau de preuve.(NP1) [12,13]

1.3.2. L'indice de masse corporelle

Il existe un risque d'incontinence urinaire chez la femme, qui augmente en même temps que l'indice de masse corporelle. Cette relation linéaire est retrouvée dans l'étude transversale de l'enquête de l'INSERM qui en ressort un OR de 1,7 pour un IMC ≥ 26 kg/m² et de 3,8 pour un IMC ≥ 36 kg/m² avec comme référence un IMC ≤ 25 kg/m². [4]

La surcharge pondérale contribue à la pression de l'abdomen sur la vessie et les muscles pelviens et favorise leur altération.

L'obésité (définie par un IMC ≥ 30 kg/m²) est un facteur de risque d'incontinence urinaire, quel que soit le type. Cette pathologie détériore la qualité tissulaire. Chez les obèses, l'incontinence urinaire d'effort a une prévalence importante. [14] En effet, l'obésité est établie comme facteur de risque d'incontinence urinaire d'effort et de son degré de sévérité, selon des échelles validées. [4,13,14] Une étude américaine prospective randomisée retrouve, chez des patientes avec incontinence urinaire d'effort, une amélioration de l'impact des fuites sur la qualité de vie chez un groupe de patientes obèses ayant perdu beaucoup de poids, par rapport à un groupe de patientes obèses stables. [14]

Glazener et al. en 2006, observe un risque plus important de voir apparaître une incontinence urinaire dans le post partum lorsque l'IMC est supérieur à 25 kg/m² avant la grossesse. [13]

La relation linéaire entre IMC et fréquence de l'incontinence à l'effort sévère est également retrouvée même après ajustement sur l'âge et la parité par Hannestad et al. et ce même pour le surpoids (IMC ≥ 25). [14]

En conclusion, l'excès de poids augmente de façon proportionnelle le risque d'incontinence urinaire et, inversement, la réduction pondérale diminue considérablement ces troubles et leur impact social. [13]

1.3.3. La parité

La prévalence de l'incontinence urinaire augmente avec la parité. [4] En effet, on retrouve une prévalence significativement augmentée chez les femmes ayant déjà accouché, par rapport aux femmes qui n'ont jamais eu d'enfant. [4]

Chez des femmes de même âge et à parité égale, l'incontinence urinaire d'effort est plus fréquente chez les accouchées par voie basse que chez celles accouchées par césarienne. Cependant cette différence disparaît avec l'âge. [15]

De plus, une étude de cohorte a montré un risque qui augmentait linéairement avec la parité. Ainsi, plus les femmes avaient d'enfants, et plus elles souffraient d'incontinence urinaire à long terme. [16] Globalement, il est retenu que la grande multiparité (définie dans les études comme 3 enfants et plus) est un facteur de risque de développer une incontinence urinaire à l'effort pendant la grossesse ou dans le post-partum. (NP2) [13]

Cas particulier des grossesses gémellaires

La gémellité est significativement associée à l'incontinence urinaire d'effort du post-partum plus de 20 mois après l'accouchement, d'après une étude rétrospective unicentrique menée sur trois ans et incluant 234 patientes dont la moitié avait accouché de jumeaux. [17]

1.3.4. Les antécédents d'instrumentations, interventions pelviennes

Selon certains auteurs, les antécédents d'instrumentations (ventouses, forceps...) ou de chirurgie pelvienne ou abdominale constitueraient un facteur de risque supplémentaire d'apparition d'incontinence urinaire chez la femme. [18]

A long terme, il semblerait que les extractions instrumentales n'influent pas sur le risque d'incontinence urinaire par rapport à l'accouchement voie basse (NP2). [19]

Par ailleurs, une revue de la littérature datant de 2008 n'a pas mis en évidence de différence significative de prévalence d'incontinence urinaire entre un antécédent d'instrumentation par ventouse ou par forceps. [19] Ces deux méthodes d'extraction

assistée agissent de la même façon sur le risque d'incontinence urinaire de la femme en post-partum.

1.3.5. Le sport

La Haute Autorité de Santé identifie la pratique intensive d'exercice physique comme un facteur de risque à part entière d'incontinence urinaire. Il s'agit essentiellement d'incontinence urinaire d'effort, survenant du fait du phénomène d'hyperpression intra-abdominale, inhérent à certains exercices et dépassant les capacités sphinctériennes. [20]

Parmi les sports à risque se trouvent par exemple la course à pied, le tennis ou tout autre sport comprenant des exercices physiques qui occasionnent des sauts répétés qui ajoutent une pression abdominale pouvant être multipliée par dix. Cette mécanique d'hyperpression intra-abdominale influe, à terme, sur la statique pelvienne et finit par produire un déséquilibre entre une sangle abdominale trop puissante et un plancher périnéal insuffisamment musclé, favorisant des fuites d'urines à l'effort.

Selon l'intensité, le sport peut multiplier de 3 à 5 le risque d'incontinence urinaire à l'effort et ce même chez les pratiquantes amatrices. [21]

Les sports présentant un risque élevé ont été listés : trampoline, gymnastique acrobatique, aérobic, sauts de haies, basket-ball, volley, handball, course à pied, arts martiaux. Heureusement, il existe des sports pour lesquels le risque est mineur. Il s'agit entre autres de la natation, le roller, la marche, le vélo. [21]

1.3.6. Les facteurs favorisants

1.3.6.1. *La toux chronique*

La toux chronique, par l'hyperpression abdominale qu'elle induit augmente le risque d'incontinence urinaire. [20,22] Ainsi, une étude récente auprès de patientes atteintes de pneumopathie interstitielle diffuse a mis en évidence une prévalence nettement augmentée de l'incontinence urinaire chez les sujets avec toux chronique par rapport au groupe témoin qui ne souffrait pas de toux. L'évaluation de l'incontinence

s'est faite avec des échelles validées pour juger de la sévérité (K.Bo Index) et du retentissement psycho-social (Ditrovie). [23]

1.3.6.2. *Le tabagisme*

Le tabagisme est associé à une franche augmentation de la fréquence et de la sévérité de l'incontinence. En outre, cette corrélation est d'autant plus forte que le tabagisme persiste. [24]

Différents mécanismes peuvent expliquer les effets délétères du tabagisme sur la continence urinaire.

- D'une part la toux chronique qui altère le fonctionnement du sphincter urétral. Les pathologies liées telles que les bronchites chroniques obstructives (un fumeur sur quatre) et l'asthme vont aussi entraîner de la toux et donc des pressions abdominales augmentées de façon chronique.
- D'autre part, l'intoxication au tabac entraîne une diminution de la synthèse de collagène et donc un affaiblissement des structures soutenant le pelvis. [24]

1.3.6.3. *La constipation chronique*

La constipation entraîne d'importants efforts de poussée sur les organes du petit bassin et sur le périnée, générant son affaiblissement. La chronicité de cette pression abdominale augmentée, exercée sur le périnée, explique que les patientes de nature constipée ont un risque augmenté de développer une incontinence urinaire.

1.3.6.4. *L'incontinence urinaire préexistante ou apparue au cours d'une grossesse*

L'incontinence urinaire apparue au cours d'une grossesse est un facteur de risque d'incontinence urinaire jusqu'à 15 ans après cette grossesse. [25] En effet, dans ses recommandations pour la pratique clinique de 2009, le CNGOF écrit que « l'existence d'une incontinence urinaire avant une grossesse ou la survenue d'une

incontinence urinaire en cours de grossesse est un facteur de risque de voir persister ou apparaître une incontinence urinaire à 3 mois du post-partum et à distance (NP1) ».[26]

Une étude rétrospective de 2009 déjà citée montre différents facteurs de risque d'incontinence urinaire d'effort plus de 20 mois dans le post-partum, et parmi ces facteurs apparaît l'incontinence urinaire d'effort prénatale avec un odds ratio de 4,2 ($p=0,002$). [17]

1.3.6.5. Les boissons

Certaines boissons, telles que boissons gazeuses, vin blanc, thé ou café favorisent les troubles de la continence urinaire, surtout par impériosité. [3]

2. DIAGNOSTIC DES INCONTINENCES URINAIRES ET PRISE EN CHARGE NON CHIRURGICALE

2.1. L'interrogatoire

Le diagnostic de l'incontinence urinaire se fait avant tout lors de l'interrogatoire. Il permet de préciser :

- Le mécanisme et les circonstances de survenue des fuites,
- La sévérité des fuites : par exemple par le nombre et le type de protections utilisées,
- La fréquence,
- L'existence d'éventuels facteurs favorisants,
- L'existence d'éventuelles mesures prises pour éviter les fuites et leur efficacité,
- La notion de demande médicale des patients.

L'interrogatoire permettra également de rechercher des troubles urinaires associés, comme par exemple une pollakiurie préventive qui masquerait une incontinence urinaire par insuffisance sphinctérienne. (hors infection urinaire)

2.2. Les outils diagnostiques

2.2.1. Les scores d'incontinence

Pour l'évaluation quantitative des signes fonctionnels, il existe des scores de symptômes urinaires. Ces scores apportent des arguments objectifs chiffrés pour le suivi longitudinal des patientes, et notamment pour estimer l'impact symptomatique des traitements.

La Haute Autorité de Santé, dans ses recommandations, n'avance pas plus un questionnaire qu'un autre, et le choix reste donc à la libre appréciation des auteurs et des praticiens. Cependant, parmi les nombreux scores existant, tous n'ont pas fait l'objet d'une validation en français.

En France, le score le plus utilisé est le score *Mesure du Handicap Urinaire*. (Annexe 2) Il est utile pour une approche quantitative des troubles. On peut l'utiliser quel que soit le type d'incontinence urinaire. Il comporte 7 questions et il existe une version spéciale pour l'incontinence urinaire féminine non neurologique, dans laquelle une question varie. En revanche, il ne prend pas en compte l'impact des troubles sur la qualité de vie.

D'après les recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, l'utilisation d'un score de symptômes validé en français et corrélé au pad-test (pesée des protections) est une alternative valide pour la pratique clinique. Le seul score correspondant à ces critères est l'*International Consultation on Incontinence Questionnaire*. (Annexe 3) C'est un des plus récents questionnaires développés chez la femme pour évaluer l'incontinence urinaire quelle qu'elle soit. Il comporte quatre items dont :

- Trois évaluent l'incontinence en tant que symptôme : fréquence, volume et circonstances des fuites. Ces trois items sont validés.
- Un quatrième item mesure l'impact sur la qualité de vie sous forme d'échelle visuelle analogique. Cet item n'a pas fait l'objet d'une analyse de validation.

Ce questionnaire, par ses trois premiers items, étant sensible aux changements, il constitue un outil de choix dans l'évaluation de l'efficacité d'un traitement par exemple.

D'autres instruments explorent l'aspect quantitatif des troubles, leur type, ainsi que l'impact psychosocial de l'incontinence urinaire. Parmi ces outils, on compte par exemple l'*Incontinence Impact Questionnaire/Urogenital Distress Inventory*, (Annexe 4) non validé en français. Bien d'autres encore existent ; nous ne les listerons pas ici.

2.2.2. Le calendrier mictionnel

C'est un enregistrement du comportement mictionnel complété par la patiente. C'est une méthode de recueil de données prospective et relativement objective recommandée par l'ICS pour l'évaluation clinique initiale des patientes présentant des symptômes du bas appareil urinaire.

Les paramètres sont : type et volume des boissons ingérées, heure des mictions, volume mictionnel, existence de fuites en précisant les circonstances de survenue et les facteurs déclenchants. C'est un outil fait pour être utilisé dans des conditions de vie habituelles.

2.2.3. Le « pad-test »

Le pad test ou test d'incontinence permet une appréciation purement quantitative de l'incontinence urinaire d'effort : pesée d'une couche avant et après une série d'exercices codifiés pour chiffrer en ml/heure les fuites urinaires. Ce test apporte une idée objective de la réalité et de l'importance de l'incontinence urinaire à l'effort permettant dans un certain nombre de cas la prise de décision et la validation de résultats thérapeutiques. Il ne préjuge pas du retentissement psycho-social et de la perturbation de la qualité de vie.

Selon les recommandations de l'ICS, la réalisation d'un pad test n'est pas requise pour affirmer le diagnostic.

En cours de grossesse, il semble y avoir une mauvaise corrélation entre résultat de ce test et sévérité des symptômes. [13]

2.2.4. Le test à la toux (Annexe 5)

Il est utile dans la recherche typologique d'une incontinence urinaire et notamment pour le diagnostic de l'incontinence à l'effort.

Il consiste à demander à la patiente de se détendre, puis de tousser franchement et de manière répétée tout en recherchant l'apparition de fuites au méat urétral. Il peut

être réalisé en position gynécologique mais s'il est négatif, il doit être répété en position debout. Dans l'idéal, il faut le réaliser debout et vessie pleine.

La positivité du test à la toux (apparition d'une fuite au méat urétral) à vessie peu remplie en position allongée est en faveur du diagnostic d'insuffisance sphinctérienne.

2.2.5. Les examens complémentaires

- **Le Q-tip test**

Egalement appelé test du coton-tige, c'est une évaluation clinique indirecte de la mobilité de l'urètre, par la mesure de l'angle entre le coton-tige introduit par l'urètre au niveau du col vésical chez une patiente en position gynécologique, entre la position de repos et la manœuvre de Valsava (équilibre des pressions). Il évalue la mobilité urétrale.

Chez les nullipares, la valeur du Q-tip test augmente régulièrement au cours de la grossesse alors qu'elle reste stable chez les pares. [13]

- **L'Examen CytoBactériologique des Urines**

Il permet d'éliminer une infection urinaire et est surtout utile pour le diagnostic différentiel, puisqu'une irritation vésicale peut induire des troubles mictionnels.

- **Le bilan urodynamique**

Il permet de mettre en évidence les mécanismes physiopathologiques de l'incontinence urinaire en analysant le mode de fonctionnement vésico-sphinctérien et ses éventuels déséquilibres.

D'après les recommandations HAS, il n'est pas utile de prescrire un bilan urodynamique avant de proposer un traitement par rééducation périnéale pour l'incontinence urinaire de la femme. En effet, la réalisation d'un bilan urodynamique

n'est pas associée à de meilleurs résultats dans le traitement de l'incontinence urinaire de la femme. (NP2)

- **Explorations par imagerie**

Des techniques d'imagerie telles que l'échographie, la cystographie, la colpo-cysto-défécographie, l'endoscopie, l'imagerie par résonnance magnétique nucléaire permettent des explorations (observation des différentes phases de remplissage vésical) ainsi que la recherche d'étiologies particulières (de polypes par exemple).

2.3. L'examen clinique physique

Il doit rechercher des signes objectifs évocateurs d'une dysfonction du bas appareil urinaire. C'est un temps délicat pour la patiente ; aussi, il est très important qu'elle se sente « à l'aise ». Avant cet examen, on effectue un examen général, particulièrement à la recherche de troubles neurologiques sensitifs ou moteurs.

On réalise l'examen à vessie pleine. Il permettra d'évaluer la trophicité vaginale, la mobilité urétrale et l'existence de fuites par l'urètre lors d'efforts répétés de toux et de poussée abdominale. Par ailleurs, il est essentiel de rechercher des anomalies associées de la statique pelvienne, détectables au repos, mais qui doivent être recherchées lors d'effort de toux et de poussée, éventuellement en position debout. S'il existe un prolapsus, l'incontinence doit être aussi recherchée après avoir refoulé le prolapsus.

2.4. Le dépistage

R. de Tayrac et coll. (dans diagnostic clinique de l'incontinence urinaire féminine) parlent de « certaines circonstances de l'existence propices au dépistage de l'incontinence urinaire, de par l'augmentation du taux de consultations médicales et l'association particulière avec l'incontinence urinaire », citant notamment la grossesse et le post-partum. A ce titre, ces auteurs recommandent un dépistage des problèmes de continence urinaire durant ces périodes, et ce particulièrement chez les femmes présentant un sur-risque (tabagisme important, obésité...).

Dans son rapport de 2007, le professeur Haab met en avant différents manques en matière de dépistage des troubles urinaires, et notamment une insuffisance de mesures éducatives et préventives. Ainsi, il propose, entre autres, que les visites pré et post-partum comportent systématiquement une fiche de renseignement sur l'existence d'une incontinence urinaire.

2.5. La rééducation périnéale

En France, les recommandations officielles placent la rééducation périnéale comme traitement de première intention de l'incontinence urinaire. [20]

La rééducation comportementale est efficace dans le traitement de l'incontinence urinaire de la femme en particulier quand il existe une composante d'urgenterie (NP1). Les exercices musculaires du plancher pelvien font mieux que l'absence de traitement pour l'incontinence urinaire de la femme (NP1). [26]

La rééducation périnéale est une rééducation spécifique des muscles périnéaux par voie endo-vaginale pour traiter certaines formes d'incontinence et tonifier le périnée, qui a un rôle important dans le maintien de la continence et la statique pelvienne.

Une synthèse de la littérature montre l'intérêt de la pratique d'exercices du plancher pelvien dans la récupération et le maintien d'une continence urinaire chez la femme. [27]

La rééducation périnéale s'adapte aux résultats du testing musculaire. (Annexe 6) Ce testing est réalisé lors d'un toucher vaginal et permet d'évaluer la force

musculaire au niveau du périnée. Au cours de cet examen, le praticien évalue globalement la capacité de contraction de la patiente, la coordination abdomino-pelvienne, ainsi que la sensation de pression abdomino-thoracique importante s'exerçant sur le périnée à l'effort. Le testing est coté de 0 (aucune contraction) à 5 (contraction complète avec opposition soutenue et maintien sur 5 secondes). (Annexes IV)

L'objectif de la rééducation périnéale est de faire acquérir à la patiente la conscience de la musculature périnéale. Elle doit permettre d'améliorer la contraction volontaire des muscles striés périnéaux (sphincter strié de l'urètre et releveurs de l'anus). En outre, elle doit apprendre à la patiente à éviter la fuite, en suppléant à l'affaiblissement du tonus basal et de la contraction réflexe. C'est l'apprentissage d'un geste volontaire du périnée : l'acquisition de l'automatisme du verrouillage périnéal.

Cette rééducation peut être effectuée par une sage-femme ou un kinésithérapeute formé.

Il existe différents types de rééducation périnéale :

- La rééducation manuelle : réalisable pendant la grossesse. Elle se décompose en différents temps que sont l'information, la prise de conscience du périnée, l'apprentissage de la qualité de contraction musculaire, la musculation, le réentraînement à l'effort.
- Le biofeedback : il permet le contrôle d'une activité, qu'elle soit insuffisante ou mal adaptée, et de l'améliorer ou de la corriger.
- L'électrostimulation : sa finalité première est l'inhibition du détrusor et le renforcement musculaire, mais elle permet également une bonne prise de conscience du plancher pelvien.

2.6. Les traitements médicamenteux

Ils ne seront pas détaillés ici. Les traitements médicamenteux ne sont jamais utilisés de première intention. De plus, il n'existe à ce jour pas de médicaments pour l'incontinence urinaire d'effort.

3. LE CONTEXTE DE LA GROSSESSE

3.1. La grossesse, une période particulière

La grossesse est une période pendant laquelle l'incidence de l'incontinence urinaire est fortement augmentée par rapport à la vie hors grossesse. En effet, les facteurs anatomiques ainsi que d'autres facteurs de risque facilitent les fuites. Or, nous l'avons vu précédemment, une incontinence urinaire apparue en cours de grossesse ou préexistante à celle-ci représente un facteur de risque de voir réapparaître ou persister cette incontinence à distance de l'accouchement. Il semble donc pertinent de dépister ces troubles, voire de les prévenir par une « éducation périnéale » des femmes.

