



HAL
open science

L' incontinence urinaire d'effort et ses facteurs de risques pendant la grossesse : de la création à la diffusion d'un outil de dépistage

Nathalie Dosda

► To cite this version:

Nathalie Dosda. L' incontinence urinaire d'effort et ses facteurs de risques pendant la grossesse : de la création à la diffusion d'un outil de dépistage. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870371

HAL Id: hal-03870371

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870371v1>

Submitted on 14 Dec 2022

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-memoires-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 de Lorraine

École de Sages-Femmes de Metz

*L'incontinence urinaire d'effort et ses facteurs de risques
pendant la grossesse*

De la création à la diffusion d'un outil de dépistage

Mémoire présenté et soutenu par

Nathalie DOSDA

Directeur de mémoire : Anne JACOTOT

sage-femme diplômée d'état

Expert : Bénédicte JOUFFROY

sage-femme diplômée d'état

Promotion 2013-2017

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier chaleureusement Mme Anne JACOTOT, qui par sa patience et son écoute m'a permis d'accomplir ce travail.

Je remercie également Mme Bénédicte JOUFFROY pour son expertise et ses conseils avisés.

A ma mère, pour son amour sans faille. A mon père, pour son amour et sa sagesse. A toi Mathieu pour ton soutien et ta bonne humeur. Merci de m'avoir soutenue, portée et accompagnée tout au long de ces années.

A ma famille, qui grâce à sa présence bienveillante a su m'encourager dans mes choix et dans mes épreuves. A ceux qui ont toujours eu une petite attention, toujours un mot pour me soutenir.

Un grand merci à Agathe, Bénédicte, Léonie et Lucile, vous qui depuis quatre ans enrichissez ma vie de rires, de souvenirs et de joie. Merci pour votre soutien, votre écoute et votre patience.

A vous mes Amandines qui êtes là depuis le début. Vous qui avez traversé les années à mes côtés. Je vous remercie pour votre présence et votre soutien inébranlable.

*« La suprême récompense du travail
n'est pas ce qu'il vous permet de gagner,
mais ce qu'il vous permet de devenir »*

J. RUSKIN

Siglaire

IUE : Incontinence Urinaire d'Effort

FDR : Facteur(s) de risque(s)

CTP : Centre Tendineux du Périnée

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

ICS : International Continence Society

SA : Semaines d'Aménorrhées

PP : Post-Partum

IMC : Indice de Masse Corporelle

HFME : Hôpital Femme Mère Enfant

CHR : Centre Hospitalier Régional

CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| REMERCIEMENTS | 1 |
| SIGLAIRE | 3 |
| SOMMAIRE | 4 |
| INTRODUCTION | 6 |
| PREMIERE PARTIE : | 7 |
| 1. LE PERINEE FEMININ | 8 |
| 1.1 DEFINITION ET RAPPELS ANATOMIQUES | 8 |
| 1.1.1 Le plan superficiel | 9 |
| 1.1.2 Le plan moyen | 9 |
| 1.1.3 Le plan profond | 9 |
| 1.1.4 La suspension périnéale | 11 |
| 1.1.5 L'innervation | 11 |
| 1.2 LE PERINEE PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.. | 11 |
| 1.2.1 L'impact de la grossesse | 11 |
| 1.2.2 L'impact de l'accouchement | 12 |
| 2. LES TROUBLES DE LA CONTINENCE URINAIRE | 14 |
| 2.1 LA CONTINENCE URINAIRE | 14 |
| 2.2 DEFINITION DE L'INCONTINENCE URINAIRE | 14 |
| 2.2.1 L'incontinence urinaire d'effort | 15 |
| 2.2.2 L'incontinence urinaire par hyper-activité vésicale | 16 |
| 2.2.3 L'incontinence urinaire mixte | 16 |
| 2.2.4 Le dépistage de l'incontinence urinaire d'effort..... | 16 |
| 2.3 LES FACTEURS DE RISQUES D'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT | 16 |
| 2.3.1 Les facteurs de risques constitutionnels | 16 |
| 2.3.2 Les facteurs de risques modifiables | 17 |
| DEUXIEME PARTIE | 18 |
| 1. METHODOLOGIE DE RECHERCHE | 19 |
| 1.1 PROBLEMATIQUE | 19 |
| 1.2 OBJECTIFS ET HYPOTHESES | 19 |
| 1.2.1 Objectif principal | 19 |
| 1.2.2 Objectifs secondaires | 20 |
| 1.2.3 Hypothèses | 20 |
| 1.3 SCHEMA D'ETUDE ET OUTILS D'ENQUETE | 20 |
| 1.3.1 Type d'étude | 20 |
| 1.3.2 Population étudiée | 20 |
| 1.3.3 Critères de jugement | 21 |
| 1.3.4 Élaboration des questionnaires | 21 |

| | |
|--|-----------|
| 1.4 DEROULEMENT DE L'ETUDE | 22 |
| 1.4.1 Éthique et réglementation..... | 22 |
| 1.4.2 Budget | 22 |
| 1.4.3 Exploitation des données recueillies | 23 |
| 2. PRESENTATION DES RESULTATS | 23 |
| 2.1 UTILISATION DE L'OUTIL DE DEPISTAGE | 23 |
| 2.2 POPULATION ETUDIEE | 24 |
| 2.2.1 Caractéristiques générales de la population étudiée | 24 |
| 2.2.2 Facteurs de risques obstétricaux | 24 |
| 2.2.3 Facteurs de risques modifiables | 26 |
| 2.3 UTILISATION DU QUESTIONNAIRE SAGE-FEMME | 25 |
| 2.3.1 Taux d'utilisation du questionnaire | 25 |
| 2.3.2 Le point de vue des professionnels | 26 |
| 2.4 LE DEPISTAGE | 27 |
| TROISIEME PARTIE | 29 |
| 1. INTERPRETATION DES RESULTATS | 30 |
| 1.1 TAUX D'UTILISATION DU QUESTIONNAIRE PATIENTES | 30 |
| 1.2 LES FACTEURS DE RISQUE D'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT | 30 |
| 1.2.1 Les facteurs de risques non modifiables | 31 |
| 1.2.2 Les facteurs de risques modifiables..... | 33 |
| 1.3 POSITIONNEMENT DES SAGES-FEMMES | 34 |
| 1.3.1 Positionnement des sages-femmes sur le dépistage | 34 |
| 1.3.2 Positionnement des sages-femmes sur l'outil de dépistage | 35 |
| 2. REPONSES AUX OBJECTIFS ET HYPOTHESES | 36 |
| 2.1 REPONSES AUX OBJECTIFS FORMULES | 36 |
| 2.1.1 Réponse à l'objectif principal | 36 |
| 2.1.2 Réponses aux objectifs secondaires | 36 |
| 2.2 REPONSES AUX HYPOTHESES FORMULEES | 38 |
| 3. DISCUSSION | 38 |
| CONCLUSION | 41 |
| BIBLIOGRAPHIE | 42 |
| TABLE DES MATIERES | 48 |
| ANNEXES | 50 |

INTRODUCTION

La vie d'une femme est faite d'étapes et de changements.

Le périnée féminin est particulièrement impacté par ces changements : les grossesses, les fluctuations hormonales, les habitudes de vie ou le temps lui même peuvent avoir des conséquences sur le périnée féminin comme l'apparition d'une incontinence urinaire d'effort.

Les compétences actuelles des sages-femmes leur permettent d'occuper un rôle clé dans la vie des femmes. Les compétences des sages-femmes concernant le suivi gynécologique de prévention, les consultations de suivi de grossesse, les consultations post-natales et la prise en charge des troubles périnéaux par le biais de la rééducation périnéo-sphinctérienne font de la profession un personnel de premier recours dans la vie des femmes.

Hors, l'incontinence urinaire d'effort reste encore aujourd'hui récurrente. A travers ce travail sont évaluées les possibilités de mise en place d'un outil de dépistage de l'incontinence urinaire d'effort et de ses facteurs de risque, au sein des consultations de suivi obstétrical effectuées par les sages-femmes.

Dans ce travail, nous chercherons à répondre aux objectifs et hypothèses formulées. Pour ce faire, nous aborderons le périnée féminin, l'incontinence urinaire d'effort et les facteurs de risques qui les unissent. Dans la seconde partie de ce travail nous exposerons les résultats de l'étude menée. Enfin, ils seront analysés et interprétés dans une troisième partie.

Première partie

Le périnée féminin et l'incontinence urinaire d'effort

De tout temps, les pratiques obstétricales furent associées aux troubles de la continence urinaire féminine et notamment aux troubles tels que les incontinenances urinaires d'effort. Déjà au 18^e siècle, les premiers récits obstétricaux contaient les liens existant entre les grossesses, les accouchements et les atteintes périnéales. En 1765 Mr Mauquest de la Motte chirurgien accoucheur évoqua la relation de cause à effet entre « la descente de la matrice » et « une grossesse énorme, des travaux longs & pénibles, accouchemen forcés [...] ou des efforts violens »[1]. De plus, Mme Boursier du Coudray, première sage-femme ayant acquis un brevet royal octroyé par Louis XV, décrivait en 1773 la relation entre les pratiques obstétricales et les atteintes périnéales qui en découlent.

Je ne puis dire le nombre de celles qui m'exposèrent leur triste situation, & dont la plupart étoient affligées de relâchement de matrice. Je les fis entrer dans le détail de leurs accouchements, & par le récit qu'elles me firent, je ne pus douter qu'elles n'eussent lieu d'attribuer leurs infirmités à l'ignorance des femmes à qui elles avoient eu recours, ou à celle de quelques Chirurgiens de Village peu expérimentées[2].

Au 20^e siècle, Mr Bonney mit en évidence le lien existant entre l'IUE et les antécédents obstétricaux tels que la multiparité[3]. Au fil des siècles, les connaissances sur les troubles de la continence urinaire et leurs mécanismes de survenue s'enrichissent. Actuellement, les techniques de dépistage, de diagnostic et de prise en charge permettent de traiter ces troubles. A travers cette première partie, ont été décrits les muscles constituant le périnée impactés lors de la grossesse, de l'accouchement, par les pratiques obstétricales et les conséquences sur la continence urinaire féminine.

1. LE PERINEE FEMININ

1.1 DEFINITION ET RAPPELS ANATOMIQUES

Le périnée, aussi appelé plancher pelvien, représentait pour Farabeuf « un infibulum, un entonnoir qui soutient dans sa concavité tous les organes pelviens »[4]. En effet, il s'agit d'un diaphragme constitué de muscles fermant l'excavation pelvienne[5]. Il possède plusieurs fonctions dont le soutien des viscères pelviens, la continence urinaire et fécale mais il a également un rôle clef dans la mobilité des viscères entre eux pour permettre la miction, la défécation, la sexualité et la grossesse et l'accouchement[6-7]. Un cadre osseux et tendineux le délimite.

De plus, il a été défini qu'il existe deux périnées : un périnée antérieur et un périnée postérieur. En effet, une ligne musculo-tendineuse rejoignant les deux ischions marque cette séparation. Le périnée antérieur constitue la sphère uro-génitale comprenant la vessie, l'urètre,

ainsi que l'utérus et le vagin. Tandis que le périnée postérieur constitue la sphère anale avec le rectum et l'anus. Cette ligne musculo-tendineuse va aussi être le point de rencontre des différents muscles périnéaux formant ainsi le centre tendineux du périnée. Outre le périnée antérieur et postérieur, celui-ci est également constitué de trois plans musculaires distincts[5]. Parmi ces trois plans, seuls les muscles ayant un impact majeur dans le mécanisme de la continence urinaire seront développés.

1.1.1 Le plan superficiel

Nous citerons les muscles du plan superficiel mais ils ne seront pas développés car ils n'ont pas d'impact majeur dans les mécanismes de l'IUE.

Le plan superficiel comprend quatre muscles pour sa partie antérieure et un muscle pour sa partie postérieure. Le muscle transverse superficiel, le muscle ischio-caverneux, le muscle bulbo-caverneux et le muscle constrictor de la vulve forment le périnée superficiel dans sa partie antérieure. Le sphincter externe de l'anus forme le périnée superficiel postérieure [5][7-8].¹

Les muscles de la partie antérieure sont recouverts par l'aponévrose périnéale superficielle sous-cutanée.

1.1.2 Le plan moyen

Nous citerons les muscles du plan moyen mais seulement le muscle présentant un impact majeur dans les mécanismes de l'IUE sera développé.

Le plan moyen n'est présent que pour le périnée antérieur et comprend le muscle transverse profond et le sphincter externe de l'urètre. Il est situé entre le fascia supérieur et le fascia inférieur de l'aponévrose moyenne.²

Le sphincter externe de l'urètre [5][7-8] est un manchon musculaire de 20 à 25 mm de hauteur entourant l'urètre. Il est constitué d'une couche circulaire interne et d'une couche externe dont quelques fibres rejoignent le CTP. La fonction de ce sphincter est la continence urinaire exercée par un mécanisme de contraction.

1 Annexe n°1

2 Annexe n°2

1.1.3 Le plan profond

Nous citerons les muscles du plan profond mais seulement le muscle présentant un impact majeur dans les mécanismes de l'IUE sera développé.