Durant la grossesse, le nombre minimum des consultations est de sept, à raison de une par mois à partir de la déclaration, c'est-à-dire du troisième mois. La fréquence des examens médicaux rend cette période de la vie d'une femme propice au dépistage des troubles périnéaux. Effectivement, le temps d'une grossesse permet à la patiente d'établir, avec le praticien qui assure le suivi médical, une relation de confiance voire de confiance qui rend l'évocation du sujet plus envisageable. Tout au moins, ce moment peut être fort utile pour l'information de la femme et l'éducation à la maîtrise du périnée.

3.2. Les facteurs de risques spécifiques à la grossesse

3.2.1. La prise de poids pendant la grossesse

Le poids de la grossesse explique déjà qu'il s'agisse d'une période à fort risque d'incontinence urinaire, de par les pressions sur la vessie et les muscles pelviens. Or, la prise de poids excessive durant la grossesse est un facteur de risque surajouté de voir apparaître des troubles urinaires en anténatal ainsi que dans le post-partum.

De plus, une prise de poids excessive durant la grossesse, c'est à dire supérieure à 15 kilogrammes constitue un facteur de risque de macrosomie et donc d'instrumentations et de déchirures périnéales, pouvant aboutir à de fortes altérations périnéales, causes d'incontinence urinaire.

3.2.2. La macrosomie fœtale

Les patientes ayant donné naissance à des enfants de plus de 4 kilos, où dont le périmètre crânien était supérieur à 35,5 centimètres, présentent un risque plus élevé d'incontinence urinaire dans le post-partum pour les raisons évoquées dans le paragraphe précédent. De plus, l'enfant pesant sur le périnée entraîne un affaiblissement de celui-ci, donc des capacités sphinctériennes diminuées et un risque d'incontinence urinaire à l'effort en anténatal.

3.2.3. L'imprégnation hormonale

L'augmentation de la progestérone diminue l'activité des muscles lisses, ralentissant ainsi le transit intestinal. C'est ce phénomène qui explique la fréquence importante de la constipation durant la grossesse. Or, cette perturbation est à fort risque d'incontinence urinaire d'effort. Il est donc important de lutter contre la constipation.

3.3. Intérêt de la rééducation prénatale

La rééducation du plancher pelvien pendant la grossesse vise à suppléer la laxité des tissus de soutien par un renforcement de la musculature pelvienne. Il s'agit bien souvent d'une rééducation manuelle, l'électrostimulation étant contre indiquée du fait de l'utilisation d'un courant électrique.

Différentes études ont mis en évidence l'intérêt positif des exercices de rééducation périnéale pendant la grossesse pour l'amélioration des incontinences urinaires jusqu'à trois mois du post partum. Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français résume en 2009 dans ses recommandations pour la pratique clinique [26] :

- « La rééducation périnéale par exercice musculaire du plancher pelvien est le **traitement de première intention de l'incontinence urinaire pré- et postnatale (NP1)** »
- « La rééducation périnéale prescrite en cours de grossesse **améliore l'incontinence urinaire de la grossesse (NP1), diminue la fréquence de l'incontinence urinaire à trois mois du post-partum.** Cependant, en

l'état actuel des recherches, ce bénéfice ne semble pas perdurer à plus long terme (NP2) ».

D'après la HAS, les protocoles de rééducation vésico-sphinctérienne, quels qu'ils soient, qu'on les débute pendant la grossesse ou en post-partum, montrent une efficacité sur la prévalence des incontinences urinaires.

Une étude est actuellement en cours : son objectif est de comparer l'effet sur l'incontinence urinaire, à un an du post partum, de la rééducation prénatale par rapport à la délivrance d'informations écrites seules.

Partie 2 : Description des résultats

1. DESCRIPTION DE L'ETUDE

Encore aujourd'hui, le périnée est peu connu des femmes et les troubles qui s'y rattachent sont souvent considérés comme une fatalité, voire une honte, et donc les patientes les taisent. Dans cette situation, et dans la mesure où il existe de nos jours des thérapeutiques efficaces, il peut être intéressant de connaître la position des sages-femmes concernant le dépistage et la prise en charge de ces troubles durant la grossesse.

1.1. Objectifs

Pour les raisons évoquées précédemment, l'objectif primaire de cette étude a donc été de réaliser un état des lieux des habitudes des sages-femmes de consultations à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy concernant le dépistage des troubles urinaires éventuels.

- Y a-t-il un dépistage systématique des troubles urinaires pendant la grossesse ?
- Quelle est l'attitude des sages-femmes en consultations face à une patiente présentant une incontinence urinaire?

Secondairement :

- Les patientes ont-elles tous les outils nécessaires à l'acquisition d'un automatisme périnéal utile à une continence urinaire satisfaisante ?
- Quelle prévention en anténatal pour les troubles urinaires ?
- Eventuellement, rédiger un document d'information à l'attention des sages-femmes.

1.2. Hypothèses

Hypothèses de recherche :

- Le dépistage des troubles urinaires durant la grossesse est praticien-dépendant

- Le sujet n'est pas systématiquement évoqué par le praticien, surtout en l'absence de plaintes de la patiente.
- Le périnée et l'automatisme périnéal ne sont pas des notions claires pour toutes les patientes.

1.3. Schéma de l'étude

- ***Type d'étude***

C'est une étude :

- Descriptive : description du dépistage actuel des troubles urinaires à l'aide des dossiers obstétricaux, d'entretiens avec les patientes, de questionnaires aux sages-femmes de consultations et de préparation à la naissance.
- Mono centrique : état des lieux du dépistage des troubles urinaires par les sages-femmes à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.
- Prospective : elle concerne toutes les patientes ayant accouché entre le 21 Mai et le 20 Juin 2010 à la maternité et ayant été suivies par une sage-femme du service de consultations externes.

- ***Population***

- ❖ Des patientes en suites de couches, quel que soit leur mode d'accouchement, ayant été suivies durant leur grossesse par une sage-femme de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Critères d'inclusion :

- Avoir accouché à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy entre le 21 Mai et le 20 Juin 2010.
- Avoir vu une sage-femme au cours de la grossesse (hors EPI) pour au moins deux consultations prénatales. Cela inclus les suivis complets de grossesse par la sage-femme ainsi que les suivis en binômes « sage-femme – médecin ».

Critères d'exclusion :

- Grossesse non suivie par une sage-femme de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.
- ❖ Les sages-femmes de consultations et de préparation à la naissance.

- **Méthode**

Méthodes de recueil:

- Pour les entretiens et l'étude des dossiers, ont été utilisées des feuilles de recueil pré remplies (Annexes 7).
- Pour le second temps de l'étude, les sages-femmes de consultations et de préparation à la naissance ont été sollicitées pour remplir un questionnaire concernant leur pratique. (Annexes 8)

Méthodes statistiques :

La saisie des données, le traitement des résultats et la réalisation des graphiques s'est faite à partir du logiciel « Excel ».

- **Points étudiés**

Nous nous intéressons dans ce travail aux mesures prises par les sages-femmes pour prévenir, dépister et prendre en charge les incontinences urinaires d'effort pendant la grossesse.

- Quelles mesures de dépistage sont prises en consultations et dans quels cas ?
- Quelles prises en charge sont proposées aux patientes ?
- Quelles informations sont délivrées par les sages-femmes en consultations et en préparation à la naissance pour l'éducation du périnée ? Ou quelle prévention pour les troubles urinaires ?

2. PRESENTATION DES RESULTATS

2.1. Premier temps

Cette première étape de l'étude consistait à décrire un échantillon de patientes suivies par des sages-femmes et ayant accouché entre le 21 mai 2010 et la 20 juin 2010. Le recueil des informations s'est fait par l'étude des dossiers médicaux ainsi qu'un entretien avec les accouchées. L'échantillon compte 59 patientes (n=59).

2.1.1. Généralités : présentation de la population

2.1.1.1. L'âge

L'âge moyen dans cette population de patientes était de 28,5 ans avec une médiane à 28, un maximum à 40 et un minimum à 19.

2.1.1.2. La parité

Dans cette étude, la parité comprend également le dernier accouchement des patientes ; la parité des patientes est donc au moins égale à 1, rappelons que les entretiens ont lieu en suites de couches. En moyenne, la parité était de 1,7 enfant par patiente. La médiane étant de 1, le maximum de 4.

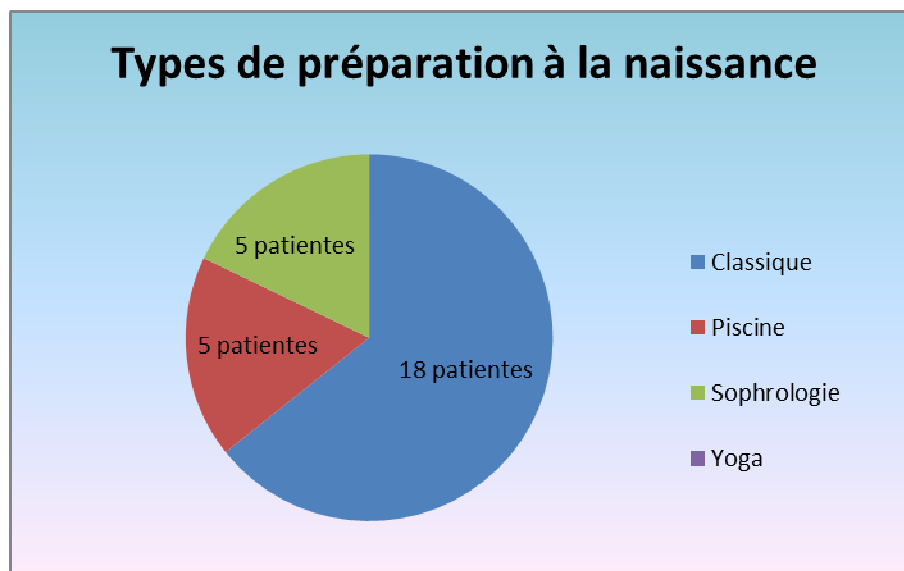
Les primipares et deuxième pares (donc nullipares et primipares pendant la grossesse étudiée) représentent 81% de l'échantillon, soit 48 patientes.

2.1.1.3. L'indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle est compris entre 17 et 38 kg/m², avec une médiane à 22 ; la moyenne étant de 22,8 kg/m².

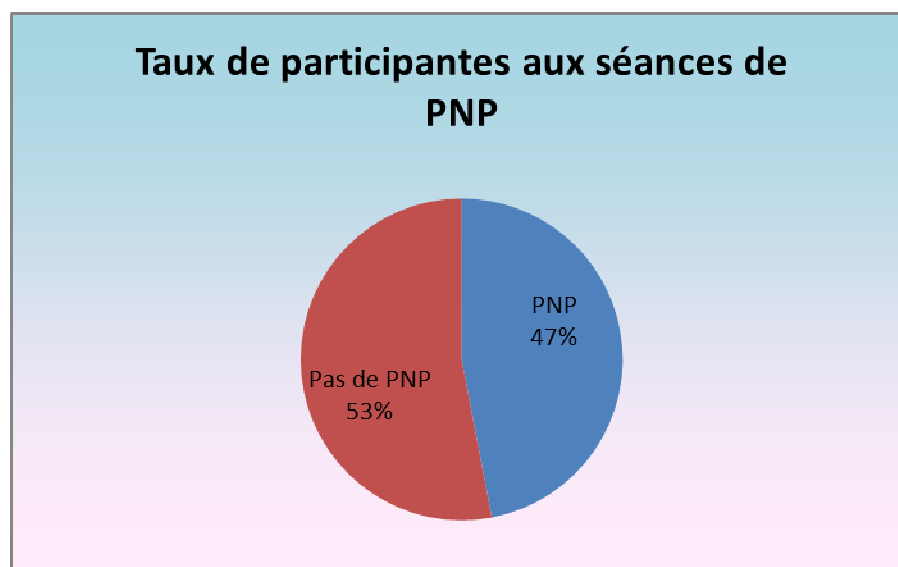
2.1.1.4. Préparation à la naissance et à la parentalité

28 patientes sur les 59 ont participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, soit 47,5%.



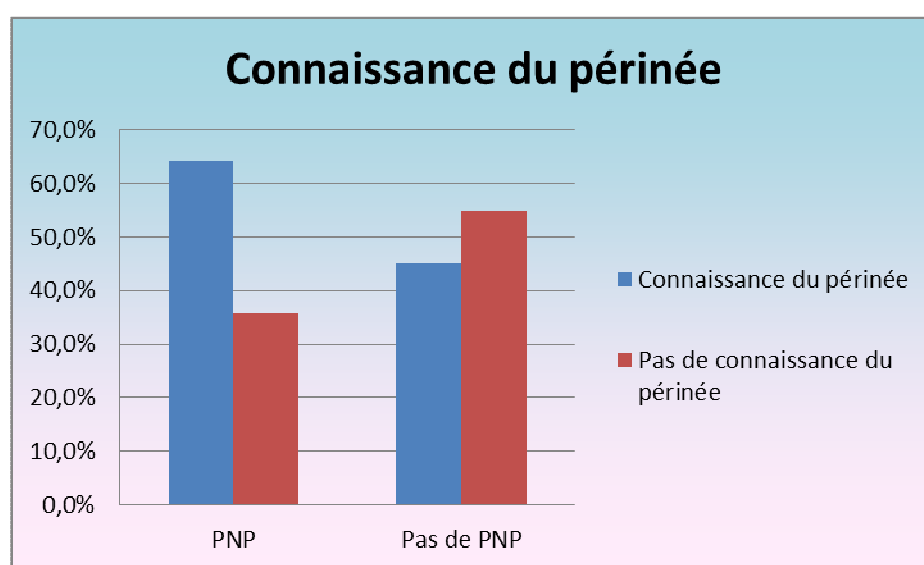
Parmi ces 28 patientes, 21 sont des primipares, soit 75%.

Parmi les 31 patientes n'ayant pas assisté à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, 11 sont des primipares au moment de l'entretien (=35,5%), 20 ont déjà eu deux enfants ou plus (=64,5%). Parmi les multipares, il n'a pas été demandé lesquelles ont suivi une rééducation périnéale post-natale pour les naissances antérieures.



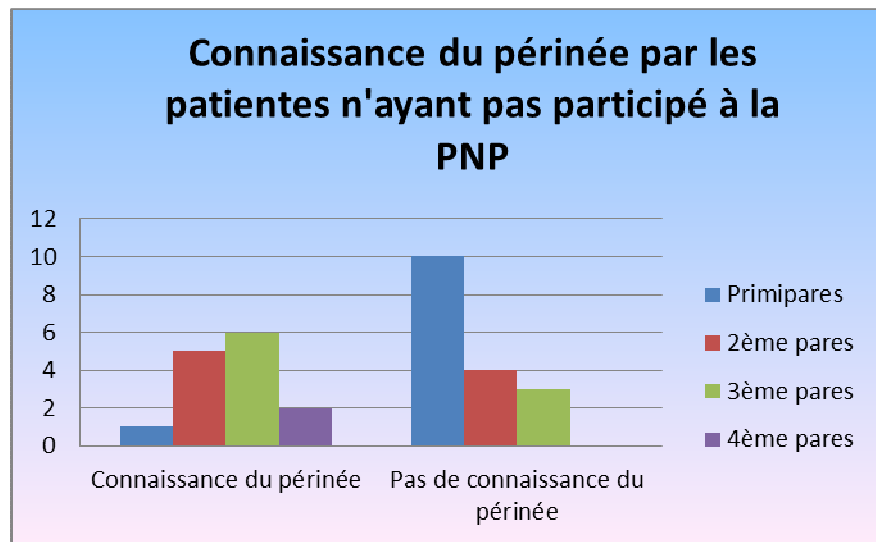
Il a été demandé aux patientes lors des entretiens si le mot « périnée » et le terme de « verrouillage périnéal » étaient des notions claires pour elles. Pour celles qui savaient décrire ce qu'est leur périnée, il leur a été demandé si elles étaient capables (avant l'accouchement) de le contracter. Selon les réponses, les patientes ont été classées dans deux groupes : « 1 : connaissance du périnée » et « 2 : pas de connaissance du périnée ».

Voici un histogramme résumant les pourcentages de patientes classées dans les groupes 1 et 2 en fonction qu'elles aient participé ou non à des séances de préparation. Notons que sur la totalité des patientes, 32 disent connaître leur périnée, soit 54%.

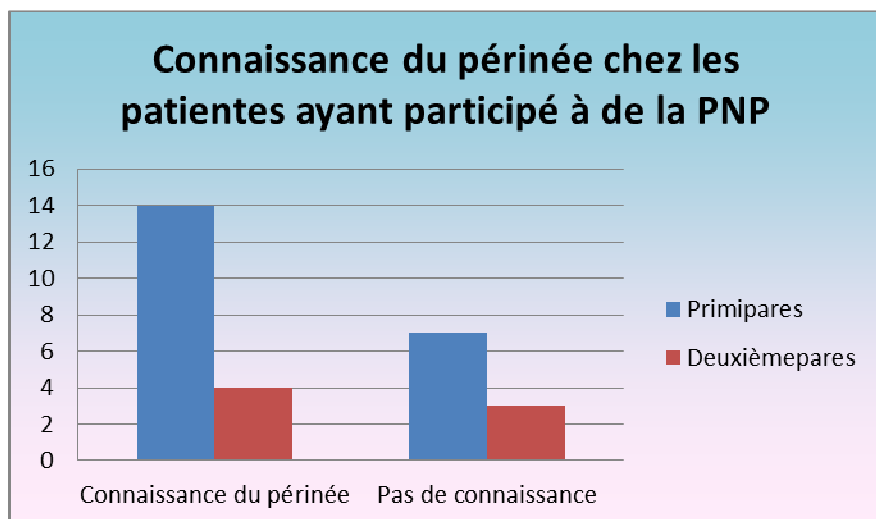


Il apparaît clairement que la majorité des patientes ayant assisté à des cours de préparation à la naissance (64%) ont des connaissances, au moins théorique, de leur périnée. Notons qu'il y en a tout de même 36% qui ne connaissent pas leur périnée.

Dans le groupe de patientes n'ayant pas pris part à des séances de préparation, la majorité (55%) ne sont pas capables de définir leur périnée ou de le contracter. Il y en a tout de même 45% qui sont intégrées au groupe « 1 : Connaissance du périnée ». Il est par ailleurs intéressant de connaître la part de primipares et de multipares parmi ces groupes.