Le plan profond du périnée est formé par deux muscles. Le muscle élévateur de l'anus et le muscle coccygien [5][7-8].³

Le muscle élévateur de l'anus [5][7-8] a une place primordiale dans le mécanisme de la continence urinaire. Ce muscle est pair et symétrique : il se divise en une partie interne et une partie externe, elles mêmes se divisant chacune en deux faisceaux.

La partie interne est épaisse, elle trouve son origine sur la symphyse pubienne et se termine au niveau de la paroi anal et de la région recto-vaginale. Elle a pour fonction de tracter le canal anal, le vagin et l'urètre vers l'avant et vers le haut lors de sa contraction permettant ainsi la continence anale et urinaire par une action mécanique. Elle est constituée de deux faisceaux : le faisceau pubo-vaginal et le faisceau pubo-rectal.

- Le faisceau pubo-vaginal du muscle élévateur de l'anus est épais et puissant, il s'insère sur la symphyse pubienne, se prolonge vers le bas et vers l'arrière pour se terminer sur le CTP, cravatant ainsi la face postérieure du vagin.
- Le faisceau pubo-rectal du muscle élévateur de l'anus est le faisceau le plus puissant. Il trouve son origine sur la face postérieure du pubis. Il est constitué de deux faisceaux qui vont se croiser et se réunir derrière le rectum en le cravatant. Il envoie également quelques fibres dans le sphincter externe de l'anus.

La partie externe est mince, elle s'insère au niveau du pubis, passe par les épines sciatiques et se termine sur le coccyx. Elle a une fonction sphinctérienne. Elle est constituée par le faisceau ilio-coccygien et le faisceau pubo-coccygien.

Le faisceau ilio-coccygien s'insère latéralement et sur les épines isciatiques. Il se termine sur les bords latéraux du coccyx et sur le ligament ano-coccygien. Il permet le soutien des organes pelviens et le maintien de la statique pelvienne ainsi que la fermeture de l'excavation pelvienne.

Le faisceau pubo-coccygien du muscle élévateur de l'anus s'insère au niveau de la face postérieure du pubis et se termine sur le coccyx. Il va cravater le rectum, le vagin et l'urètre permettant ainsi lors de sa contraction une traction de ces organes vers l'avant et vers le haut ayant pour conséquence la continence anale et urinaire par une action mécanique.

3 Annexe n°3

1.1.4 La suspension périnéale

La statique pelvienne et le maintien des muscles périnéaux découlent de systèmes ligamentaires et des fascias pelviens. Cinq ligaments ont un rôle majeur dans cet équilibre pelvien : le ligament pubo-vésical, le ligament utéro-vésical, le ligament utéro-sacré, le ligament vésical et le ligament rectal. Ces différents éléments permettent le maintien et la statistique des organes pelviens entre eux.

1.1.5 L'innervation

La majorité de l'innervation périnéale découle du plexus pudendal issu des 2^e, 3^e et 4^e vertèbres sacrées. Le phénomène de continence urinaire est donc en majorité assuré par le nerf pudendal. Cependant, le muscle élévateur de l'anus est également innervé par le 3^e nerf sacral[5].

1.2 LE PERINEE PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

1.2.1 L'impact de la grossesse

Le périnée, de part l'état gravide de la patiente, subit d'importantes variations physiologiques [9].

- Modifications mécaniques [8-9][11]

En dehors de la grossesse, l'utérus non gravide mesure en moyenne 6 cm de longueur, 4 cm de largeur, 2 cm d'épaisseur et il pèse environ 50 grammes. Il est le plus souvent antéversé et son poids s'exerce sur la région ano-coccygienne. Lorsque ce dernier devient gravide, ses dimensions, son poids et sa position varient. En effet, au terme de la grossesse, l'utérus mesurera en moyenne 32 cm de hauteur, 23 cm de largeur et pèsera en moyenne entre 800 et 1200 grammes pour une grossesse singleton. A cela s'ajoutera le poids du fœtus, du liquide amniotique et du placenta. Le poids de l'utérus gravide va solliciter la fente urogénitale. Cette variation anatomique peut à terme induire le début d'une incontinence urinaire par affaissement et fragilisation du plancher pelvien.

- Modifications hormonales [8][11]

Les variations hormonales ont elles aussi un impact sur le périnée et sa fonction. En effet, l'imprégnation hormonale de la grossesse prépare le périnée à l'accouchement. Pour se faire, il va y avoir une élongation des systèmes ostéo-ligamentaires mais également une imprégnation des tissus musculaires permettant un léger relâchement de la sangle périnéale lors de la grossesse. Ce relâchement et cette laxité peuvent favoriser l'apparition des troubles

de la continence urinaire lors de la grossesse par un défaut de soutènement et une diminution de la force musculaire au niveau des muscles périnéaux.

1.2.2 L'impact de l'accouchement sur le périnée

L'accouchement par voie basse peut favoriser la survenue d'une IUE dans le cadre du post-partum. Les risques pour le périnée sont multiples et peuvent être majorés selon le contexte clinique[4][12].

- Les lésions de soutènement vésical [4]

Lors de l'accouchement par voie basse, il existe un risque d'étirement des ligaments pubo-vésicaux par la présentation fœtale pouvant ainsi altérer la statique vésicale. En effet, cet étirement induit un défaut de soutènement de la vessie et du col vésical pouvant se caractériser par une incontinence urinaire d'effort.

- Les neuropathies périnéales [12-18]

L'accouchement par voie basse peut induire une neuropathie atteignant le nerf pudendal. Ces neuropathies périnéales, diagnostiquées par électromyographie, induisent un temps de latence distale augmenté pour le nerf pudendal chez les patientes ayant accouché par voie basse. Il existe différents facteurs favorisant ces neuropathies tels que la multiparité, un travail long, une extraction instrumentale, des lésions périnéales ou un enfant macrosome. Une dénervation sera responsable d'une incontinence urinaire par affaissement du plancher pelvien et/ou par insuffisance sphinctérienne. Cependant, il a été constaté que les troubles consécutifs à une dénervation tendaient à disparaître dans les huit premières semaines du PP pour environ 60% des patientes concernées rendant ainsi ces lésions réversibles.

- Les déchirures périnéales [4][12]

Lors du passage de la présentation fœtale par les voies génitales maternelles, des déchirures périnéales peuvent survenir. Ces déchirures peuvent être classées en différentes catégories. Dans la littérature Francophone, la classification selon MARTIUS prime et décrit quatre catégories de déchirures : les déchirures simples, les déchirures incomplètes, les déchirures complètes et les déchirures compliquées.

Tout d'abord, les déchirures simples sont des déchirures bénignes. Elles sont retrouvées lorsque la lésion atteint la vulve, le vagin, la peau périnéale, le CTP et les muscles périnéaux superficiels. Les déchirures incomplètes comprennent les déchirures atteignant de façon partielle le sphincter anal externe. Les déchirures complètes comprennent une atteinte totale

du sphincter externe de l'anus. Il s'agit alors de déchirures sévères. Lorsque le sphincter anal interne est atteint ainsi que la muqueuse ano-rectale, il s'agit d'une déchirure compliquée.

Les déchirures engendrent une atteinte de l'intégrité tissulaire des muscles périnéaux. Ces atteintes peuvent avoir des conséquences telles qu'une IUE en PP par défaut de soutènement et diminution de la force périnéale.

- L'épisiotomie [12][19-20]

L'épisiotomie est un acte « chirurgical qui consiste à sectionner la muqueuse vaginale et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve et de faciliter l'expulsion du fœtus lors de l'accouchement ».

Actuellement un accord professionnel permet de soutenir le fait que la pratique d'une épisiotomie dépend de la situation clinique analysée par l'opérateur qui la réalise. Les recommandations pour la pratique clinique élaborées en 2005 par le collège national des gynécologues et obstétriciens français ne préconisent pas une utilisation systématique de l'épisiotomie. En effet, sa pratique systématique n'est pas un facteur protecteur lorsque la situation obstétricale présente un risque majoré de lésions périnéales. De plus, sa pratique systématique ne permet pas une prévention des troubles de la continence urinaire dans le cadre du PP.

- Les extractions instrumentales [21-24]

Les extractions instrumentales telles que les ventouses obstétricales, les forceps ou les spatules représentent un risque majoré de lésions périnéales.

Elles représentent un risque de déchirures de type III et de type IV plus important que pour un accouchement eutocique. De plus, le risque des lésions périnéales est augmenté lorsque les instruments sont placés en partie haute, lorsqu'il s'agit d'une présentation céphalique en variété postérieure et lorsqu'il s'agit d'un fœtus macrosome. Cependant, le risque de lésions périnéales diffère entre les différents types d'extractions instrumentales. Le risque de lésions périnéales est plus important lorsqu'il s'agit d'une extraction par forceps plutôt que par ventouse obstétricale. Lorsque l'extraction est difficile avec l'usage successif d'au moins deux instruments, le risque de déchirures est là encore majoré.

A court terme, il est possible d'observer une hématurie simple qui devra rester passagère et guérir spontanément en quelques jours. Dans l'année qui suit l'accouchement, le risque d'incontinences urinaires et de prolapsus génitaux ne semblent pas majorés suite à une extraction instrumentale. Cependant, il existe un risque plus important à long terme de dyspareunies et de douleurs périnéales. Les risques d'IUE sont donc majoritairement dues aux

lésions périnéales découlant des extractions instrumentales plutôt qu'à l'instrument en lui-même.

- La césarienne

La césarienne ne permet pas une protection de la patiente concernant le risque d'IUE dans le PP. En effet, les modifications physiologiques de la grossesse impactent la statique périnéale. De plus, lorsque la césarienne est réalisée en cours de travail elle n'a pas d'effet protecteur sur les lésions périnéales car la présentation fœtale aura tout de même exercé une pression et une compression des muscles périnéaux.

2. LES TROUBLES DE LA CONTINENCE URINAIRE

2.1 LA CONTINENCE URINAIRE

Pour comprendre les différents types d'incontinences urinaires ainsi que leurs mécanismes de survenue, il est important de rappeler les mécanismes physiologiques de la continence urinaire normale.

L'alternance entre miction et continence représente le cycle mictionnel. La continence représente 99,8% du cycle mictionnel : il s'agit d'un phénomène passif. Lors de cette phase, l'urine va s'accumuler dans la vessie qui va se distendre de façon passive et progressive. Pour que la continence puisse se faire, le détrusor ne se contracte pas et la pression intra-vésicale reste stable et basse afin qu'elle soit inférieure à la pression de clôture du sphincter de l'urètre. La miction représente 0,2% du cycle mictionnel, il s'agit d'un phénomène actif et volontaire. La miction va avoir lieu lorsque la capacité vésicale fonctionnelle est atteinte. La miction sera possible grâce à la contraction du détrusor qui va induire une augmentation de la pression intra-vésicale et un relâchement du système sphinctérien. Le cycle mictionnel est soumis au contrôle nerveux volontaire et involontaire [25].

2.2 DEFINITION DE L'INCONTINENCE URINAIRE

L'incontinence urinaire est définie comme étant une perte involontaire et incontrôlable d'urine. Cependant, l'International Continence Society va plus loin dans sa définition de l'incontinence urinaire en 1981 en la définissant comme la « condition dans laquelle la perte involontaire d'urine représente un problème social et hygiénique et est objectivement démontrable ». Cette nouvelle définition fait avancer les choses en incluant la dimension sociale et mesurable de l'incontinence urinaire[10].

De plus, la vie des femmes est ponctuée de périodes pouvant induire un risque majoré d'incontinence urinaire telles que la grossesse et l'accouchement. En effet, environ 30-50% des femmes enceintes 30 semaines d'aménorrhées [36-37] sont touchées par une incontinence urinaire, 45-50% à 36 SA dont 20% pour qui cela provoque une gêne au quotidien[38]. De plus, 15 à 40% des patientes présentent une incontinence urinaire dans les trois mois suivant l'accouchement [30][39][44].

2.2.1 L'incontinence urinaire d'effort

L'IUE est une fuite involontaire et incontrôlable d'urines lors d'efforts tels que la toux, les fous rires, le port de charge ou toute autre activité nécessitant une augmentation de la pression abdominale. Cette incontinence urinaire survient majoritairement dans le cadre la grossesse et du PP.

Elle se classe en trois stades. Le stade 1 est une incontinence très modérée survenant majoritairement lors d'efforts violents tels que la course, la toux ou les éternuements. Le stade 2 est incontinence modérée pouvant survenir à la marche. Et le stade 3 est une incontinence importante pouvant survenir au moindre changement de position[7][27]. Ce phénomène peut être causé par une hyper-mobilité rétro-vésicale et/ou une déficience sphinctérienne. En effet, selon la théorie de De Lancey, la continence urinaire est possible grâce au soutien de l'urètre et du col vésical par le hamac sous-urétral représenté par les muscles du périnée. Ce hamac en plus de la compétence sphinctérienne va permettre le maintien des urines à l'intérieur de la vessie même lorsqu'il existe un effort impliquant une augmentation de la pression abdominale. Lors de l'IUE, il existe une déficience du hamac sous-urétral engendrant ainsi un glissement du col vésical lors des augmentations de pression abdominale. Ce défaut de soutènement va engendrer une hyper-mobilité vésicale empêchant ainsi la continence urinaire lors des efforts. Les IUE peuvent également être causées par un défaut de tonicité sphinctérienne. Lorsque il existe un sphincter urétral faible, les augmentations de pression intra-abdominale ne seront majoritairement modérées que par le plancher pelvien en lui même[26][28-29].