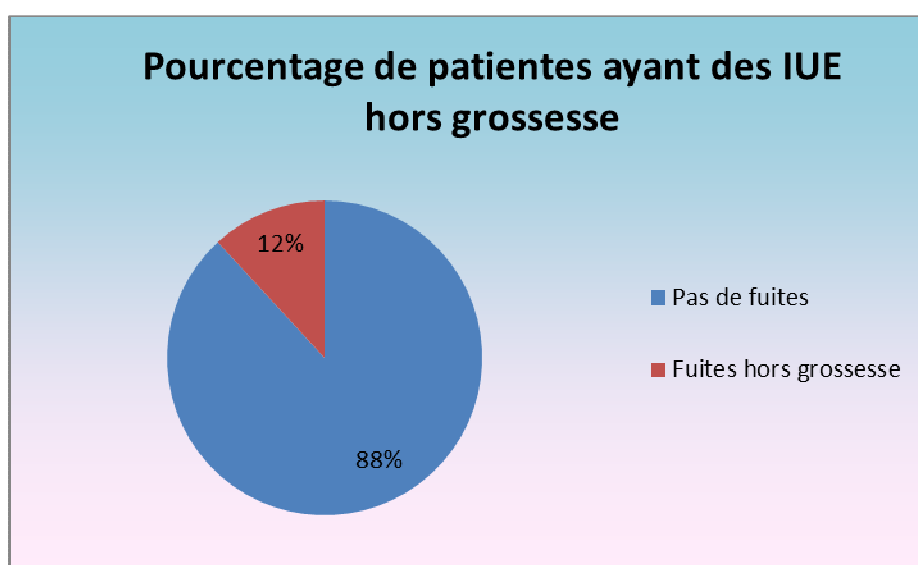
Ce qui est marquant ici, c'est que la grande majorité des patientes du groupe « 1 : connaissance du périnée » n'ayant pas suivi de séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont des multipares. Peut-être ont-elles eu, durant leur(s) précédente(s) grossesse(s) ou dans le post-partum, l'occasion d'être informée sur le périnée. Cependant, on remarque également qu'il reste des deuxième et troisième pares qui n'ont pas de connaissance de leur périnée malgré leurs antécédents obstétricaux.



2.1.2. Les incontinences urinaires

2.1.2.1. *En dehors de la grossesse*

Ont été classées dans la catégorie « fuites hors grossesse » les patientes ayant déclaré au moins une fuite à l'effort par mois en dehors de toute grossesse. Les impériosités n'ont pas été considérées dans cette étude. Sur les 59 patientes interrogées, 7 déclarent avoir régulièrement en dehors de la grossesse des incontinences urinaires à l'effort, soit 11.9% de la population.



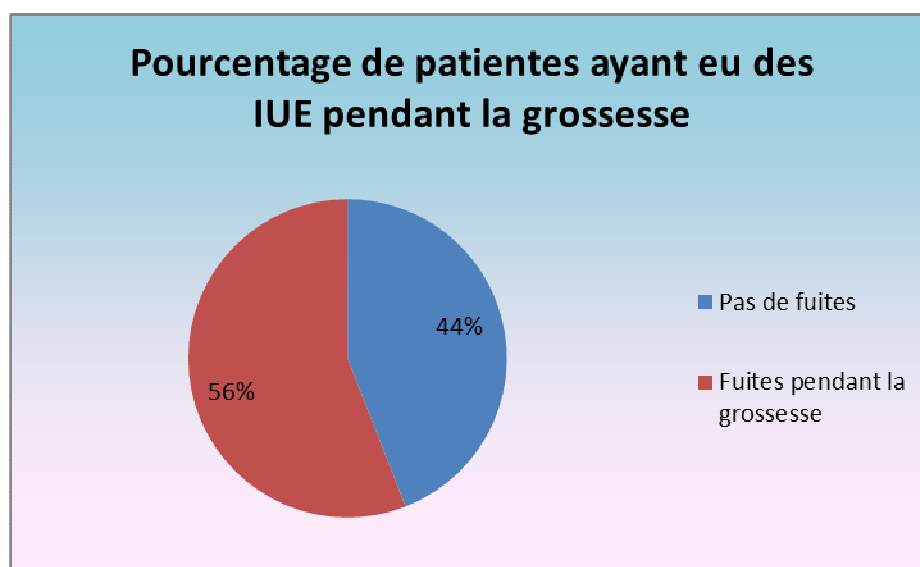
Parmi ces patientes, aucune n'en a déjà parlé à un professionnel de santé. Les raisons invoquées ont été :

- Qu'il est normal d'avoir des fuites lors d'un effort trop important, pour 5 patientes sur les 7.
- Que les fuites étaient rares et donc peu gênantes, pour 4 des 7 patientes concernées.

2.1.2.2. *Pendant la grossesse*

Nous nous intéressons ici aux patientes qui, au cours de leur dernière grossesse, ont eu des incontinences urinaires à l'effort au moins trois fois.

Parmi notre population, 33 patientes disent avoir eu des fuites urinaires à l'effort durant cette grossesse, soit 55.9% des patientes.



En fonction de la parité :

Parité	Absence d'IUE	Présence d'IUE	Total général
1	17	15	32
2	4	12	16
3	5	4	9
4		2	2
Total général	26	33	59

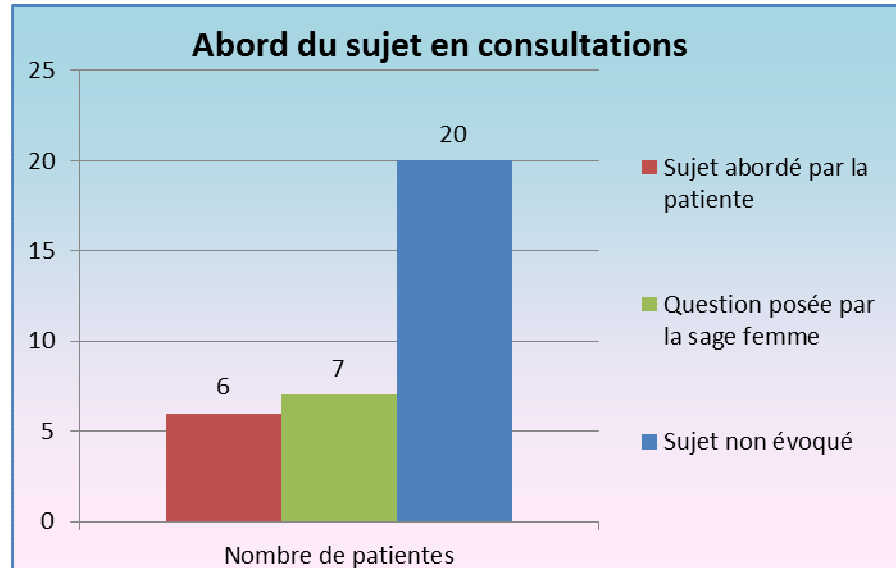
La fréquence de l'incontinence urinaire à l'effort chez les multipares est plus importante que chez les primipares, cependant près de la moitié des patientes primipares ont souffert de troubles urinaires au cours de leur grossesse.

Parmi ces 33 patientes ayant présenté des troubles de la continence urinaire au cours de leur dernière grossesse ;

- 20 n'en ont pas parlé à leur sage-femme (61%)
- 6 ont abordé le sujet spontanément (18 %)

- Pour 7 patientes, le sujet a été abordé suite à la recherche de symptômes par la sage-femme. (21%)

Le sujet fut donc abordé dans seulement 39% des cas de pertes d'urine à l'effort.

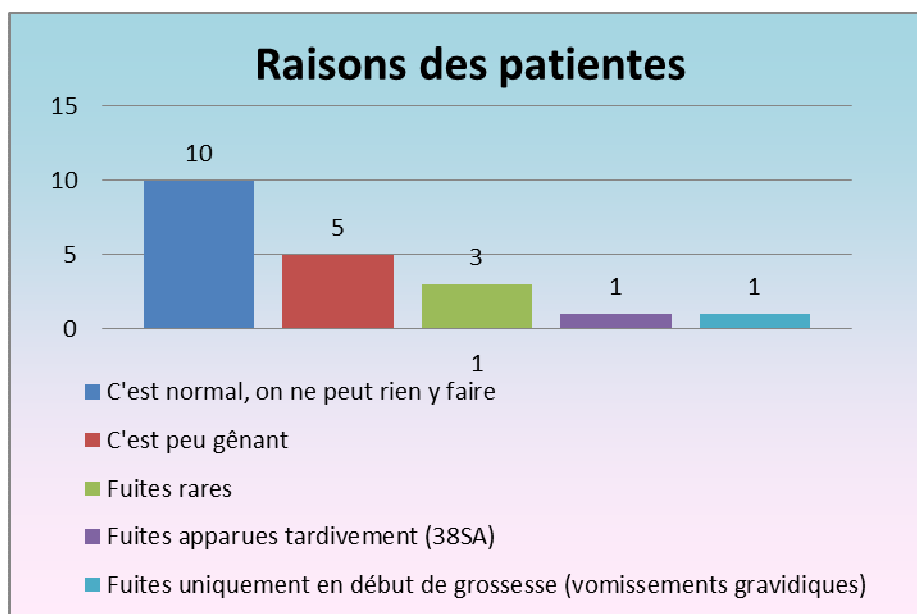


Notons que parmi les 20 patientes n'ayant pas parlé de leurs troubles, 12 disent ne pas connaître leur périnée.

2.1.2.3. Raisons pour lesquelles les patientes n'ont pas parlé de leurs troubles urinaires

- Majoritairement, c'est-à-dire dans 45% des cas (9 patientes), les gestantes n'ont pas abordé le sujet car elles pensent que « c'est normal, on ne peut pas l'éviter ».
- Dans 30% des cas (6 patientes), les fuites urinaires sont peu gênantes.
- Pour 15 % des femmes concernées (3 patientes), la raison est que « les fuites étaient rares ».
- 1 patiente (5% des cas) n'en a pas parlé car ses fuites sont apparues tardivement, à 38 SA après la dernière visite prénatale.

- 1 patiente (5% des cas) n'a pas informé la sage-femme car ses troubles étaient liés aux vomissements gravidiques et qu'après le premier trimestre, elle n'en a plus eu.
- Parmi toutes ces patientes, 1 a évoqué deux raisons : « fuites rares » et « peu gênantes ».



2.1.2.4. Gêne liée aux incontinences urinaires durant la grossesse

La gêne ressentie par les patientes a été évaluée selon une petite grille à quatre items évaluant uniquement les perturbations éventuelles des activités quotidiennes.

Score 0 : Pas de changement du quotidien

Score 1 : Gêne légère, surtout lors d'efforts très importants

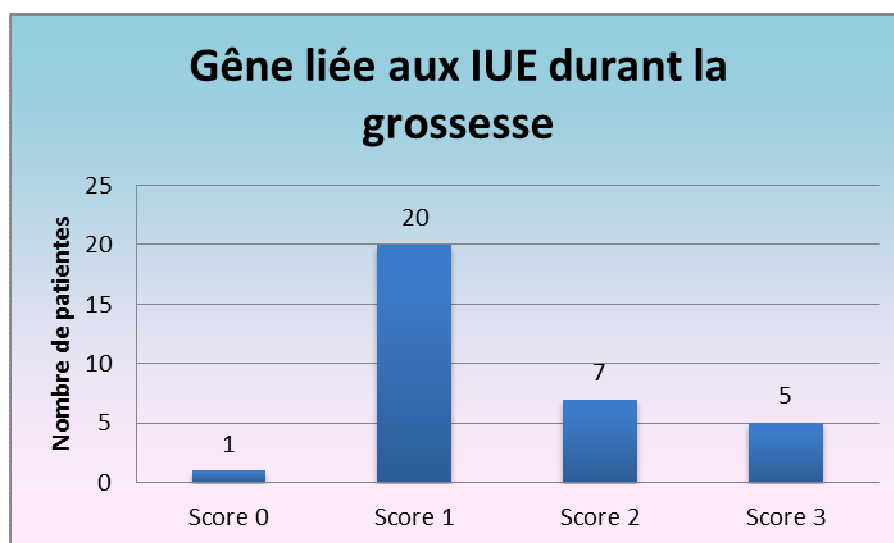
Score 2 : Gêne moyenne, n'empêchant pas les sorties

Score 3 : Gêne pour les sorties, peur des fuites

La gêne moyenne liée aux fuites chez les patientes ayant présenté des IUE durant la grossesse est de 1,53.

- 1 patiente, soit 3% de 33 patientes, n'a éprouvé aucune gêne dans ses activités quotidiennes.

- 60% des patientes (20 femmes) n'ont été que légèrement gênées par leurs problèmes urinaires.
- 22% des patientes (7 femmes) se sont trouvées affectées dans leurs activités quotidiennes, sans que cela ne les ait empêchées de sortir.
- 15% des patientes (5 femmes) ont été fort ennuyées par leurs troubles, si bien qu'elles n'osaient plus sortir, notamment pour faire les courses (activité nécessitant des efforts inévitables).



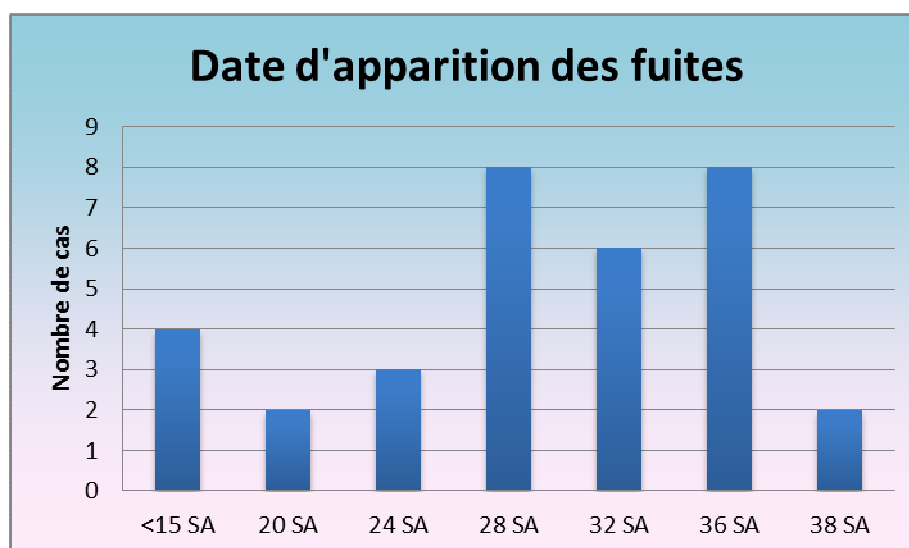
Remarque : la gêne moyenne éprouvée par les patientes ayant évoqué spontanément le sujet est de 1,8; elle est de 1,5 pour celles qui n'en ont pas parlé, et de 1,25 pour celles dont c'est la sage-femme qui a amené le sujet.

2.1.2.5. Date d'apparition des fuites au cours de la grossesse

Il a été demandé aux patientes à quel terme de grossesse elles ont constaté leurs premières fuites à l'effort. Toutes ont répondu clairement à cette question. La date moyenne d'apparition des troubles est 28 SA. La médiane est à 30 SA.

- Dans 48,5 % des cas (16 patientes), les fuites urinaires sont apparues après 28 SA.
- L'apparition au second trimestre, c'est-à-dire entre 15 et 28 SA s'observe dans 39,4% des cas, soit chez 13 patientes.

- 12,1% (soit 4 patientes) ont eu des incontinences urinaires depuis le premier trimestre de leur grossesse (avant 15 SA).



Remarque : en ce qui concerne la gêne induite par les fuites sur la qualité de vie des patientes, lorsque les fuites sont apparues à 24 SA et plus tôt, la gêne moyenne est de 2,3. Lorsque l'incontinence urinaire à l'effort a débuté après 24 SA, la gêne moyenne n'est plus que de 1,1.

2.1.3. Dépistage et prise en charge

2.1.3.1. *Dépistage de l'incontinence urinaire d'effort par les sages-femmes de consultations*

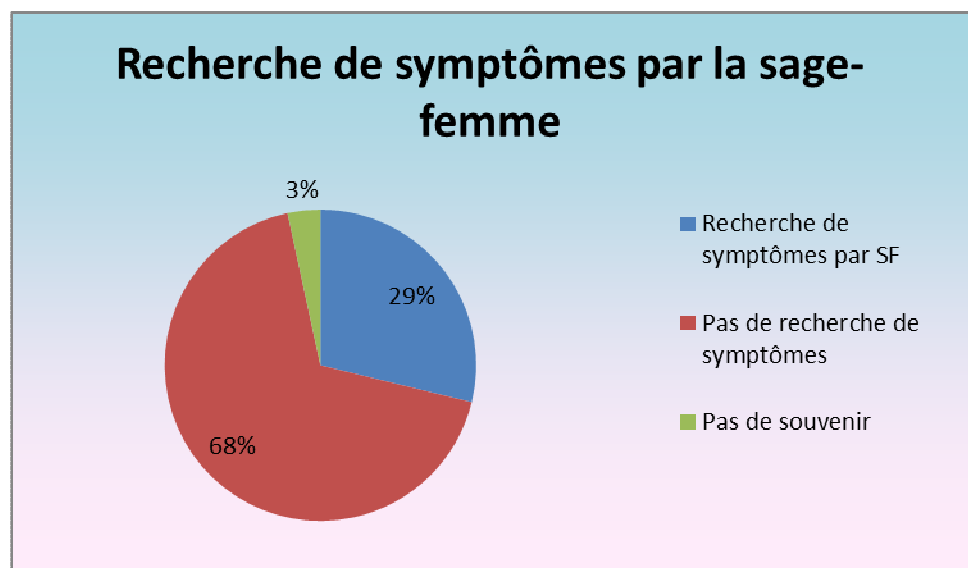
L'étude des dossiers obstétricaux à la recherche d'éléments concernant le dépistage n'a pas permis de conclure quant au dépistage d'éventuelles incontinences urinaires.

- Souvent, n'est notée que l'« absence de signes fonctionnels urinaires », ou l'« absence de pertes », sans que l'on puisse savoir si la question des fuites urinaires a été posée.

- Dans un seul dossier, il avait été noté « incontinence urinaire + » en précisant les explications appuyées qui ont été données pour la rééducation périnéale du post partum.
- Deux patientes ont déclaré s'être vu proposer de la rééducation périnéale prénatale ; aucune trace écrite de ces propositions n'a été retrouvée dans le dossier obstétrical, ni même la notion de présence d'incontinence urinaire à l'effort.

D'après les entretiens ;

- les symptômes d'incontinence urinaire ont été recherchés auprès de 17 des 59 patientes (soit 28.8%).
- 2 patientes ne se souviennent plus et ne répondent donc pas (soit 3,4%).
- Ainsi, les symptômes n'ont pas été recherchés chez 40 patientes (soit 67.8%).



Cumul des facteurs de risque

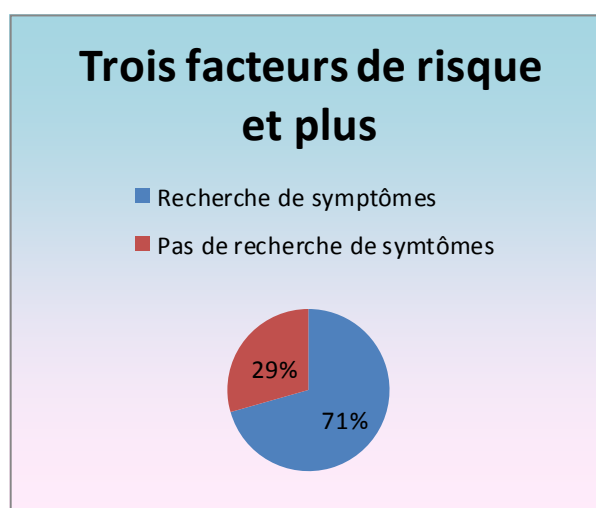
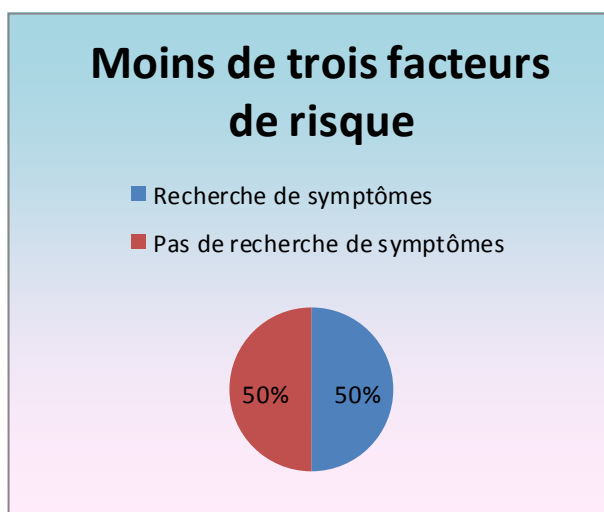
Les facteurs de risque évoqués dans la littérature sont principalement : âge, parité, IMC, tabagisme, antécédents d'instrumentations, tendance à la constipation ou à la toux (asthmatiques, fumeuses), sports, vomissements importants, prise de poids excessive. L'étude des dossiers obstétricaux ainsi que l'anamnèse auprès des patientes

ont permis de rechercher ces facteurs de risque et de les dénombrer pour chaque patiente.

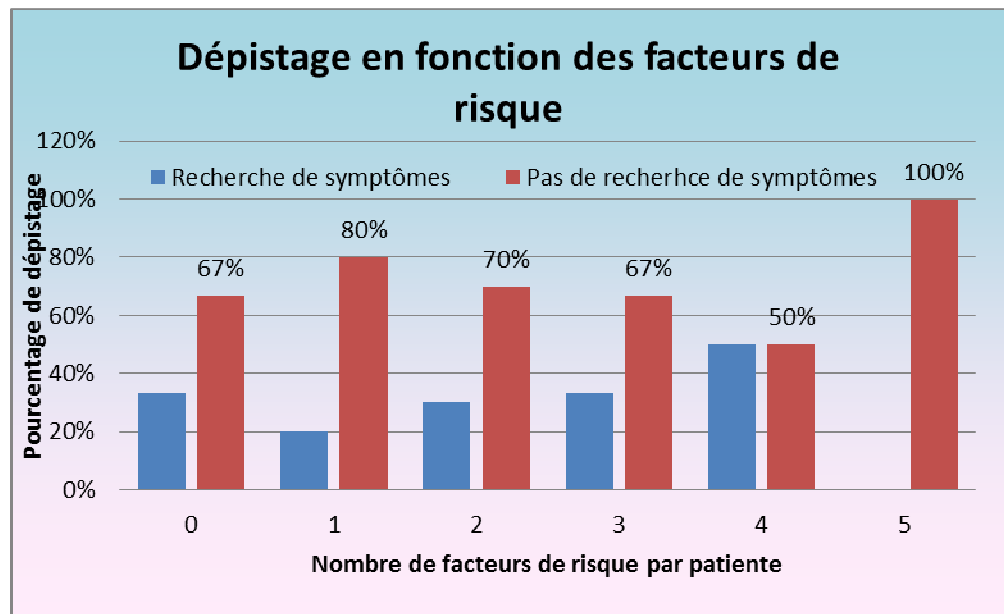
Il a paru intéressant d'observer si, lorsque les patientes ont plusieurs facteurs de risque, le dépistage de l'incontinence urinaire d'effort devient systématique.

Les patientes ont été classées en deux groupes en fonction du nombre de facteurs de risque qu'elles présentaient durant leur grossesse ;

- Groupe 1 : « moins de trois facteurs de risque ».
- Groupe 2 : « trois facteurs de risque et plus ».



Ces deux diagrammes montrent que le dépistage est plus fréquent avec le cumul des facteurs de risque. Or, il n'est pas pour autant systématique.



Il semblerait que le dépistage se fasse indépendamment du nombre de facteurs de risque de la patiente. Cependant, cette information est peut être biaisée par le fait que les patientes peuvent avoir répondu à la question sans certitude. Une autre possibilité viendrait vérifier une des hypothèses de départ qui est que le dépistage est sage-femme dépendant.

2.1.3.2. Propositions de prise en charge et informations

L'information

Dans l'échantillon de 59 patientes, 15 ont le souvenir d'avoir reçu des explications concernant le périnée et sa rééducation. Parmi elles, 13 sont des patientes ayant présenté des incontinences urinaires à l'effort durant la grossesse et les ayant abordés avec la sage-femme. Les 2 autres n'ont pas manifesté de troubles de la continence au cours de la grossesse étudiée.

Par ailleurs, 21 patientes auraient aimé être mieux informées au sujet du périnée, 19 estiment n'avoir pas besoin de plus d'informations, et 4 ne se prononcent pas.

Propositions de prise en charge

Parmi les 33 patientes ayant souffert d'incontinence urinaire d'effort pendant la grossesse, nous savons à présent que 13 ont pu en parler avec la sage-femme.

- La rééducation périnéale prénatale

2 se sont vu proposer des séances de rééducation périnéale avant l'accouchement, soit 15%.

- La rééducation périnéale postnatale

11 ont reçu de la part de la sage-femme des explications concernant ces troubles et les possibilités thérapeutiques en post-natal. Les sages-femmes ont mis l'accent sur l'importance de la rééducation périnéale du post-partum.

2.1.3.3. Suivi des patientes

Aucun des dossiers obstétricaux étudiés, hormis un, ne fait mention de la présence d'une incontinence urinaire chez les patientes concernées.

2.2. Second temps

Après avoir étudié cette population de patientes, il est nécessaire d'interroger directement les sages-femmes sur leurs pratiques. Voici donc les résultats des questionnaires distribués à toutes les sages-femmes de consultations et de préparation à la naissance entre mai et septembre 2010. Ces sages-femmes sont au nombre de 16 ; 15 ont rempli le questionnaire.

2.2.1. Les sages-femmes concernées

Toutes les sages-femmes ayant participé à l'étude sont des femmes.

Durée de travail en consultations :

Le temps de travail dans ce service pour les sages-femmes varie de 1 an et demi à 17 ans.

Types d'exercice :

Parmi les 14 sages-femmes réalisant des consultations de grossesse ;

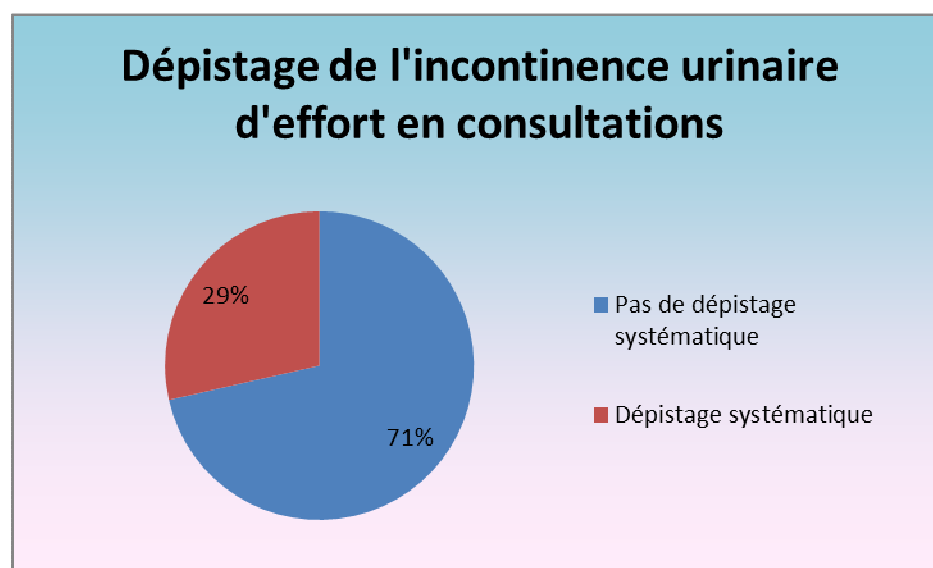
- 7 animent aussi des séances de préparation à la naissance.
- 2 alternent les consultations et une activité en urodynamique.
- 1 sage-femme réalise des consultations, des séances de préparation à la naissance, et travaille en urodynamique.

Une seule sage-femme ne travaille qu'en préparation à la naissance.

2.2.2. L'incontinence urinaire en consultations

2.2.2.1. Recherche d'incontinence urinaire en consultations

La recherche d'incontinence urinaire à l'effort est systématique pour 4 des 14 sages-femmes travaillant en consultations prénatales, soit 29%.



Le dépistage systématique, quand ?

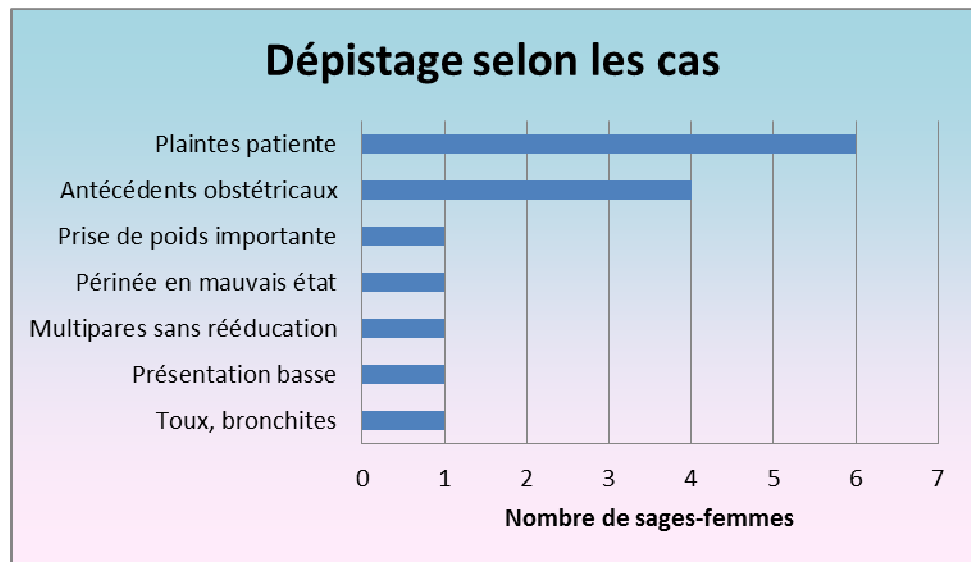
Aux sages-femmes ayant répondu qu'elles dépistent systématiquement l'incontinence urinaire d'effort, il a été demandé à quelle période de la grossesse elles le font. Les réponses ont été les suivantes :

- A toutes les consultations à partir de la première, pour deux sages-femmes.
- Au constat s'il y a eu un accouchement antérieur puis au troisième trimestre pour une sage-femme.
- La dernière sage-femme recherche les symptômes préférentiellement à partir du troisième trimestre.

Le dépistage non systématique, dans quel(s) cas ?

10 des sages-femmes ne dépistent pas systématiquement les troubles de la continence urinaire. Elles recherchent les symptômes dans des cas précis :

- En cas de plaintes des patientes.
- Suivant les antécédents obstétricaux (instrumentations et épisiotomie).
- Prise de poids importante.
- Constat d'un périnée en mauvais état au toucher vaginal.
- Chez les multipares qui n'ont pas fait de rééducation après les accouchements précédents.
- Lorsque la présentation fœtale est basse.
- Chez les patientes ayant une toux importante (bronchites...)



2.2.2.2. *Principaux facteurs de risque selon les sages-femmes*

Il a été demandé aux sages-femmes de citer quels sont, selon elles, les principaux facteurs de risque d'apparition d'une incontinence urinaire d'effort durant la grossesse.

Trois sages-femmes n'ont pas répondu à cette question.

Les réponses des onze autres sages-femmes ont été classées en plusieurs catégories :

[1] **Augmentation de la pression abdominale** (évoquée par 8 sages-femmes) :

- Surpoids et obésité ont été cités 4 fois.
- Prise de poids importante, citée 3 fois.
- Grossesses multiples, citées 1 fois.
- Toux (tabagisme), constipation, citées 4 fois.
- Sport intensif, cité 1 fois.

[2] **Antécédents obstétricaux** (évoqués par 8 sages-femmes) :

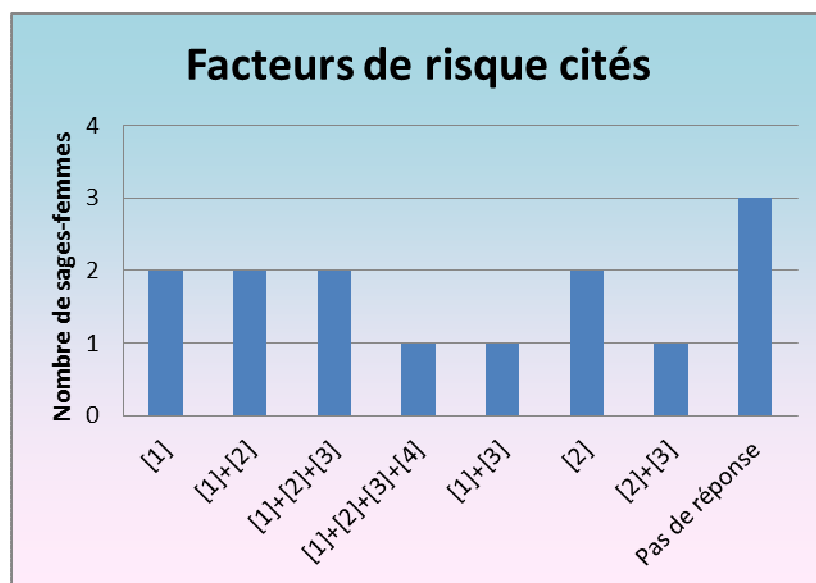
- Macrosomie (enfant avec un périmètre crânien de plus de 35,5 cm), citée 6 fois.
- Instrumentations, citées 5 fois.
- Multiparité, citée 6 fois.

- Absence de rééducation antérieure chez les multipares, citée 2 fois.

[3] **Mauvais état périnéal** (évoqué par 5 sages-femmes):

- Béances vulvaires
- Grossesses rapprochées
- Périnée inconnu

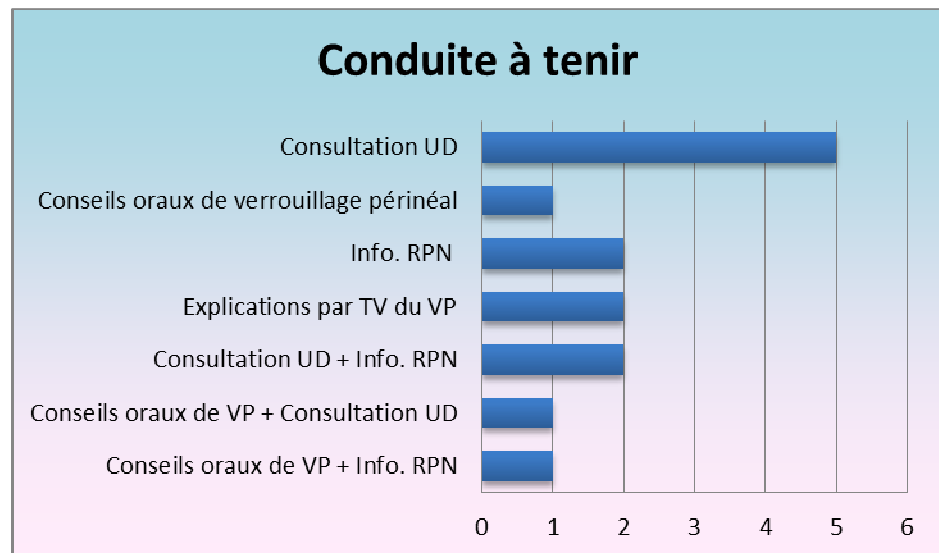
[4] **L'incontinence urinaire préexistante** évoquée par 1 sage-femme.



2.2.2.3. **Conduite à tenir des sages-femmes en cas d'incontinence urinaire chez les gestantes**

2 sages-femmes précisent avant de répondre à cette question que leur conduite à tenir dépend :

- De la parité ; différence de conduite à tenir entre les primipares et les multipares, si ces dernières ont déjà pratiqué de la rééducation du périnée.
- De la gêne exprimée par la patiente. Si elle est importante, la sage-femme oriente la patiente vers le service d'urodynamique, sinon elle insiste sur la rééducation périnéale post-natale.



UD : Urodynamique
 RPN : Rééducation post-natale
 TV : Toucher vaginal
 VP : Verrouillage périnéal

- 5 sages-femmes proposent d'emblée aux patientes présentant une incontinence urinaire à l'effort un rendez-vous dans le service d'urodynamique, soit 36% des sages-femmes de l'étude.
- 1 sage-femme cible la prise en charge sur des conseils oraux de verrouillage périnéal.
- 2 sages-femmes insistent sur l'information concernant la rééducation périnéale post-natale.
- 2 autres utilisent l'examen par toucher vaginal pour faire prendre conscience aux patientes de la contraction périnéale et expliquer le verrouillage du périnée à l'effort.
- 2 sages-femmes insistent dans leurs explications sur l'importance de la rééducation périnéale du post-partum (dont une remet la plaquette d'information ; (Annexes 9)) et proposent, par ailleurs, un rendez-vous dans le service d'urodynamique.
- 1 sage-femme associe conseils oraux de verrouillage périnéal et orientation vers le service d'urodynamique.

- 1 sage-femme donne des conseils de verrouillage périnéal et insiste également sur la rééducation du post-partum.

Au total :

La plupart des sages-femmes, si elles ont connaissance d'une incontinence urinaire, propose un rendez-vous en urodynamique ; 57% des sages-femmes de consultations, soit 8 sages-femmes.

3 sages-femmes donnent des conseils oraux de verrouillage périnéal.

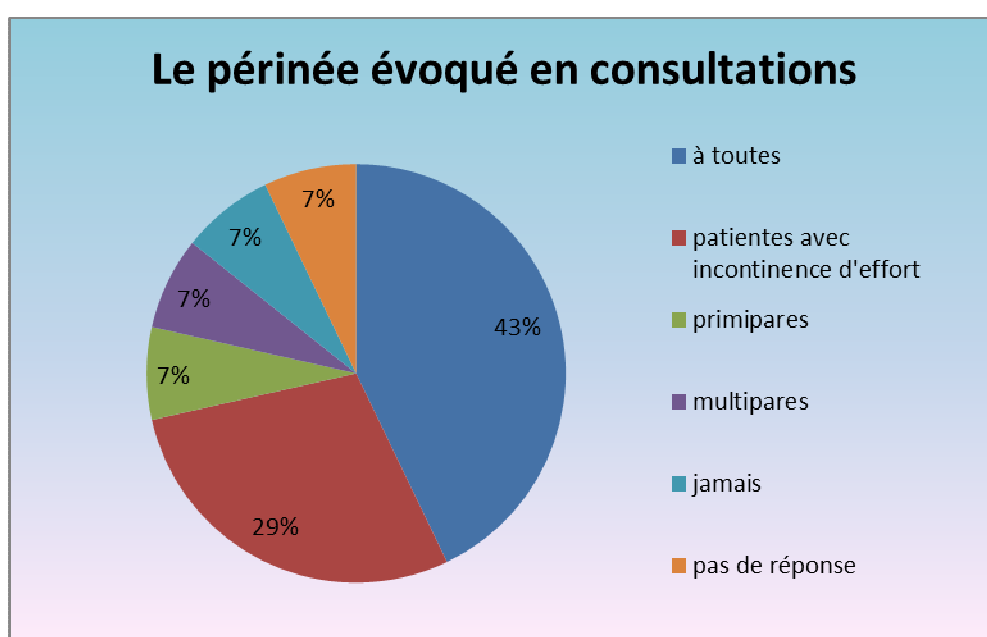
5 insistent sur la rééducation périnéale postnatale, dont une remet la plaquette expliquant l'utilité de la rééducation périnéale.