La grossesse et les variations hormonales ainsi que l'augmentation de la pression abdominale favorisent la survenue d'une IUE. De plus, les efforts de poussée, la progression de la présentation, les manœuvres obstétricales, les extractions instrumentales ainsi que les lésions périnéales vont endommager la statique pelvienne favorisant ainsi la survenue d'une IUE.

2.2.2 L'incontinence urinaire par hyper-activité vésicale

L'incontinence urinaire par hyper-activité vésicale est peu fréquente lors de la grossesse et du PP. Elle est causée par une augmentation anormale de la pression intravésicale en dehors de tout besoin de miction. Cette augmentation peut être engendrée par une hyper-contractilité du détrusor ou par une altération des propriétés viscoélastiques de la vessie. Cliniquement cela peut se traduire par des urgenturies associées ou non à une pollakiurie [7][26-29].

2.2.3 L'incontinence urinaire mixte

L'incontinence urinaire mixte est peu fréquente lors de la grossesse et dans le cadre du PP. Elle est décrite comme l'association d'une IUE et une incontinence urinaire par hyper-activité vésicale [26].

2.2.4 Le dépistage de l'incontinence urinaire d'effort

Les compétences de la profession de sage-femme sont définies par l'article L4151-1 du code de la santé publique. « L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse [...] et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant ». De plus, suite à la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 qui stipule que la sage-femme peut réaliser les « consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention » [31-35]. Par conséquent, la sage-femme est habilitée à réaliser un dépistage des troubles de la continence urinaire pendant la grossesse et lors de la consultation post-natale.

2.3 LES FACTEURS DE RISQUE D'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

La survenue d'une IUE peut être majorée par différents facteurs de risques. Ils peuvent être classés en différentes catégories. Tout d'abord les facteurs constitutionnels ne pouvant être modifiables et les facteurs modifiables.

2.3.1 Facteurs de risque constitutionnels

Dans les FDR constitutionnels sont retrouvés l'âge, les antécédents médicaux et chirurgicaux de la patiente, les antécédents ou la présence d'une incontinence urinaire, et les antécédents obstétricaux [25-28][30][32-33][38-39][63-64].

L'âge est un FDR d'IUE. En effet, nous pouvons observer une majoration de la prévalence d'incontinence urinaire chez les patientes de 35 ans et plus [26-28][30][32-33][38-39]. La présence dans les antécédents médicaux et/ou chirurgicaux de la patiente de pathologies pouvant induire un risque majoré d'incontinence urinaire représente un FDR[44-50][52][56-61]. De plus, les patientes atteintes de diabète[51] ainsi que sous traitements anti-psychotiques [62-64] présentent un risque majoré d'IUE. Un antécédent d'incontinence urinaire peut être un FDR de développer à nouveau une IUE [25-28].

2.3.2 Les facteurs de risque modifiables

Les FDR modifiables sont l'indice de masse corporel, les troubles du transit tels que la constipation chronique ainsi que les habitudes de vie.

En effet, lorsque l'IMC d'une patiente, en dehors de la grossesse, est inférieur à 18,5 ou supérieur à 30 celle-ci est plus à risque de développer une IUE [25-28][30][63-64]. Les patientes souffrant de constipation chronique et multipliant les efforts de poussée pour y palier sont plus à risque de développer une IUE[25-28][30]. Les habitudes de vie pouvant être considérées comme des FDR sont : une consommation de café et/ou de thé supérieur à 4 tasses par jour, la pratique régulières et intensives de sport traumatique pour le périnée du fait de l'hyperpression abdominale et des chocs subis par le périnée lors de leur pratique [25-28][30][63-64].

Deuxième partie

Mise en place d'un questionnaire de dépistage de l'incontinence urinaire d'effort et de ses facteurs de risques pendant les consultations de suivi de grossesse.

Suite aux données énoncées dans cette première partie et aux situations cliniques rencontrées lors de mes études de sage-femme, j'ai souhaité réaliser et mettre en place un questionnaire de dépistage de l'IUE et de ses FDR pouvant être utilisé lors des consultations de suivi de grossesse. En effet, j'ai voulu travailler sur ce sujet car cette question reste aujourd'hui taboue et peu abordée. Hors, de nombreuses femmes enceintes sont malgré tout touchées par ce trouble qui peut être prévenu et pris en charge si le sujet a été abordé.

1. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

1.1 PROBLEMATIQUE

Lors de mes différents stages réalisés au cours de mes études de sage-femme, il m'a été donné de rencontrer de nombreuses patientes me confiant à demi-mots leurs troubles de la continence urinaire. J'ai pu croiser ces patientes en anté-partum lors de leurs consultations de suivi de grossesse, lors de consultations aux urgences gynécologiques et obstétricales mais également en service de suites de couches. Pour beaucoup d'entre elles, ces troubles étaient survenus lors de la grossesse. Hors, pour certaines, cela se répétait à chacune de leurs grossesses et elles étaient malgré cela peu informées sur la possible prévention et prise en charge de ces troubles.

De ce constat, il m'était apparu important de dépister et d'informer les patientes concernées. Un questionnement est né: un outil de dépistage de l'IUE et de ses FDR s'inclurait il aisément au sein des consultations de suivi de grossesse réalisées par les sages-femmes ?

1.2 OBJECTIFS ET HYPOTHESES

1.2.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de mettre en place un outil de dépistage de l'IUE et de ses FDR lors des consultations de suivi de grossesse réalisées par les sages-femmes.

1.2.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Évaluer l'intégration de l'outil de dépistage proposé au sein des consultations de suivi de grossesse réalisées par les sages-femmes ;
- Délivrer des informations permettant de prévenir la potentielle apparition d'une IUE lorsqu'il existe des FDR modifiables chez une patiente ;
- Élaborer des axes d'amélioration concernant l'outil de dépistage par les informations recueillies auprès des sages-femmes acceptant de l'utiliser.

1.2.3 Hypothèses

Au cours des situations cliniques rencontrées lors de mes stages et des recherches réalisées concernant le sujet de l'IUE et de ses FDR, différentes hypothèses ont été formulées :

- L'outil de dépistage mis en place s'intègre aisément à la trame des consultations de suivi de grossesse réalisées par les sages-femmes ;
- Les informations délivrées aux patientes présentant des FDR modifiables s'incluront aisément à la trame de la consultation de suivi de grossesse réalisées par les sages-femmes.