2 sages-femmes expliquent les exercices de contraction à l'occasion du toucher vaginal.

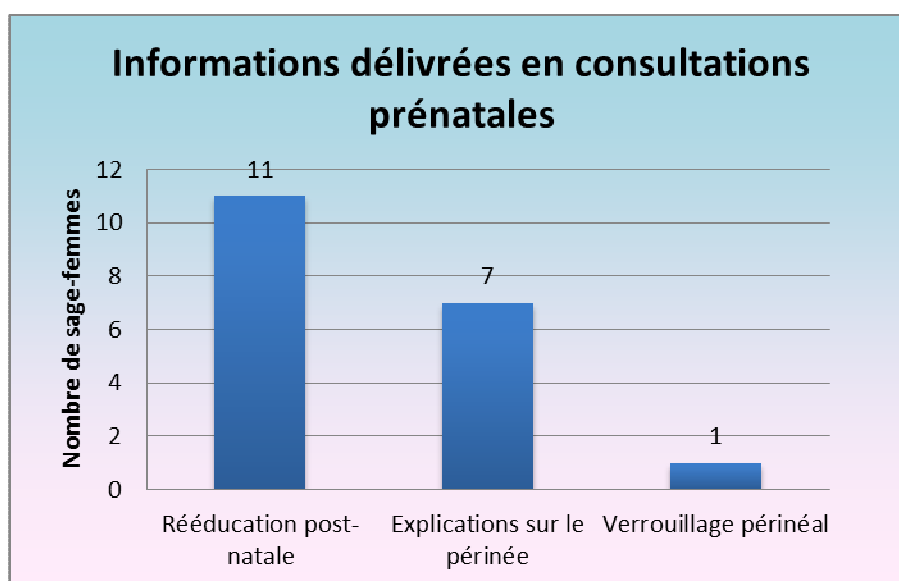
2.2.3. Le périnée en consultations

2.2.3.1. *L'information*

Nous nous intéressons dans ce paragraphe aux informations ou conseils que les sages-femmes, réalisant des consultations prénatales, donnent aux gestantes. Ces conseils et informations sont-ils systématiques ? Sinon, quelles sont les patientes avec lesquelles les sages-femmes estiment qu'il est nécessaire d'aborder le sujet ?



- 1 sage-femme sur les 14 n'a pas répondu à cette question.
- 1 sage-femme ne parle jamais du périnée.
- 4 sages-femmes délivrent parfois des informations aux patientes, principalement chez celles présentant des incontinences urinaires à l'effort. Les conseils prodigués par ces professionnelles concernent essentiellement la rééducation périnéale post natale.
- 6 sages-femmes parlent du périnée à toutes les patientes (42%). Les informations qu'elles donnent sont les suivantes :
 - Explications sur le périnée : localisation, fonctions, effets de la grossesse, pour toutes les sages-femmes.
 - Toutes expliquent également l'intérêt d'une rééducation périnéale après l'accouchement.
 - Une sage-femme ajoute à cela des conseils par rapport à l'effet délétère d'une prise de poids trop importante.
- 1 sage-femme ne parle du périnée qu'aux multipares, notamment en donnant des conseils de verrouillage périnéal à l'effort (toux, éternuements) ainsi qu'en les encourageant à suivre une rééducation post-natale.
- 1 sage-femme évoque le périnée uniquement avec les primipares en le définissant (localisation, fonctions).

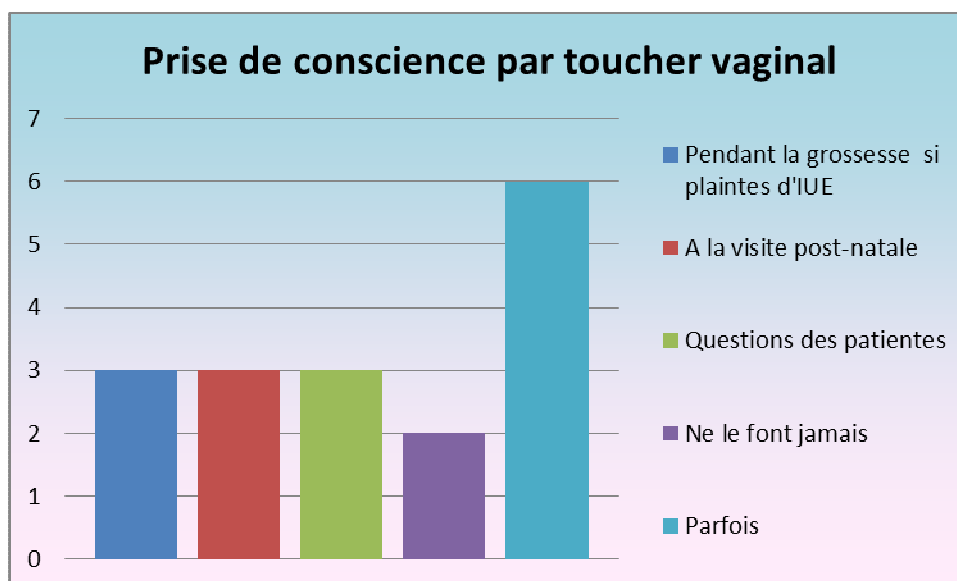


2.2.3.2. *L'examen clinique*

Lorsque l'on conseille aux patientes de réaliser des exercices de contraction du périnée, il est utile de vérifier au préalable qu'elles savent ce qu'est le périnée mais également s'assurer qu'il n'y a pas une inversion de la commande périnéale. Cela signifie qu'il faut être sûr que les patientes ne confondent pas la contraction du périnée avec l'effort de poussée. C'est pourquoi il paraît nécessaire de savoir si cette vérification entre dans les habitudes des professionnelles.

Parmi les sages-femmes ayant répondu au questionnaire :

- 2 disent ne jamais vérifier par l'examen vaginal si les patientes ont conscience de leur périnée et si elles savent le contracter.
- Les 12 autres déclarent le faire, dans les conditions suivantes :
 - 3 sages-femmes le font systématiquement en visite post-natale et en cas d'incontinence urinaire d'effort pendant la grossesse.
 - 3 autres sages-femmes essaient de faire prendre conscience aux patientes de leur périnée lorsque ces dernières en parlent ou posent des questions.
 - 6 le font parfois mais ne précisent pas de circonstances particulières.



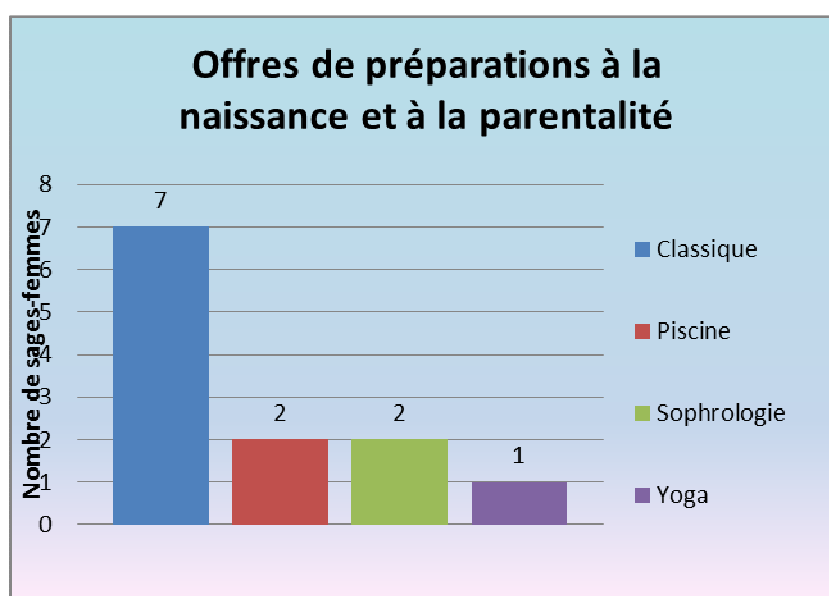
2.2.4. Les sages-femmes en préparation à la naissance et à la parentalité

9 des sages-femmes ayant répondu au questionnaire animent des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Il a semblé logique d'inclure dans le questionnaire une rubrique consacrée aux pratiques en préparation à la naissance puisque c'est un moment durant lequel sont données aux patientes des informations leur permettant de mener leur grossesse à terme en toute sérénité mais aussi préparer l'arrivée de l'enfant et l'accouchement. En moyenne, les séances durent deux heures, elles sont au nombre de six.

2.2.4.1. *Activité du service de préparation à la naissance*

Les sages-femmes de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy proposent différents types de préparation à la naissance ;

- 5 sages-femmes réalisent des séances de préparation dite classique.
- 1 autre axe les séances qu'elle anime sur de la sophrologie.
- 1 sage-femme propose de la préparation par le yoga. Il n'y en a pas eu pendant la durée de l'étude.
- 1 sage-femme alterne des séances de piscine et de la préparation classique.
- 1 sage-femme propose à la fois de la préparation classique, de la piscine et de la sophrologie.

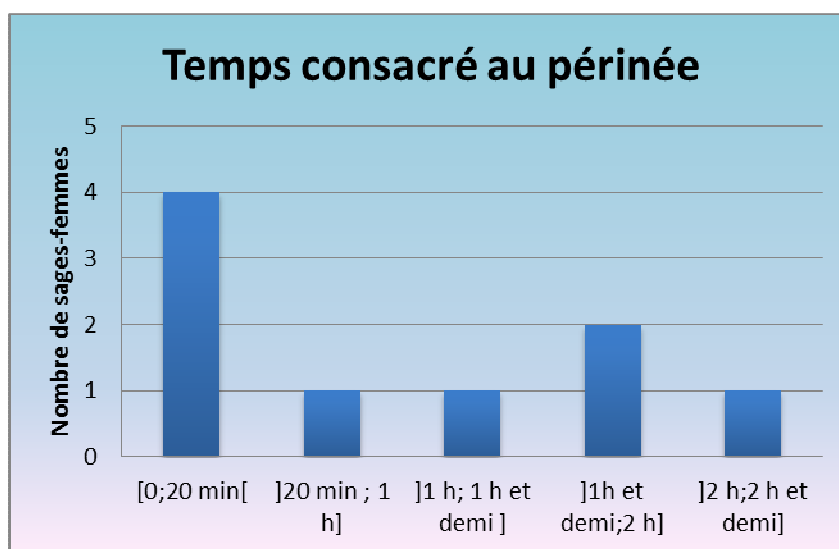


2.2.4.2. Le périnée et la préparation à la naissance

Toutes les sages-femmes animant des séances de préparation à la naissance et à la parentalité abordent le sujet du périnée.

Le temps

Elles y consacrent plus ou moins de temps puisque le temps consacré à ce sujet varie de 10 minutes à 2 heures (soit une séance entière). En moyenne, tous types et toutes séances confondus, le temps consacré à l'information sur le périnée est de 1 heure. Dans ce temps est compris le temps d'information de départ et les différents rappels ou exercices aux séances suivantes.



Les supports

Différents supports d'information sont utilisés par les sages-femmes durant les séances de préparation pour informer les patientes sur le périnée.

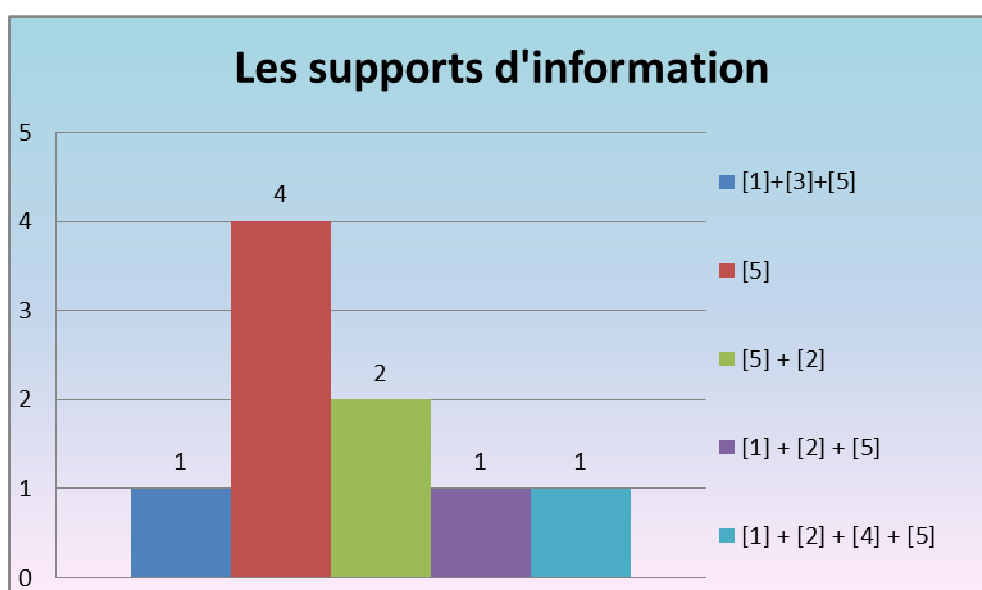
4 des sages-femmes interrogées délivrent uniquement une information orale. Les autres utilisent, en plus de l'information orale ([5]) :

[1] Des panneaux avec des schémas.

[2] Des exercices.

[3] Les feuilles d'information concernant la rééducation périnéale post-natale, émises par la maternité.

[4] Une cassette vidéo sur laquelle sont expliqués les exercices de contraction du périnée.



Les exercices de contraction du périnée sont utilisés par 4 des 9 sages-femmes de préparation à la naissance.

Partie 3 : Analyse et discussion

1. L'ECHANTILLON DE PATIENTES DE L'ETUDE

L'échantillon est composé de 54% de primipares au moment de l'entretien, c'est-à-dire nullipares au moment de la grossesse étudiée. 27% sont des deuxième pares, 15 % des troisième pares et 4% des quatrième pares. Plus de la moitié des patientes n'ont encore jamais accouché ; près de la moitié de ces dernières présente pourtant des incontinences urinaires à l'effort. Ce phénomène est retrouvé dans la littérature, où l'on apprend que la première grossesse d'une femme est fréquemment associée à l'incontinence urinaire. [29]

L'âge médian retrouvé, d'apparition des symptômes, est comparable à la littérature, soit 30 SA. [28,29]

En ce qui concerne le taux d'incontinence urinaire pendant la grossesse, il est de 56% dans notre étude et varie de 30 à 50 % des femmes suivant les études. [28]

L'échantillon de patientes de notre étude est relativement comparable aux populations de différentes études également menées chez des gestantes.

2. DEPISTAGE DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT PENDANT LA GROSSESSE PAR LES SAGES-FEMMES DE CONSULTATIONS

Sur l'échantillon de 59 patientes, l'incontinence urinaire a été recherchée par les sages-femmes chez 17 patientes pendant la grossesse ; ce qui représente 29% de l'échantillon. Dans près de 70% des cas, il n'y a donc pas eu de recherche de symptômes.

Plusieurs questions peuvent alors émerger :

- Dans quel(s) cas les sages-femmes dépistent-elles ?
- Les facteurs de risque des patientes sont-ils pris en compte ?
- Pourquoi le dépistage est-il si peu pratiqué ?

2.1. Le dépistage systématique

Le dépistage des incontinences urinaires pendant la grossesse n'est systématique que pour 4 sages-femmes sur 14. Deux d'entre elles recherchent les symptômes dès le constat de grossesse et à chaque consultation. Le constat de grossesse étant souvent la première consultation, il n'est pas évident pour la patiente d'évoquer des troubles qui peuvent parfois être antérieurs à la grossesse. Cependant, si le professionnel évoque le sujet, cela peut lever un tabou et laisser l'opportunité à la patiente d'en parler éventuellement par la suite.

Les deux autres sages-femmes recherchent les symptômes préférentiellement à partir du troisième trimestre. Dans l'échantillon de patientes de cette étude, la moitié des troubles urinaires sont apparus avant 30 SA, et pour une partie (27%) même avant 24 SA. La littérature ne contenant à ce jour pas assez d'études qui prouvent l'intérêt d'une rééducation périnéale prénatale en cas de symptomatologie urinaire, il est entendu que la prescription d'une telle thérapeutique reste à « l'appréciation du prescripteur et ce en fonction de la gêne exprimée par la patiente ». [28] Or, la gêne moyenne liée aux troubles est plus que doublée lorsque ces derniers sont apparus à 24 SA ou avant. Il

pourrait donc être intéressant de les dépister avant le troisième trimestre afin que les patientes concernées puissent se voir proposer des solutions.

2.2. Dans quels cas les sages-femmes recherchent-elles des symptômes?

Les 10 sages-femmes ne dépistant pas systématiquement les troubles urinaires, le font toutefois dans des circonstances précises.

Le dépistage est défini comme le fait de repérer les personnes atteintes d'une maladie ou présentant un risque important de l'être. Cela consiste donc à rechercher, chez un individu, des symptômes qui conduiraient au diagnostic d'une pathologie. C'est alors le praticien qui aborde le sujet. Or, 6 sages-femmes sur 10 (soit 60%) ont répondu qu'elles dépistent les troubles urinaires lorsque les patientes expriment des plaintes sur cette affection, on ne peut donc pas considérer cela comme du dépistage. C'est, dans ce cas, à la patiente d'aborder spontanément le sujet. Par ailleurs, lorsque l'on s'intéresse aux résultats des entretiens, on constate que parmi les 33 patientes atteintes d'incontinence urinaire d'effort durant la grossesse, 20 ne l'ont pas évoqué, soit 60%. Pour une meilleure prise en charge des troubles des patientes, il faudrait que ce soit la sage-femme qui, systématiquement, pose la question aux patientes, leur donnant ainsi l'occasion d'évoquer leur affection.

Les 4 autres sages-femmes, ayant répondu à la question « Dans quels cas dépistez-vous l'incontinence urinaire d'effort ? », ont évoqué des situations où les patientes présentent certains facteurs de risque et notamment les antécédents obstétricaux cités par toutes. Les autres facteurs de risque sont les situations entraînant une augmentation de la pression abdominale (3 sages-femmes) et les béances vulvaires (1 sage-femme).

Cet aspect de l'étude laisse penser qu'il serait bon d'envisager une sensibilisation des sages-femmes à la problématique de l'incontinence urinaire ; d'autant que cette pathologie est classée dans la CIM depuis 1998, et que la moitié des sages-femmes exercent en consultation depuis plus de dix ans. Ainsi, lors de leur cursus de formation ont-elles été sensibilisées à ce problème trop peu désigné ? Il est certain que depuis 2001, l'incontinence urinaire et ses prises en charge figurent au programme

des études de sages-femmes, mais dans chaque école le sujet est abordé de façon plus ou moins approfondie.