1.3 SCHEMA D'ETUDE ET OUTILS D'ENQUETE

1.3.1 Type d'étude

Afin de répondre à la problématique posée, nous avons réalisé une étude de type épidémiologique, analytique, transversale, qualitative et multicentrique. Ce type d'étude nous a permis d'évaluer l'intégration et l'utilisation de l'outil de dépistage par les sages-femmes du bassin Messin lors de cette période d'étude donnée.

1.3.2 Population étudiée

Dans cette étude ont été incluses les patientes respectant les critères d'inclusion préalablement établis et réalisant leur suivi de grossesse auprès des sages-femmes du bassin

Messin. Les patientes ayant accepté de participer à cette étude étaient consentantes et avaient signé un formulaire de consentement leur garantissant la conservation de leur anonymat.

Puis dans un second temps, cette étude porta sur les sages-femmes libérales du bassin Messin et hospitalières, exerçant au sein de l'Hôpital Femme Mère Enfant du Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville.

1.3.3 Critères de jugement

Le critère de jugement principal de cette étude était le taux d'utilisation du questionnaire de dépistage proposé.

Puis ont été étudiés la prévalence de l'IUE et ses FDR dans la population ciblée. Mais également les axes d'améliorations possibles de l'outil de dépistage proposé.

1.3.4 Élaboration des questionnaires

L'outil de dépistage et le questionnaire à destination des sages-femmes ont été élaborés en septembre 2016. Les deux questionnaires utilisés dans notre étude ont été validés par le directeur de mémoire et par l'expert de cette étude et étaient prêts à la diffusion le 4 février 2017.

Le questionnaire de dépistage de l'IUE et de ses FDR comprenait cinq questions qui permettaient d'inclure ou d'exclure les patientes de l'étude réalisée. Puis s'en suivaient huit questions qui permettaient le dépistage d'une possible IUE. Pour finir, dix questions permettaient de dépister les FDR d'IUE⁴.

Ce questionnaire a été élaboré suite à des recherches bibliographiques mais également avec l'aide et l'apport des connaissances de ma directrice de mémoire et de mon experte. De plus, il a tout d'abord été testé sur une vingtaine de femmes de tous âges afin de vérifier la compréhension par les patientes des questions posées mais également dans le but de mesurer le temps moyen de réalisation du questionnaire. Suite à ces différents tests nous pouvions conclure qu'il faudrait en moyenne 3 minutes pour être réalisé.

Le questionnaire à destination des sages-femmes a été élaboré dans le but d'améliorer l'outil de dépistage proposé. Il permet également de connaître le positionnement des sages-

4 Annexe n°4

femmes concernant la place du dépistage de l'IUE et de ses FDR lors des consultations de suivi de grossesse⁵.

1.4 DEROULEMENT DE L'ETUDE

L'outil de dépistage et le questionnaire à destination des sages-femmes ont pu être diffusés le 9 février 2017 au sein de l'HFME du CHR de Metz-Thionville et auprès des sages-femmes libérales du bassin Messin acceptant de participer à cette étude. Le travail d'enquête se déroula du 9 février 2017 au 24 avril 2017 inclus.

Au cours de cette étude, 50 questionnaires de dépistage ont été distribués dans les cabinets libéraux et 50 au sein du service de consultations obstétricales de l'HFME du CHR Metz-Thionville. De plus, un questionnaire à destination des sages-femmes a été distribué et complété à la fin du travail d'enquête. Un formulaire⁶ rappelant l'utilisation de l'outil de dépistage et quelles réponses apporter a été mis à la disposition des professionnels.

1.4.1 Éthique et réglementation

L'étude proposée nécessitait la participation de femmes enceintes majeures. Par conséquent, dans un souci éthique, un formulaire de consentement⁷ leur exposant l'étude, la conservation de leur anonymat et l'utilisation des données récoltées leur avait été donné. Seules les patientes ayant lu et signé ce formulaire ont pu participer à cette étude.

De plus, comme l'étude réalisée nécessitait l'exploitation de données personnelles, un formulaire de recueil de données a été rempli pour cette étude au sein de la CNIL (n° dossier 2053313).

1.4.2 Budget

Cette étude a nécessité l'impression de cent questionnaires de dépistage de deux pages, de cent formulaires d'information et de consentement de deux pages, de douze questionnaires à destination des sages-femmes, de douze formulaires d'explications concernant l'outil de

5 Annexe n°5

6 Annexe n°6

7 Annexe n°7

dépistage et également de douze fiches permettant d'éclairer les patientes chez qui une IUE et/ou des facteurs de risques ont été dépistés. Le coût total de ces impressions fut d'environ 19€.

Afin de faciliter la diffusion de ces questionnaires et des formulaires annexes, il avait été convenu d'envoyer par voie postale ceux destinés aux sages-femmes libérales et de déposer ceux destinés aux sages-femmes hospitalières. Les frais postaux s'élevaient au final à environ 17€.

Le recueil et l'analyse des données ne nécessitant aucun frais, le coût total de cette étude s'élevait à environ 36€.

1.4.3 Exploitation des données recueillies

Les données ont été recueillies, traitées et analysées par une seule personne.

Leur exploitation a nécessité l'utilisation du logiciel Excel.

Leurs analyses a nécessité l'utilisation du test du Khi 2.

2. PRESENTATION DES RESULTATS

Les résultats cités ci-dessous ont été obtenus suite à l'analyse des cents questionnaires.

2.1 UTILISATION DE L'OUTIL DE DEPISTAGE

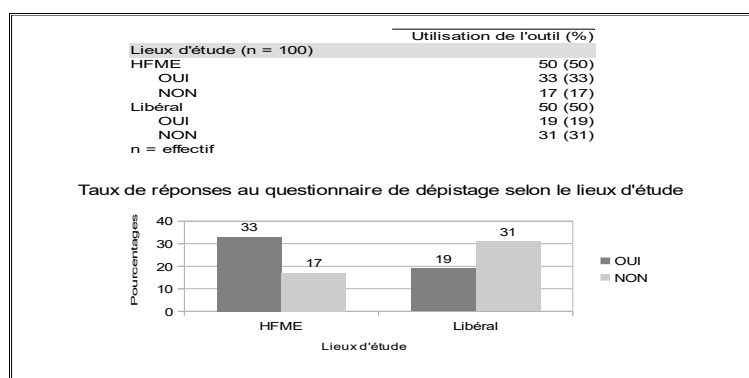


Figure 4 : Taux d'utilisation de l'outil de dépistage selon le lieu d'exercice par les sages-femmes du bassin Messin

2.2 POPULATION ETUDIEE

2.2.1 Caractéristiques générales de la population étudiée

A la fin du travail de recherche, 52 outils de dépistage sur 100 ont été utilisés. Parmi ces 52 patientes, 1 avait moins de 18 ans et 1 présentait dans ses antécédents une incontinence urinaire et/ou anale et/ou aux gaz en dehors du cadre du post-partum⁸. Par conséquent, l'étude portait sur 50 patientes du fait de l'exclusion de ces deux patientes du travail de recherche.

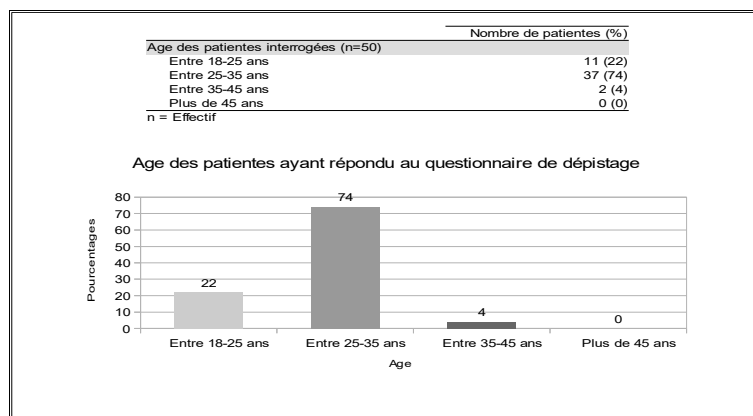


Figure 5 : Age des femmes suivies par des sages-femmes hospitalières ou libérales du bassin et participant à cette étude

2.2.2. Facteurs de risques obstétricaux

| Gestité (n = 50) | | Nombre de patientes (%) |
|------------------|--|-------------------------|
| G0 | | 29 (58) |
| G1 | | 18 (36) |
| G2 | | 3 (6) |
| G3 et plus | | 0 (0) |
| n = Effectif | | |

Tableau 1 : Gestité des patientes interrogées et suivies par des sages-femmes hospitalières ou libérales du bassin Messin

| Parité (n = 49) | | Nombre de patientes (%) |
|-----------------|--|-------------------------|
| P0 | | 30 (61,2) |
| P1 | | 17 (34,7) |
| P2 | | 2 (4,1) |
| P3 et plus | | 0 (0) |
| n = Effectif | | |

Tableau 2: Parité des patientes interrogées et suivies par des sages-femmes hospitalières ou libérales du bassin Messin

| | Nombre de patientes (%) |
|---|-------------------------|
| Extractions instrumentales (n = 19) | |
| OUI | 17 (89,5) |
| NON | 2 (10,5) |
| Lésions périnéales (n = 19) | |
| OUI | 16 (84,2) |
| NON | 3 (15,6) |
| Antécédent d'enfant(s) macrosome(s) (n = 19) | |
| OUI | 2 (10,5) |
| NON | 17 (89,5) |
| n = Effectif | |

Tableau 3: Pourcentage des facteurs de risques obstétricaux chez les patientes interrogées et ayant déjà accouché par voie basse

2.2.3 Facteurs de risques modifiables

Parmi les FDR modifiables sont compris la pratique de sport traumatiques pour le périnée, la consommation d'excitants vésicaux, les troubles du transit et l'IMC.

| | Nombre de patientes (%) |
|--|-------------------------|
| Constipation chronique (n = 50) | |
| OUI | 8 (16) |
| NON | 42 (84) |
| Consommation café/thé > 4/j (n = 50) | |
| OUI | 6 (12) |
| NON | 44 (88) |
| Pratique de sport traumatiques (n = 50) | |
| OUI | 39 (78) |
| NON | 11 (22) |
| Indice de Masse Corporel (n = 50) | |
| IMC < 18,5 | 3 (6) |
| IMC 18,5-30 | 42 (84) |
| IMC > 30 | 5 (10) |
| n = Effectif | |

Tableau 4: Pourcentage des patientes interrogées présentant un ou des facteur(s) de risque(s) modifiables

2.3 UTILISATION DU QUESTIONNAIRE SAGE-FEMME

2.3.1 Taux d'utilisation du questionnaire

Le questionnaire sage-femme avait été distribué aux sages-femmes acceptant de participer à cette étude. 50% des sages-femmes ont répondu à ce questionnaire à la fin de la période d'étude, ce qui leur permet d'avoir leur point de vue de professionnels sur l'outil de dépistage testé.

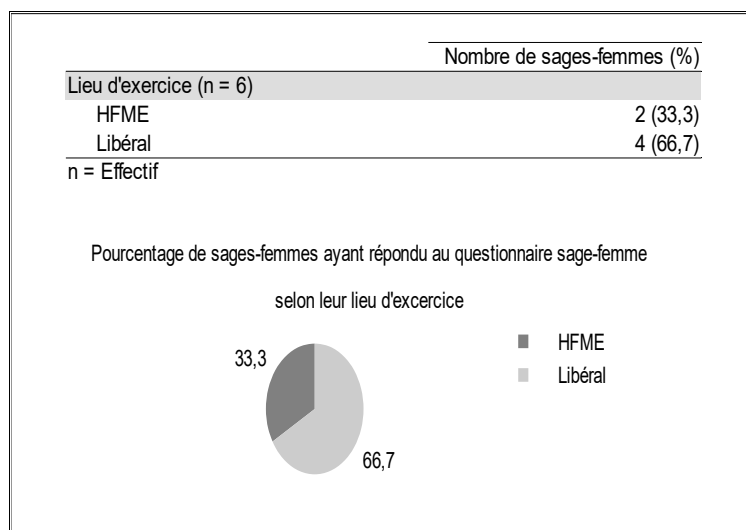


Figure 6 : Taux d'utilisation du questionnaire sage-femme selon le lieu d'exercice

2.3.2 Le point de vue des professionnels

- Difficultés rencontrées

16,7% des sages-femmes interrogées ont eu des difficultés pour intégrer l'outil de dépistage proposé⁹. Dans 50% des cas, la difficulté était dû à un manque de temps lors de la consultation et dans 50% des cas à des problèmes de compréhension de la part des patientes¹⁰.

- Intérêt du dépistage

Pour 100% des sages-femmes ayant répondu au questionnaire leur étant destiné, le dépistage de l'IUE a sa place lors des consultations de suivi de grossesse¹¹.

De plus, la recherche des FDR d'IUE pendant les consultations de suivi de grossesse présentait un intérêt pour 66,7% des sages-femmes ayant répondu au questionnaire¹².

- Améliorations à apporter à l'outil

33,3% des sages-femmes interrogées ont proposé des axes d'améliorations concernant l'utilisation de cet outil de dépistage afin qu'il s'adapte au mieux aux pratiques professionnelles.