Au total, parmi les 14 professionnelles effectuant des consultations de grossesse, 4 recherchent systématiquement l'incontinence urinaire d'effort chez les patientes, et seulement 4 le font si les patientes présentent des facteurs de risque. Les pratiques ne sont pas uniformes et cela explique que :

- Les résultats des entretiens nous font penser que, pour le dépistage de l'incontinence urinaire d'effort pendant la grossesse, les sages-femmes ne ciblent pas toutes les patientes à haut risque. Citons l'exemple de la patiente de l'échantillon qui présente le plus grand nombre de facteurs de risque, et à qui il n'a pas été demandé si elle présentait des difficultés à retenir ses urines à l'effort. (réf. Partie 2, chapitre 2.1.3.1)
- Les symptômes n'ont été recherchés par la sage-femme que chez 7 des 33 patientes qui en présentaient.

2.2.1. Concernant la gêne ressentie par les patientes

Dans l'ensemble, les patientes ne présentent pas une grande gêne au quotidien vis-à-vis des troubles, cependant ce ne sont pas forcément les plus affectées qui ont bénéficié d'un dépistage. En effet, **la gêne moyenne dans le groupe des patientes souffrant d'incontinence et ayant été dépistées par la sage-femme est inférieure à la gêne moyenne éprouvée par les patientes qui n'ont pas fait part de leur affection. (1,2 versus 1,5)**

2.2.2. Les facteurs de risque selon les sages-femmes

Les facteurs de risque et les facteurs aggravants de cette affection sont nombreux et parfois encore contestés ; toutefois les études menées par beaucoup d'équipes nous

permettent d'en retenir certains principaux, tels que l'âge, la première grossesse en général puis la grande parité, et d'autres déjà cités en première partie.

Tous les facteurs évoqués dans la littérature sont retrouvés dans les questionnaires, mais une seule sage-femme a cité les 4 principales catégories de facteurs de risque. Dans cette étude, seule cette sage-femme cite par exemple l'incontinence urinaire à l'effort préexistante comme facteur de risque chez la femme enceinte. Cela va dans le sens qu'**une sensibilisation des sages-femmes à la problématique de l'incontinence urinaire serait sans doute bénéfique**. En effet, il est du rôle de la sage-femme de repérer durant la grossesse les éléments plaçant les patientes dans un groupe à risque. Par ailleurs, l'un des principaux facteurs de risque d'incontinence urinaire dans le post-partum est l'apparition d'un tel symptôme durant la grossesse. Cet élément doit être connu des sages-femmes de consultation et justifie pleinement le dépistage anténatal systématique.

Toujours en considérant les facteurs de risque retenus dans la littérature, nous avons dans notre échantillon plus de la moitié des patientes pour qui cette grossesse est la première et qui donc présentent un premier risque dû à la fréquence accrue de l'atteinte chez les primipares. Il y a donc, sur ce seul critère, déjà cinquante pour cent de ces patientes pour lesquelles la recherche de symptômes aurait été justifiée.

2.3. Le suivi des patientes concernées

Dans un seul dossier il a été retrouvé la présence d'incontinence urinaire à l'effort chez une patiente. Même les sages-femmes qui ont pu évoquer les troubles avec les patientes n'en ont pas fait état dans le dossier obstétrical. Il paraît nécessaire que de tels symptômes soient répertoriés. La Haute Autorité de Santé recommande que soit proposée une rééducation du post-partum à toute patiente reconnue comme étant à risque. De telles patientes sont définies sur des critères concernant, certes, l'accouchement mais également les facteurs de risque présentés durant la grossesse. Rappelons que l'incontinence urinaire apparue en cours de grossesse ou préexistante à celle-ci est un facteur de risque et le reste encore 15 ans après l'accouchement. [25] C'est pourquoi, il est indispensable qu'apparaisse dans le dossier obstétrical toute incontinence urinaire dépistée pendant la grossesse. Cela justifie donc que les sages-

femmes doivent non seulement connaître les facteurs de risque d'incontinence urinaire mais aussi pratiquer le dépistage et renseigner le dossier obstétrical afin qu'un suivi adéquat des patientes soit adopté. De plus, si les études en cours confirment l'effet positif à long terme de la rééducation périnéale prénatale, tant pour l'amélioration des symptômes que pour la diminution des dépenses de soins, il faudra que soit lisible dans les dossiers l'état de continence des patientes.

L'inscription de l'incontinence et de la gêne qu'elle entraîne chez la patiente est la première étape de la prise en charge.

L'étude montre que la recherche de symptômes par les sages-femmes de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy est dépendante des habitudes de chacune et ne semble pas, dans l'ensemble, être dirigée par des caractéristiques précises des patientes. Mais une fois le trouble dépisté, quelle attitude adoptent-elles ?

3. LES PRISES EN CHARGE PROPOSEES

Une sage-femme évoque que sa conduite à tenir en cours de grossesse varie selon la gêne ressentie par la patiente. En effet, toutes les patientes présentant une incontinence urinaire à l'effort ne s'en trouvent pas forcément gravement affectées. Dans la littérature, rappelons-le, la conduite à tenir adoptée par le professionnel en cas de problèmes de la continence urinaire à l'effort doit avant tout tenir compte de l'impact des troubles sur la qualité de vie de la patiente. Il apparaît d'ailleurs dans notre étude que pour la plupart des patientes concernées par ces troubles, la gêne était qualifiée de légère.

3.1. La rééducation périnéale

8 des 14 sages-femmes de consultations (soit 57%) orienteraient les patientes vers le service d'urodynamique en cas d'existence d'incontinence à l'effort. Parmi ces huit professionnelles, 5 dirigent directement les patientes vers le service de rééducation périnéale, tandis que 3 autres délivrent d'abord des informations complémentaires, concernant la rééducation périnéale du post-partum pour deux sages-femmes et des conseils oraux de verrouillage périnéal pour une autre.

3.2. Les conseils oraux

Ainsi, un peu plus de la moitié des sages-femmes ayant répondu au questionnaire incluent dans leur pratique l'orientation des patientes vers le service d'urodynamique. Inversement, près de la moitié des sages-femmes (plus précisément 6 sages-femmes) ne juge pas utile de proposer aux patientes une ou plusieurs séances avec un rééducateur pendant la grossesse. 2 d'entre elles utilisent toutefois l'examen vaginal pour faire prendre conscience aux patientes du périnée et expliquer la contraction ; 2 autres insistent uniquement sur les informations concernant la rééducation périnéale du post-partum et enfin, les 2 dernières donnent des conseils oraux de verrouillage périnéal. **Or, les études ont montré la supériorité de séances dirigées par un rééducateur par rapport à la délivrance de simples conseils oraux.** Quelle solution intermédiaire

pourrait être envisagée entre la rééducation périnéale prénatale et l'absence de conseils applicables pendant la grossesse?

Nous l'avons vu, deux sages-femmes ont pour habitude, en cas d'incontinence urinaire à l'effort chez une gestante, d'expliquer par un toucher vaginal la contraction du périnée ainsi que le verrouillage périnéal. Cette solution paraît raisonnable puisque :

- L'éducation périnéale est le préalable de toute rééducation.
- Cela permet sans avoir recours à des séances de rééducation avec thérapeute pendant la grossesse, de concrétiser les conseils oraux de verrouillage périnéal donnés par les sages-femmes et de vérifier l'absence d'inversion de la commande périnéale.
- Cela permet de faire comprendre aux patientes la rééducation périnéale et peut-être une meilleure observance qu'elle soit ante- ou postnatale ?

Parmi les patientes ayant parlé de leurs troubles avec la sage-femme, seules deux se sont vues proposer un rendez-vous dans le service d'urodynamique. Aux autres, on a vivement conseillé de suivre la rééducation en post-partum, ce qui est justifié par les recommandations HAS.

Ainsi, nous avons décrit le dépistage et les prises en charge possibles, mais qu'en est-il de la prévention de ces troubles ? La grossesse étant à fort risque d'apparition d'incontinence urinaire, notamment à l'effort, il est de rôle de la sage-femme d'anticiper ce phénomène et d'éduquer les femmes. Les conseils hygiéno-diététiques font bien entendu partie de cette prévention, mais il ne faut pas négliger l'aspect éducation du périnée qui passe avant tout par l'information.

4. L'INFORMATION DES PATIENTES

CONCERNANT LE PERINEE : L'EDUCATION PERINEALE

L'éducation des femmes concernant leur périnée pourrait être un début acceptable de prévention de l'incontinence urinaire d'effort, en association à des conseils d'exercices musculaires. En effet, il a été montré dans les études que chez les patientes nullipares et primipares présentant des facteurs de risque, une information et un programme de renforcement musculaire diminue l'incontinence urinaire à 35 SA et jusque trois à six mois du post-partum. [28]

4.1. Du côté des patientes

Parmi les 59 patientes de l'étude, 15 déclarent avoir reçu en consultations prénatales des informations concernant le périnée et sa rééducation, soit 25%. Ce chiffre est plutôt décevant si l'on considère l'importance du sujet et le rôle d'éducation et de prévention primaire que se doit de jouer la sage-femme. D'autant que 27 des patientes de l'échantillon aurait souhaité recevoir plus d'explications sur le périnée et l'intérêt de le rééduquer.

Le dépistage systématique de troubles urinaires pourrait être l'occasion d'éduquer la femme sur son anatomie intime, qui bien trop souvent n'est découverte qu'à l'accouchement ou lors de la rééducation postnatale.

Il est vrai que la situation socioéconomique actuelle incite les sages-femmes de consultations à réduire de plus en plus le temps consacré à chaque patiente. La préparation à la naissance et à la parentalité pourrait être une alternative intéressante, cependant on remarque que seules 47,5% des patientes de l'échantillon ont pris part à ces séances.

Globalement, les patientes ayant participé à de la préparation à la naissance et à la parentalité ont une meilleure connaissance de leur périnée, même si ces résultats pourraient encore être améliorés. On constate par ailleurs que seule une primipare, sur les 11 n'ayant pas pris part à des séances de PNP, connaît son périnée. La tendance est inversée pour les multipares. Chez les patientes qui ont suivi des séances de PNP, les

primipares connaissant leur périnée sont deux fois plus nombreuses que celles qui ne savent pas le définir. Concluons que les séances de préparation à la naissance et à la parentalité proposées par les sages-femmes ont toute leur importance dans l'éducation périnéale mais des améliorations peuvent encore être apportées.

4.2. Du côté des professionnelles

4.2.1. En consultations prénatales

43% des sages-femmes de consultations évoquent le périnée avec toutes les patientes lors des consultations de grossesse. Il y a donc plus de la moitié des sages-femmes qui n'abordent pas le sujet systématiquement.

Par ailleurs, on constate que de toutes les patientes de l'échantillon, seulement la moitié de celles-ci (54%) disent connaître leur périnée. Elles sont donc près de 50% à avoir accouché sans même savoir ce qu'est cet ensemble de muscles ni même comment le contracter. L'information concernant le périnée, sa définition, sa localisation, ses fonctions, sa contraction, ne pourrait-elle pas être délivrée en consultations prénatales afin qu'un plus grand nombre de patientes soient renseignées ?

Durant les consultations prénatales, 29% des sages-femmes (soit 4 sages-femmes) déclarent délivrer des informations sur le périnée uniquement aux patientes atteintes d'incontinence urinaire à l'effort. Parmi ces 4 sages-femmes, elles sont deux à ne pas rechercher les symptômes. Or, nous avons vu que les patientes n'évoquent pas toujours spontanément leur incontinence. Ainsi, seules celles qui osent évoquer leur affection reçoivent des informations concernant le périnée. Ces informations sont nécessaires à la compréhension et l'acceptabilité des patientes vis-à-vis de la rééducation du post-partum.

Les informations délivrées par les sages-femmes varient peu d'une professionnelle à l'autre, ce sont les patientes en bénéficiant qui ne sont pas les mêmes. Comme pour la recherche des symptômes, on se rend compte que l'éducation périnéale est « sage-femme dépendante ».

4.2.2. En préparation à la naissance et à la parentalité

En préparation à la naissance et à la parentalité, toutes les sages-femmes délivrent une information sur le périnée. Cependant, le temps consacré à ce thème varie de 10 minutes à 2 heures. Une majorité de sages-femmes prévoit moins d'une heure pour les explications concernant ce sujet.

4 professionnelles dédient au périnée 20 minutes ou moins, et ne délivrent qu'une information orale aux patientes, sans l'aide d'aucun autre support. Or, c'est une partie de l'anatomie féminine qui est souvent méconnue et visuellement peu accessible. C'est pourquoi, des supports visuels devraient être utilisés afin de permettre aux femmes enceintes de mieux intégrer la notion de périnée et de contraction périnéale et d'en saisir l'importance. De plus, proposer des exercices de contraction aux patientes s'avère être un complément intéressant à cette information. **Un document proposant aux professionnelles des informations concernant les différentes méthodes pour expliquer aux patientes le périnée ainsi que des exemples d'exercices pour aider à la prise de conscience** pourrait peut-être être diffusé, dans le cadre de la formation médicale continue.

4 autres sages-femmes consacrent entre une heure et deux heures et demi en temps cumulé pour expliquer aux femmes le périnée, leur faire visualiser sur différents supports et leur faire réaliser des exercices de contraction. En effet, ces professionnelles se réservent une à deux heures pendant une séance afin d'aborder le sujet du périnée, puis tout au long des séances elles font des rappels et proposent des exercices aux patientes. Or, associés à des explications claires et éventuellement des schémas montrant le périnée, **les exercices de contraction périnéale permettent un relatif renforcement du plancher pelvien et ainsi une prévention des incontinences urinaires à l'effort.** [28]

Cependant, nul ne pourra dire si la patiente contracte correctement son périnée ou s'il y a une inversion de la commande périnéale. C'est entre autre pour cette raison que les exercices de contraction réalisés durant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ne sauraient être considérés comme un programme de renforcement musculaire du plancher pelvien. Toutefois, ils permettent une approche pour les patientes de l'automatisme périnéal...à condition qu'elles contractent correctement. Par

ailleurs, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité débutent au plus tôt aux environs de 30 SA, date médiane d'apparition des symptômes. L'effet protecteur des programmes de renforcement musculaire a été démontré dans des populations dans lesquelles le programme débutait dès 20 SA.

Ne pourrait-on pas s'en remettre à une « éducation périnéale » précoce dans la grossesse et associée à des conseils oraux de contraction ?

L'information, dans le sens de l'éducation périnéale des femmes, est un outil indispensable à la prévention de l'apparition de troubles de la continence urinaire. D'une part, cela permet de conseiller aux patientes un entraînement musculaire par des exercices quotidiens de contraction afin de renforcer la musculature du périnée et améliorer l'automatisme périnéal. Notons que pour les programmes de renforcement musculaire, il n'a été retrouvé aucune augmentation des instrumentations ou déchirures à l'accouchement. [28] D'autre part, donner une importance au périnée pendant la période prénatale serait une solution pour mieux sensibiliser les patientes, et peut-être augmenter l'observance des séances de rééducation du post-partum.

5. QUELLES PROPOSITIONS ?

5.1. Le dépistage systématique

La systématisation du dépistage de l'incontinence urinaire pendant la grossesse s'avère nécessaire. D'une part, il laisserait aux patientes l'opportunité d'évoquer leurs troubles en toute liberté, même pour celles qui pensent qu'ils sont inévitables. D'autre part, cela permettrait de proposer aux patientes qui le souhaitent une thérapeutique qui est reconnue efficace. Des études ont montré qu'un renforcement musculaire pendant la grossesse, chez des patientes symptomatiques ou non, améliore l'incidence de l'incontinence urinaire, au moins à court terme (35 SA) et jusqu'à six mois après l'accouchement. [28,31]

La simple question « Avez-vous des fuites urinaires lorsque vous faites un effort, riez, éternuez... ? » pourrait s'intégrer à l'anamnèse au moins au troisième mois en demandant de préciser le caractère nouveau ou habituel de ces fuites. Puis cette question pourrait être posée à nouveau à partir du cinquième mois, et ce à chaque consultation. Cependant, la recherche de symptômes ne doit pas annuler l'éducation périnéale qui reste une bonne prévention dès la fin du premier trimestre de la grossesse.

5.2. La formation médicale continue

Une sensibilisation des sages-femmes à la problématique de l'incontinence urinaire, dans le cadre de la formation médicale continue, permettrait de les replacer dans leur rôle d'acteur en prévention primaire et secondaire. Rappelons, que la réduction de la fréquence de l'incontinence urinaire chez la femme a été posée parmi les objectifs de santé publique par le parlement français. Cette réduction passe par un dépistage à tous les temps de la vie, et la sage-femme a son importance dans la prévention des troubles et leur dépistage.

5.3. La prévention primaire

5.3.1. L'éducation périnéale

Trois des quatre sages-femmes qui recherchent systématiquement des troubles urinaires le font dès le constat de grossesse, laissant ainsi aux patientes l'idée que si de tels symptômes apparaissaient, il faut en parler. Il serait dès lors possible à l'occasion de l'examen vaginal d'inclure des explications aux patientes à propos de la contraction périnéale. Dans la littérature, les exercices de renforcement musculaire du plancher pelvien débutent dès 18-20 SA. Ainsi, peut-être pourrions-nous réfléchir à la notion d'éducation périnéale dès le troisième mois de la grossesse.

Une autre idée serait d'intercaler entre les consultations de grossesse, déjà nombreuses, **un rendez-vous pour toutes les patientes avec une sage-femme exerçant dans un service d'urodynamique. Cette rencontre serait dédiée à l'éducation du périnée et la prise de conscience.** D'un point de vue financier, cette solution paraît difficile à mettre en place. L'idée de remplacer une séance de préparation à la naissance par ce rendez-vous serait-elle envisageable ?

5.3.2. Lutter contre les facteurs de risque surajoutés de la grossesse

Il semblerait que ce volet d'action soit déjà relativement respecté par les sages-femmes de consultations, à en juger par :

- Les informations hygiéno-diététiques sur l'alimentation de la femme enceinte qui sont délivrées aux patientes. Des fiches d'information sont aussi utilisées.
- Le dépistage très fréquent, en fonction de critères définis, d'un éventuel diabète gestationnel qui est proposé pour éviter les macrosomies.
- Les conseils hygiéno-diététiques donnés pour éviter la constipation de la femme enceinte.

5.4. La prévention secondaire

Les études ne permettent pas encore de conclure quant à l'efficacité d'une rééducation périnéale prénatale en cas de symptomatologie urinaire (prévention secondaire). Cependant des essais, s'intéressant aux primipares et aux nullipares avec ou non des problèmes d'incontinence urinaire et ayant suivi pendant la grossesse un

programme de renforcement musculaire du plancher pelvien dès 18 à 20 SA, montrent une amélioration de l'incidence de l'incontinence urinaire en fin de grossesse. Or, 81% de notre échantillon correspond à cette population, et aurait pu ainsi bénéficier d'une prise en charge efficace par renforcement de la musculature périnéale.

La prévention secondaire peut consister en cas de troubles pendant la grossesse, à la visite post-natale, à encourager la patiente à faire de la rééducation vésico-sphinctérienne avec un thérapeute, comme le recommande déjà l'HAS. Il faudra donc faire mention dans le dossier de la patiente des fuites urinaires prénatales.

5.5. La continuité des soins

Le dépistage systématique doit être associé à un suivi des patientes et de leurs symptômes que la prise en charge soit ante-ou post-natale. A l'instar des conseils hygiéno-diététiques rappelés aux patientes présentant par exemple une prise de poids rapide, pour toute patiente chez laquelle on dépiste des incontinences urinaires durant la grossesse, cela doit apparaître dans le dossier obstétrical ainsi que les conseils donnés ou les thérapeutiques proposées. Cette mesure permettrait de faire le lien entre les symptômes prénataux, leurs éventuels traitements, et le suivi post-natal de la patiente, surtout en ce qui concerne la décision de proposer ou non une rééducation fonctionnelle. Qu'en est-il alors des patientes qui choisissent de faire leur consultation post-natale en ville ? Ne pourrait-on pas faire apparaître la notion de ces troubles sur le courrier d'obstétrique ? Il s'agit pourtant bien d'une maladie référencée dans la CIM. Certes, dans bien des cas, les symptômes s'estompent dans les trois premiers mois du post-partum, mais on sait grâce aux études que l'incontinence urinaire apparue en cours de grossesse reste un facteur de risque 15 plus tard. [25] Cela justifie qu'apparaisse dans les dossiers voire dans les courriers d'obstétrique la notion d'incontinence urinaire d'effort pendant une grossesse. Le professeur Haab propose même, dans son rapport sur l'incontinence urinaire de la femme adulte, que « les visites pré et post partum comportent systématiquement une fiche de renseignement sur l'existence d'une incontinence urinaire. » Cela semble une solution correcte de « traçabilité » des troubles sphinctériens.

6. PROPOSITION D'UN LIVRET D'INFORMATION A L'ATTENTION DES SAGES-FEMMES DE CONSULTATIONS



Incontinence urinaire d'effort et grossesse

Livret à l'attention des
professionnels

L'incontinence urinaire d'effort touche de nombreuses femmes durant la grossesse, et même les nullipares. Majoritairement, les patientes n'en parlent pas spontanément, quelle que soit la gêne ressentie. En période prénatale, cette gêne est bien souvent minime, cependant les études ont montré que l'apparition d'un tel trouble en cours de grossesse est un facteur de risque d'aggravation encore des années après la naissance de l'enfant.

Les principaux facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque d'incontinence urinaire d'effort pendant la grossesse sont :

- > La première grossesse
- > L'âge : ont été retenus, d'après les études, des âges inférieurs à 22 ans ou supérieurs à 35 ans.
- > La grande multiparité, définie comme les femmes ayant 3 enfants et plus.
- > Les antécédents d'instrumentations.
- > L'obésité et la prise de poids excessive.
- > Une incontinence urinaire à l'effort antérieure à la grossesse.
- > Les efforts abdominaux importants et répétés :
 - La toux chronique et donc indirectement le tabagisme, surtout de longue date,

- Certains sports : trampoline, gymnastique acrobatique, aérobic, sauts de haies, basket-ball, volley, handball, course à pied, arts martiaux. Ce sont des sports augmentant la pression intra-abdominale, ce qui entraîne une augmentation de la pression vésicale.
- La constipation chronique, qui concerne beaucoup de femmes pendant la grossesse.

Il est important de pouvoir dépister au plus tôt les patientes atteintes afin de leur proposer une solution thérapeutique.

La rééducation périnéale prénatale

Si les troubles apparaissent tôt dans la grossesse, ou s'ils sont très gênants pour la patiente, une rééducation du plancher pelvien anténatale peut être proposée. Elle visera à suppléer la laxité de la musculature périnéale.

Les études, même si elles ne peuvent pas conclure sur l'effet à distance de l'accouchement, montrent une amélioration des symptômes urinaires en fin de grossesse et à 3 mois du post-partum, en cas de suivi d'un programme de renforcement musculaire anténatal chez des femmes symptomatiques ou non.

En cas d'apparition tardive des troubles, il est préférable d'insister sur l'information donnée concernant la rééducation post-natale et expliquer aux patientes son intérêt

Les moyens de prévention

En anténatal, la prévention de l'apparition d'incontinence urinaire à l'effort se définit en différents axes :

L'éducation périnéale

C'est bien souvent en préparation à la naissance et à la parentalité que se fait l'éducation périnéale.

Elle consiste en des explications données à la patiente concernant le périnée, sa localisation, ses fonctions, ses modifications durant la grossesse et l'accouchement. Il est important que la patiente puisse visualiser le périnée à l'aide de schémas.

Des exercices, ayant pour but la prise de conscience de leur périnée, peuvent être proposés aux patientes qui prennent part aux séances.

Cependant, il serait bénéfique pour les patientes n'assistant pas à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, que l'éducation périnéale soit faite durant les consultations prénatales. Le dépistage des troubles de la continence peut être une bonne amorce du sujet.

La sage-femme de consultation peut également, lors d'un toucher vaginal, expliquer aux patientes la contraction périnéale, et vérifier qu'il n'y a pas d'inversion de la commande. Cela permet, chez des patientes asymptomatiques, surtout si elles présentent des facteurs de risques, de conseiller des exercices de contractions quotidiens à titre préventif.

Lutter contre les facteurs favorisants

La prise en charge de la constipation, les conseils hygiéno-diététiques pour éviter la prise de poids en excès sont des mesures qui font déjà partie des habitudes en consultations prénatales et qui préviennent l'apparition de l'incontinence urinaire d'effort anténatale.

Concernant la pratique intensive de sport, il est intéressant dans ce cas d'adresser les patientes en consultation au service d'urodynamique afin que les sages-femmes spécialisées puissent leur expliquer les méthodes de contraction périnéale à l'effort.

Pratiquer un dépistage systématique

Le dépistage systématique est fortement recommandé dès la première consultation. Il permet de repérer les patientes présentant des troubles antérieurs à la grossesse et de leur proposer, si elles le souhaitent, une thérapeutique efficace dès 18-20 SA.

De plus, il est intéressant de cibler les patientes présentant des facteurs de risque, afin de prendre des mesures préventives. Enfin, la recherche des incontinences urinaires devrait figurer sur les dossiers obstétricaux, permettant ainsi un suivi adéquat des patientes concernées. (Informations plus appuyées, propositions de traitement...)

Références bibliographiques :

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). "Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale". *Service des recommandations professionnelles*; 2003, www.has.fr, site consulté le 3 septembre 2010.
- Haab F, Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire. Rapport remis au ministère de la santé et des solidarités. 2007 www.lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr, site consulté le 4 septembre 2010.
- Deffieux X, Incontinence urinaire et grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2009 ; vol.38, S212-S231.
- Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, Recommandations pour la pratique Clinique – Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte. [www. www.cngof.asso.fr](http://www.cngof.asso.fr), site consulté le 3 septembre 2010.
- Letouzey V, De Tayrac R, Paradis N, Mares P, Intérêt de la rééducation périnéale prénatale chez les patientes présentant une incontinence urinaire d'effort pendant la grossesse : étude préliminaire. *La Revue Sage-Femme*, 2007 ; 6 : 27-31.
- Dolan Lucia M, Hosker Gordon L, Mallett Veronica T, Allen Ruth E, Smith Anthony R.B., Stress incontinence and pelvic floor neurophysiology 15 years after the first delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003; Vol. 110, 1107-1114.

Conclusion

Le dépistage des troubles de la continence urinaire pendant la grossesse est largement justifié et recommandé par plusieurs auteurs. A la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, il est très dépendant, nous l'avons vu, des habitudes de chaque sage-femme, et n'est pas systématique pour la plupart d'entre elles. La conduite à tenir des sages-femmes consiste principalement à encourager les patientes à suivre la rééducation fonctionnelle post-natale, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. En pratique, la rééducation périnéale prénatale, elle, n'est que rarement utilisée même si les professionnelles la citent dans leurs prises en charge.

Les informations concernant le périnée délivrées en anténatal sont encore insuffisantes aux yeux des patientes et très variables, encore une fois, d'une professionnelle à l'autre. Toutes les sages-femmes n'évoquent pas systématiquement le sujet en consultations prénatales. La préparation à la naissance et à la parentalité joue un rôle fondamental dans cette information, et l'étude montre le rôle positif des séances sur la connaissance du périnée par les patientes, même si quelques-unes auraient aimé que leur soient apportées quelques précisions.

La prévention des incontinences urinaires chez la femme enceinte pourrait tout à fait s'inclure dans les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Il pourrait être intéressant de proposer un « programme-type » aux sages-femmes pour qu'elles s'en inspirent. Il contiendrait les modalités de l'éducation périnéale avec les informations à donner et des exemples d'exercices pour la prise de conscience du périnée. Une autre possibilité serait de proposer systématiquement une consultation avec une sage-femme du service d'urodynamique en début de deuxième trimestre afin que le sujet du périnée et de ses troubles soit abordé.

Dans tous les cas, il semble intéressant de proposer aux sages-femmes de consultations une formation qui les sensibiliserait à la pratique du dépistage des troubles urinaires mais également à leur prévention en cours de grossesse. La sage-femme doit jouer un rôle de prévention primaire par l'éducation périnéale et le repérage et l'élimination des facteurs de risque évitables.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Deruelle P, Houfflin-Debargue V, Nayama M, Vinatier D, Crépin G, Cosson M, Analyse comparative des échelles d'évaluation de l'incontinence urinaire chez la femme. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2003, vol. 31, 516-520.
- [2] Amerenco G, Arnould B, Carita P, Haab F, Labat JJ, Richard F, European psychometric validation of the CONTILIFE®: a quality of life questionnaire for urinary incontinence. *European Urology*, 2003, vol. 43, 391-404.
- [3] Faltin DL, Epidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2009 ; vol.38, S146-S152.
- [4] Ciofu C, Montefiore ED, Chartier-Kastler E, Évaluation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes vues en consultation de médecine générale. *Enquête INSERM de 2007*, www.inserm.org, consulté le 4 septembre 2010.
- [5] Ballanger P, Epidémiologie de l'incontinence urinaire chez la femme. *Progrès en urologie*, 2005 ; vol.15 S1, 1322-1333.
- [6] Lasserre A, Pelat C, Guérault V, et al. , Urinary incontinence in French women : prevalence, risk factors, and factors, and impact on quality of life., *European Urology*, 2009;vol. 56, 177-183.
- [7] Haab F, Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire. Rapport remis au ministère de la santé et des solidarités en 2007. www.lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr, site consulté le 4 septembre 2010.
- [8] Gasquet I, Tcherny-Lessenot S, Gaudebout P, Bosio Le Goux B, Klein P, Haab F, Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking and treatment : a national cross-sectional survey. *European Urology*, 2006; vol. 50, 818-825.

- [9] Sevenne A, Les troubles urinaires du bas appareil chez la femme.
Publications Assises Françaises de sexologie et de santé sexuelle, 2009,
<http://www.sfscsexo.com/publi/puz3303.htm>
- [10] Yip SK, Chan A, Pang S, et al., The impact of urodynamic stress incontinence and detrusor overactivity on marital relationship and sexual function. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, vol. 188(5); 1244-1248.
- [11] Fritel X, Ringa V, Varnoux N, Fauconnier A, Piault S, Breart G, Mode of delivery and severe stress incontinence. A cross-sectional study among 2,625 perimenopausal women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005; 110(10): 927-33.
- [12] Groutz A, Helpman L, Gold R, Pauzner D, Lessing JB, Gordon D, First vaginal delivery at an older age: does it carry an extra risk for the development of stress urinary incontinence? *Neurourology and Urodynamics*, 2007; vol. 26, 779-782.
- [13] Deffieux X, Incontinence urinaire et grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2009 ; vol.38, S212-S231.
- [14] Bart S, Ciangura C, Thibault F, et al., Incontinence urinaire d'effort et obésité. *Progrès en urologie*, 2008 ; vol.18, 493-498.
- [15] Deffieux X, Du mode d'accouchement à l'incontinence urinaire. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2005; 34: 739-744.
- [16] Macarthur C, Glazener C, Lancashire R, Herbison P, Wilson D, Grant A, Faecal incontinence and mode of first and subsequent delivery: a six-year longitudinal study. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005; 112(8): 1075-1082.
- [17] Legendre G, Tassel J, Salomon LJ, Fauconnier A, Bader G, Impact de la gémellité sur le risque d'incontinence urinaire du post-partum., *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2010, vol.38 (4) ; 238-243.

- [18] Koskas M, Bader G, Incontinence urinaire chez la femme. Du symptôme à la prise en charge thérapeutique. *Traité de médecine Akos*, EMConsulte, www.em-consulte.com, site visité le 3 avril 2010.
- [19] Schaal JP, Equy V, Hoffman P, Comparaison ventouses forceps. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2008 ; 37, S231-S243.
- [20] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). 'Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale'. *Service des recommandations professionnelles*; 2003, www.has.fr, site consulté le 3 septembre 2010.
- [21] « Dossier de presse : septième Semaine nationale de l'incontinence organisée par l'association française d'urologie du 23 au 28 mars 2009. L'incontinence ne touche pas forcément les personnes que l'on croit. ». Site: urofrance.org, consulté le 7 octobre 2010.
- [22] Bradaia F, Lazor R, Khouatra C, Poissonnier L, Cottin V, Cordier JF, Incontinence urinaire à la toux au cours des pneumopathies interstitielles diffuses, *Revue des Maladies Respiratoires*, 2009 ; vol.26, 499-504.
- [23] Roche N, Huchon G, La toux, *Pneumologie*, www.em-consulte.com, site consulté le 7 octobre 2010.
- [24] Institut National de Prévention et d'Education en Santé (INPES), Incontinence urinaire : plus fréquente chez les fumeuses. *Lettre mensuelle d'information sur les effets du tabagisme et le sevrage tabagique* ; 2006, N°71,3.
- [25] Dolan Lucia M, Hosker Gordon L, Mallett Veronica T, Allen Ruth E, Smith Anthony R.B., Stress incontinence and pelvic floor neurophysiology 15 years after the first delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003; Vol. 110, 1107-1114.
- [26] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, Recommandations pour la pratique Clinique – Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte. www.cngof.asso.fr, site consulté le 3 septembre 2010.

- [27] Shamliyan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ, Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. *Annals of Internal Medicine*, 2008; 148: 459-73.
- [28] Battut A, Incontinence urinaire et prolapsus. Quelle prévention en anté-partum ? *La Revue Sage-Femme*, 2010 ; vol. 9, 5 :227-239.
- [29] Letouzey V, De Tayrac R, Paradis N, Mares P, Intérêt de la rééducation périnéale prénatale chez les patientes présentant une incontinence urinaire d'effort pendant la grossesse : étude préliminaire. *La Revue Sage-Femme*, 2007 ; 6 : 27-31.
- [30] De Tayrac R, Résumé du congrès de L'International Continence Society et l'International Urogynecological Association, Paris du 23 au 28 Août 2004. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2005 ; 34 : 175-179.
- [31] Hay-Smith J, Mörkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008; 4: Art. N° CD 007471.

TABLE DES MATIERES

Sommaire	- 4 -
Liste des abréviations.....	- 6 -
Préface.....	- 7 -
Introduction	- 8 -
Partie 1 : Revue de la littérature.....	- 9 -
1. GENERALITES.....	- 10 -
1.1. Définitions.....	- 10 -
1.1.1. L'incontinence urinaire	- 10 -
1.1.2. Les échelles de qualité de vie.....	- 11 -
1.2. Epidémiologie	- 12 -
1.2.1. Prévalence	- 12 -
1.2.2. Coût des incontinences urinaires.....	- 13 -
1.2.3. Impact psycho-social.....	- 13 -
1.3. Les facteurs de risque.....	- 14 -
1.3.1. L'âge	- 14 -
1.3.2. L'indice de masse corporelle	- 15 -
1.3.3. La parité	- 16 -
1.3.4. Les antécédents d'instrumentations, interventions pelviennes	- 16 -
1.3.5. Le sport.....	- 17 -
1.3.6. Les facteurs favorisants.....	- 17 -
2. DIAGNOSTIC DES INCONTINENCES URINAIRES ET PRISE EN	
CHARGE NON CHIRURGICALE	- 20 -
2.1. L'interrogatoire	- 20 -
2.2. Les outils diagnostiques	- 20 -
2.2.1. Les scores d'incontinence	- 20 -
2.2.2. Le calendrier mictionnel	- 22 -
2.2.3. Le « pad-test ».....	- 22 -
2.2.4. Le test à la toux (Annexe 5).....	- 22 -
2.2.5. Les examens complémentaires.....	- 23 -
2.3. L'examen clinique physique	- 24 -
2.4. Le dépistage	- 25 -
2.5. La rééducation périnéale	- 25 -
2.6. Les traitements médicamenteux	- 26 -
3. LE CONTEXTE DE LA GROSSESSE	- 27 -
3.1. La grossesse, une période particulière	- 27 -
3.2. Les facteurs de risques spécifiques à la grossesse	- 27 -
3.2.1. La prise de poids pendant la grossesse.....	- 27 -
3.2.2. La macrosomie fœtale.....	- 28 -
3.2.3. L'imprégnation hormonale.....	- 28 -
3.3. Intérêt de la rééducation prénatale	- 28 -
Partie 2 : Description des résultats.....	- 30 -

1. DESCRIPTION DE L'ETUDE.....	- 31 -
1.1. Objectifs	- 31 -
1.2. Hypothèses	- 31 -
1.3. Schéma de l'étude	- 32 -
2. PRESENTATION DES RESULTATS.....	- 34 -
2.1. Premier temps.....	- 34 -
2.1.1. Généralités : présentation de la population	- 34 -
2.1.2. Les incontinences urinaires	- 38 -
2.1.3. Dépistage et prise en charge.....	- 43 -
2.2. Second temps	- 47 -
2.2.1. Les sages-femmes concernées.....	- 48 -
2.2.2. L'incontinence urinaire en consultations	- 48 -
2.2.3. Le périnée en consultations.....	- 53 -
2.2.4. Les sages-femmes en préparation à la naissance et à la parentalité ...	- 56 -
Partie 3 : Analyse et discussion.....	- 59 -
1. L'ECHANTILLON DE PATIENTES DE L'ETUDE	- 60 -
2. DEPISTAGE DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT PENDANT LA GROSSESSE PAR LES SAGES-FEMMES DE CONSULTATIONS.....	- 61 -
2.1. Le dépistage systématique.....	- 61 -
2.2. Dans quels cas les sages-femmes recherchent-elles des symptômes?	- 62 -
2.2.1. Concernant la gêne ressentie par les patientes	- 63 -
2.2.2. Les facteurs de risque selon les sages-femmes	- 63 -
2.3. Le suivi des patientes concernées	- 64 -
3. LES PRISES EN CHARGE PROPOSEES	- 66 -
3.1. La rééducation périnéale	- 66 -
3.2. Les conseils oraux	- 66 -
4. L'INFORMATION DES PATIENTES CONCERNANT LE PERINEE : l'éducation périnéale.....	- 68 -
4.1. Du côté des patientes.....	- 68 -
4.2. Du côté des professionnelles.....	- 69 -
4.2.1. En consultations prénatales	- 69 -
4.2.2. En préparation à la naissance et à la parentalité.....	- 70 -
5. QUELLES PROPOSITIONS ?.....	- 72 -
5.1. Le dépistage systématique.....	- 72 -
5.2. La formation médicale continue.....	- 72 -
5.3. La prévention primaire	- 73 -
5.3.1. L'éducation périnéale.....	- 73 -
5.3.2. Lutter contre les facteurs de risque surajoutés de la grossesse	- 73 -
5.4. La prévention secondaire	- 73 -
5.5. La continuité des soins	- 74 -
6. Proposition d'un livret d'information à l'attention des sages-femmes de consultations	- 75 -
Conclusion.....	- 79 -
Bibliographie	- 80 -

TABLE DES MATIERES	- 84 -
ANNEXE 1 : Echelle Ditrovie® de retentissement des troubles mictionnels sur la qualité de vie	- 1 -
ANNEXE 2 : Echelle de Mesure du handicap urinaire	- 3 -
ANNEXE 3 : Questionnaire ICIQ : International Consultation on Incontinence Questionnaire	- 4 -
ANNEXE 4 : Incontinence Impact Questionnaire et Urogenital Distress Inventory - 5 -	
ANNEXE 5 : Pad test, évaluation quantitative de l'incontinence urinaire	- 6 -
ANNEXE 6 : Testing des muscles releveurs de l'anus.....	- 7 -
ANNEXE 7 : Fiche de recueil pour les entretiens auprès des patientes.....	- 8 -
ANNEXE 8 : Questionnaire destiné aux sages-femmes de consultations	- 12 -
ANNEXE 9 : Fiche d'information pour la reeducation perineale post-natale...	- 15 -

ANNEXE 1 : ECHELLE DITROVIE® DE RETENTISSEMENT DES TROUBLES MICTIONNELS SUR LA QUALITE DE VIE

Cette échelle est spécifique et bénéficie d'une validation psychométrique

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires :

	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Enormément</i>
(1) vous ont-ils gêné lorsque vous étiez à l'extérieur de chez vous ?	1	2	3	4	5
(2) vous ont-ils gêné pour faire les courses ou les achats ?	1	2	3	4	5
(3) vous ont-ils gêné pour porter quelque chose de lourd ?	1	2	3	4	5
(4) ont-ils nécessité que vous interrompiez fréquemment votre travail ou vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4	5

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>De temps en temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>En permanence</i>
(5) avez-vous éprouvé un sentiment de honte, de dégradation ?	1	2	3	4	5
(6) avez-vous craint de sentir mauvais ?	1	2	3	4	5
(7) avez-vous perdu patience ?	1	2	3	4	5
(8) avez-vous craint de sortir de chez vous ?	1	2	3	4	5
(9) avez-vous été obligé de vous relever plusieurs fois pendant votre sommeil ?	1	2	3	4	5

(10) Compte tenu de vos troubles urinaires, comment évaluez-vous actuellement votre qualité de vie ? (entourez la réponse de votre choix)...

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Excellente

Mauvaise

Total : score global : somme des scores aux 10 questions divisé par 10.

Interprétation du score : 1 = correspond à une patiente peu gênée dans ses activités, son psychisme, son sommeil et qui a une excellente qualité de vie. 5 = correspond à une patiente extrêmement gênée dans ses activités, son psychisme, son sommeil et qui a une mauvaise qualité de vie.

ANNEXE 2 : ECHELLE DE MESURE DU HANDICAP URINAIRE

MESURE DU HANDICAP URINAIRE : ECHELLE DE SYMPTOMES

SCORE	0	1	2	3	4	SCORES
IMPERIOSITE MITIONNELLE	absente	délai de sécurité entre 10 et 15 mn. ou caractère immédiatement pressant du besoin d'uriner sans fuite	délai de sécurité entre 5 et 10 mn	délai de sécurité entre 2 et 5 mn	délai de sécurité < 2mn	SCORE IMPERIOSITE FUIITE =
FUIITE URINAIRE PAR IMPERIOSITE	absente	moins d'une fois par mois	plusieurs fois/mois	plusieurs fois/semaine	plusieurs fois/jour	
FREQUENCE MITIONNELLE DIURNE	intervalle mictionnel > 2 h.	intervalle mictionnel de 1h30 à 2h	intervalle mictionnel de 1 h.	intervalle mictionnel de 1/2 heure	intervalle mictionnel < 1/2 heure	SCORE POLLAKIURIE =
FREQUENCE MITIONNELLE NOCTURNE	0 ou 1 miction/nuit	2 mictions/nuit	3-4 mictions/nuit	5-6 mictions/nuit	plus de 6 mictions/nuit	
INCONTINENCE URINAIRE A L'EFFORT	absente	lors des efforts violents (sport, course)	lors des efforts moyens (quinte de toux, éternuement, soulèvement, rire)	lors des faibles efforts (toux isolée, marche accroupissem ent, mouvement brusque)	au moindre changement de position	SCORE FUIITE EFFORT =
AUTRE INCONTINENCE	0	- en gouttes post mictionnelles - énurésie (>1/mois)	- paroxysme émotionnel - énurésie (1/semaine)	- énurésie (plusieurs /semaine)	- fuites permanentes gttes à gttes - énurésie (=1/jour)	SCORE autre FUIITE =
DYSURIE RETENTION	0	- dys attente, terminale	- poussées abdominales - jet haché	- poussées manuelles - miction prolongée, sensation résidu	- cathétérisme	SCORE DYSURIE =

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE ICIQ : **INTERNATIONAL CONSULTATION ON** **INCONTINENCE QUESTIONNAIRE**

Numéro du participant	Initiales du participant	J J M M M A A	
Vous répondez à ce questionnaire le:			
Beaucoup de personnes ont des pertes d'urine de temps en temps. Nous essayons de savoir combien de personnes ont des pertes d'urine et à quel point cela les gêne. Veuillez répondre aux questions suivantes, pensant à votre cas, en moyenne, au cours des QUATRE DERNIÈRES SEMAINES.			
1 Votre date de naissance :		JOUR	MOIS
		ANNÉE	
2 Sexe (cochez la réponse) :			
		Femme ☐	Homme ☐
3 À quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ? (ne cochez qu'une seule réponse)			
		jamais	☐ 0
		environ une fois par semaine au maximum	☐ 1
		deux à trois fois par semaine	☐ 2
		environ une fois par jour	☐ 3
		plusieurs fois par jour	☐ 4
		tout le temps	☐ 5
4 Nous aimerions savoir quelle est la quantité de vos pertes d'urine, selon votre estimation. Quelle est la quantité <u>habituelle</u> de vos pertes d'urine (avec ou sans protection) ? (ne cochez qu'une seule réponse)			
		nulle	☐ 0
		une petite quantité	☐ 2
		une quantité moyenne	☐ 4
		une grande quantité	☐ 6
5 De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)			
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
pas du tout		vraiment beaucoup	
Score de l'ICIQ: ajoutez les scores 3+4+5			
6 Quand avez-vous des pertes d'urine ? (cochez <u>toutes</u> les réponses qui s'appliquent à votre cas)			
		vous ne perdez jamais d'urine ☐	
		vous avez des pertes d'urine avant de pouvoir arriver aux toilettes ☐	
		vous avez des pertes d'urine quand vous tousssez ou éternuez ☐	
		vous avez des pertes d'urine quand vous dormez ☐	
		vous avez des pertes d'urine quand vous avez une activité physique ou quand vous faites de l'exercice ☐	
		vous avez des pertes d'urine quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillé(e) ☐	
		vous avez des pertes d'urine sans cause apparente ☐	
		vous avez des pertes d'urine tout le temps ☐	
Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à ces questions. Copyright © "ICIQ Group"			

ANNEXE 4 : INCONTINENCE IMPACT

QUESTIONNAIRE ET UROGENITAL DISTRESS

INVENTORY

Echelle anglo-saxonne non validée en français :

Vos fuites d'urine (et/ou votre prolapsus), vous perturbent-elles :

1) pour assurer vos corvées ménagères (cuisine, ménage, lavage)	
2) pour effectuer des activités physiques de loisir (marche, natation ou autre exercice) ?	
3) pour avoir des activités de distraction (cinéma, concert, etc ..) ?	
4) pour vos déplacements en voiture ou bus de plus de 30 minutes de votre domicile ?	
5) pour participer aux différentes activités sociales en dehors de votre domicile ?	
6) dans votre état émotionnel (nervosité, dépression) ?	
7) en déterminant un état de frustration ?	

Avez-vous éprouvé, et en ce cas en quelque proportion :

1) de fréquents besoins d'uriner ?	
2) des fuites d'urine précédées d'un besoin urgent d'uriner ?	
3) des fuites d'urine à l'effort, lors d'une activité physique, de la toux, de l'éternuement ?	
4) des petites fuites urinaires en gouttes ?	
5) des difficultés à vider votre vessie ?	
6) des douleurs ou une sensation d' inconfort pelvien ou périnéal ?	

Pour ces deux tableaux ci-dessus, remplir en utilisant la cotation suivante :

- 0 : pas du tout
- 1 : très légèrement
- 2 : moyennement
- 3 : beaucoup

ANNEXE 5 : PAD TEST, EVALUATION QUANTITATIVE DE L'INCONTINENCE URINAIRE

TEST D'INCONTINENCE

DEROULEMENT DU TEST

- le test dure une heure et débute au temps 0 sans que le patient ait uriné.
- temps 0 : mise en place d'un système absorbant préalablement pesé au gramme près.
- pendant les 15 premières minutes, le sujet boit 500 ml d'eau pure et reste allongé.
- pendant les 30 minutes suivantes, le sujet marche, monte et descend des étages.
- durant les 15 minutes suivantes, le sujet doit :
 - passer de la position debout à la position assise 10 fois;
 - tousser vigoureusement 10 fois;
 - courir pendant 1 minute;
 - ramasser 5 petits objets posés au sol;
 - se laver les mains pendant 1 minute dans l'eau courante.
- au terme des 60 minutes, le système absorbant est pesé. Il est demandé au patient d'uriner et le volume recueilli est mesuré.

RESULTAT DU TEST

Perte en grammes = Poids couche avant test – poids couche après test

Valeurs :	< 2 g.	: absence d'incontinence
	2-10 g.	: incontinence modérée
	10-50 g.	: incontinence sévère
	> 50 g.	: incontinence majeure

ANNEXE 6 : TESTING DES MUSCLES RELEVEURS DE L'ANUS

<i>Cotation</i>	<i>Effet</i>	<i>Fatigue</i>
0	Pas de contraction perçue	
1	Contraction très faible, n'entraînant pas de déplacement	
2	Contraction faible, léger déplacement vers le haut et l'avant	2 fois 2 secondes
3	Contraction nette, les doigts sont ascensionnés et réunis sur la ligne médiane	3 fois 3 secondes
4	Résistance modérée vers le bas et l'arrière n'empêchant pas le déplacement dans toute l'amplitude	4 fois 4 secondes
5	Résistance importante, déplacement complet	5 fois 5 secondes

ANNEXE 7 : FICHE DE RECUEIL POUR LES ENTRETIENS AUPRES DES PATIENTES

QUESTIONNAIRE POUR LES ENTRETIENS AVEC LES PATIENTES DE SUITES DE COUCHES

[1] Est-ce votre premier enfant?

Sinon, comment avez-vous accouché pour les premiers ?

[2] Avez-vous déjà eu des fuites urinaires en dehors de la grossesse ?

(Une fois, après un accouchement, régulièrement ?)

Si oui, avez-vous déjà eu l'occasion d'en parler à un professionnel de santé ?

Qui ?

[3] Avez-vous eu des problèmes de fuites urinaires pendant votre grossesse ?

Dans quelles circonstances (ports de charges, en riant, en toussant...) ?

Pour les patientes ayant eu des fuites urinaires pendant la grossesse :

[4] Le sujet a-t-il été évoqué pendant les consultations prénatales ?

a. Si oui ;

- la question a-t-elle été posée spontanément par la sage-femme ?
- avez-vous abordé le sujet de vous-même ?

b. Si non, pour quelles raisons n'en avez-vous pas parlé ?

(Oubli, gêne...)

[5] Si le sujet a été abordé :

- Vous a-t-on proposer quelque chose pendant la grossesse? Pour après la grossesse ?
- Vous a-t-on apporté plus d'informations ?

Pour les patientes n'ayant pas eu de fuites urinaires pendant la grossesse

[6] L'apparition de symptômes urinaires a-t-elle été recherchée durant les consultations prénatales ?

a. Si oui ;

- vous a-t-on simplement posé la question ?
- vous a-t-on donné des informations à ce sujet ?

Pour toutes les patientes

[7] Avez-vous assisté à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ? Quel type ?

[8] Savez-vous ce qu'est le périnée ? Etes-vous capable de verrouiller votre périnée ? (Savez-vous le contracter ?)

[9] Pratiquez-vous un sport de façon régulière ? Lequel ?

[10] Etes-vous de nature constipée ?

**FICHE DE RECUEIL D'INFORMATIONS POUR LES ENTRETIENS AUPRES
DES PATIENTES DE SUITES DE COUCHES**

Numéro de questionnaire :

[11] Parité :

Modalités d'accouchement pour premiers enfants : _____

[12] a. Fuites avant la grossesse ? b. Evoquées ?

a. Oui Non

b. Oui Non : _____

[13] Fuites pendant grossesse :

a. Oui Non

[14] Sujet abordé en consultation prénatale :

a. Oui :

• Par la sage-femme

• Par la patiente

b. Non : _____

[15] Sujet abordé

a. Propositions :

• Oui _____ ; Non

b. Informations

• Oui _____ ; Non

[16] Recherche de symptômes

a. Non

b. Oui :

• Question

• Information

• Les deux

[17] PNP

a. Non

b. Oui : _____

[18] Sport

a. Non

b. Oui : _____

[19] Périnée :

a. Non

b. Oui

[20] Constipation

a. Non

b. Oui

Dans le dossier médical :

A. Age :

B. BMI :

C. Antécédents obstétricaux :

D. Tabagisme :

E. Constipation :

F. Vomissements :

G. Dépistage des symptômes :

- Oui

- Non

H. Prise en charge :

I. Commentaires sur l'état périnéal :

ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE DESTINE AUX SAGES-FEMMES DE CONSULTATIONS

Mlle Cestaro Marina

Etudiante sage-femme en 3^{ème} année d'école à Nancy

Mail : ninazc@hotmail.fr

Bonjour,

Actuellement étudiante sage-femme à l'école de Nancy, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prévention, le dépistage et la prise en charge des incontinences urinaires d'effort pendant la grossesse chez la femme enceinte par la sage-femme. Pour cela, j'aurai besoin de connaître vos pratiques en la matière. Ce questionnaire est anonyme. Il est réalisé en deux parties ; une pour les sages-femmes réalisant des consultations prénatales et l'autre pour celle qui animent des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Les sages-femmes effectuant le deux ont donc deux parties à remplir.

Si vous n'exercez pas en consultations, passez directement à la question N° 10.

Vous êtes sage-femme en consultations :

1. Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?
2. Faites-vous aussi de la rééducation périnéale ?
3. En consultations prénatales, recherchez-vous systématiquement la présence d'une incontinence urinaire d'effort chez les patientes ?

Si oui, à quel moment de la grossesse ?

Si non ;

- Vous le faites selon les cas ; lesquels ?

○ Vous ne le faites jamais.

4. Quels sont, d'après vous, les principaux facteurs de risque d'une incontinence urinaire à l'effort chez la femme enceinte ?

5. Que faites-vous lorsque vous avez connaissance d'une incontinence urinaire à l'effort chez une gestante ?

6. Parlez-vous du périnée en consultations prénatales ?

A quelles patientes ?

Que dites-vous ?

7. Vous arrive-t-il, lors d'un examen vaginal, d'essayer de faire prendre conscience aux patientes de leur périnée ?

Vous animez des séances de préparation à la naissance et à la parentalité :

8. Depuis combien de temps réalisez-vous des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ?
9. Travaillez-vous dans un autre service ? Lequel ?
10. Quel type de préparation proposez-vous ?
11. Lors de vos séances, parlez-vous du périnée ?
12. Si oui, quels supports utilisez-vous pour en parler ?

Panneaux avec schémas

Information orale

Exercices ; quel type ?

Autres ; détaillez :

13. Combien de temps consacrez-vous, approximativement, à ce thème ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire. Je reste disponible par mail pour toute question.

Mlle Cestaro Marina, étudiante sage-femme.

ANNEXE 9 : FICHE D'INFORMATION POUR LA REEDUCATION PERINEALE POST-NATALE



Maternité Régionale
de Nancy

MATERNITÉ RÉGIONALE UNIVERSITAIRE

Pôle de Gynécologie-Obstétrique et Reproduction
Filière de Gynécologie
Secteur d'Urodynamique et Rééducation Périnéale
Téléphone : 03 83 34 43 90

Responsable
de filière :
Dr A. KOEBELE

TROIS QUESTIONS À PROPOS DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

La rééducation périnéale comporte la prise de conscience de son périnée et les moyens de le retonifier.

POURQUOI?

Pour prévenir du prolapsus (appelé «descente d'organes») en particulier au décours d'un accouchement.
Pour prévenir l'incontinence urinaire ou traiter une incontinence urinaire d'effort modérée.

COMMENT?

En tonifiant par une rééducation appropriée les muscles du périnée : ce sont les muscles de l'anus et du vagin qui soutiennent les organes : vessie - utérus - rectum.

QUAND?

A débiter rapidement après l'accouchement si des troubles se manifestent (fuites urinaires ou difficultés à retenir les gaz). Signalez-les à la sage-femme ou au médecin.
A débiter deux mois après l'accouchement s'il n'y a pas de problèmes et cela à titre préventif.
A faire à toutes les périodes de sa vie s'il existe une incontinence urinaire modérée, un début de descente d'organes.

Dans tous les cas, la rééducation périnéale doit être effectuée avant d'entreprendre les exercices abdominaux.

Maternité Régionale A. PINARD
10, rue du Docteur Heydenreich - CS 74213 - 54042 NANCY CEDEX (France)
Téléphone : 03 83 34 44 44

CESTARO Marina

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-Femme

Décembre 2010

Université Henry Poincaré Nancy I

Expert : Mme Duhin Patricia, sage-femme

Directrice de mémoire : Mme Bertrand Murielle, sage-femme enseignante

Titre

L'incontinence urinaire d'effort pendant la grossesse : rôle de la sage-femme dans la prévention, le dépistage et la prise en charge

- Etat des lieux à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy -

Mots clés

Incontinence urinaire, éducation périnéale, préparation à la naissance et à la parentalité, rééducation périnéale prénatale

Résumé

L'incontinence urinaire d'effort touche de nombreuses femmes. Apparue durant la grossesse, elle expose les patientes à un risque d'aggravation dans le futur. Des solutions thérapeutiques existent et peuvent améliorer les symptômes. C'est pourquoi le dépistage anténatal est recommandé, permettant ainsi un suivi des patientes concernées.

L'étude de ce mémoire permet une observation des pratiques des sages-femmes à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy concernant le dépistage mais aussi la prise en charge et la prévention de l'incontinence urinaire au cours de la grossesse.

Le dépistage est globalement peu pratiqué par les sages-femmes effectuant des consultations prénatales. Différents axes de réflexion se présentent pour améliorer l'information des femmes et les mesures de prévention des troubles.

Summary

Urinary stress incontinence affects a lot of women. Appeared during the pregnancy, it lays the patients open to a risk of worsening in future. Solutions exist and can improve the symptoms. That's why antenatal screening is recommended, it permits a follow up to the concerned patients.

The study of this report permits an observation of midwives' practices at the Maternité Régionale Universitaire de Nancy concerning screening but also taking care and prevention of urinary incontinence during the pregnancy.

Taken as a whole, screening is not much applied by midwives who do prenatal consultations. Different axes of thought come to improve the information of women and the preventive measures of disorders.