9 Annexe n°9

10 Annexe n°10

11 Annexe n°11

12 Annexe n°12

Il a été proposé dans 50% des cas de réaliser un questionnaire court de deux ou trois questions, qui serait proposé lors de la consultation de suivi de grossesse du 6ème mois.

Il a également été proposé dans 50% des cas d'aider la patiente à prendre conscience de son périnée lors de la première consultation à l'aide d'explications et de réaliser un rappel de cette prise de conscience vers le 8ème mois de grossesse.

2.4 LE DEPISTAGE

Parmi les 50 patientes interrogées, 8% d'entre elles présentaient des pertes insensibles d'urine lors de cette grossesse¹³.

Le test de dépistage proposé avait permis de dépister des IUE. Ces IUE étaient classées en différentes catégories en fonction des situations dans lesquelles elles survenaient.

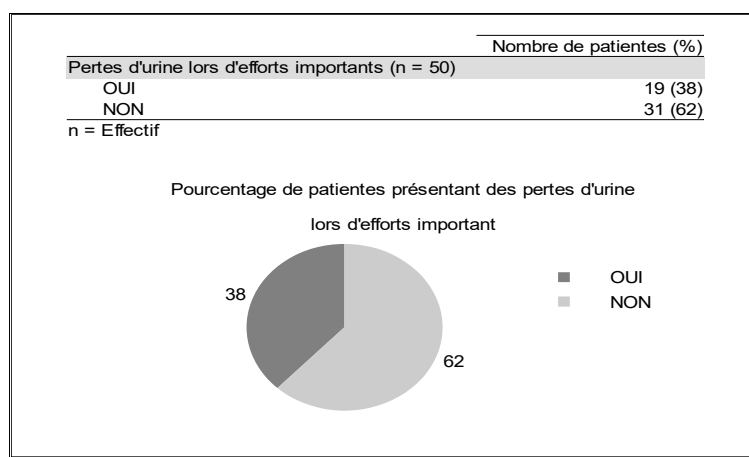


Figure 7 : Pourcentage de patientes suivies par des sages-femmes présentant une incontinence urinaire d'effort de stade 1

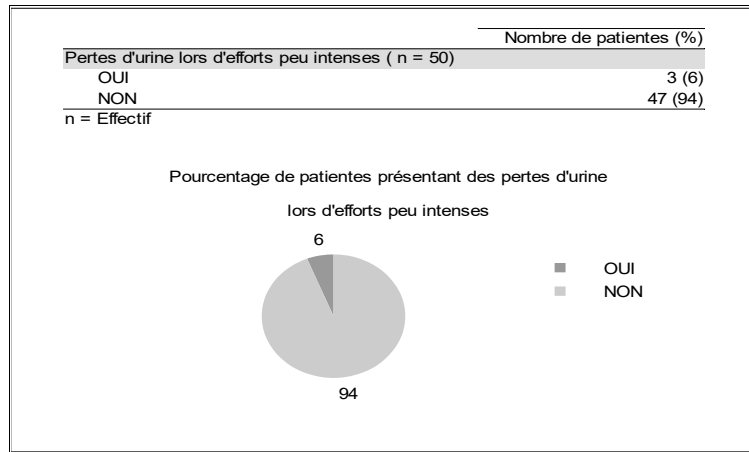


Figure 8 : Pourcentage de patientes suivies par des sages-femmes présentant une incontinence urinaire d'effort de stade 2

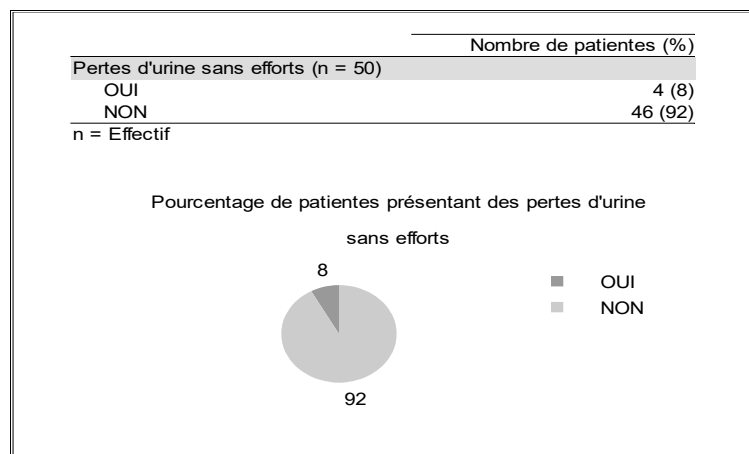


Figure 9 : Pourcentage de patientes suivies par des sages-femmes présentant une incontinence urinaire de stade 3

Par conséquent, 52% des patientes interrogées présentent une IUE dépistée lors de la grossesse. Ces 52% regroupent les IUE de stade 1, de stade 2 et de stade 3.

Troisième partie

Interprétation des résultats et discussion

Cette troisième partie va permettre d'interpréter les résultats obtenus, puis d'ouvrir la discussion.

1. INTREPRETATION DES RESULTATS

1.1 TAUX D'UTILISATION DU QUESTIONNAIRE PATIENTE

L'outil de dépistage mis en place et proposé aux sages-femmes réalisant des consultations de suivi de grossesse avait un taux d'utilisation de 52%. Parmi ces réponses, 63,5% de ces patientes étaient issues des consultations hospitalières et 36,5% d'entre elles des consultations en libéral.

Cependant, cela signifiait que 48% des questionnaires distribués n'ont pas été utilisés. Ce résultat pouvait être assimilé à différentes causes.

La première de ces causes pouvait être le fait que la période d'éligibilité des patientes était entre 22 SA et 32SA. Par conséquent, cela a pu diminué le taux de participation possible à cette étude.

La seconde de ces causes pouvait être la durée limitée de l'étude menée. En effet, le fait que celle-ci ai duré 10 semaines et 3 jours a pu restreindre le nombre de questionnaires remplis.

Il se peut également que les différentes difficultés exprimées concernant l'intégration de cet outil de dépistage aient induit une diminution de l'utilisation de ce questionnaire pour les sages-femmes concernées.

Par conséquent, de nombreux facteurs entraient donc en compte dans le taux d'utilisation de cet outil de dépistage et pouvaient expliquer ce taux de participation de 52% qui restait satisfaisant pour l'étude menée

1.2 LES FACTEURS DE RISQUES D'INCONTINENCE URINAIRE

Afin d'établir s'il existait un lien entre le FDR testé et la survenue d'une IUE lors de la grossesse pour la population étudiée, nous avons posé l'hypothèse H0 « Il n'existe pas de lien entre le FDR testé et la survenue d'une IUE lors de la grossesse ». L'hypothèse H1 était donc « Il existe un lien entre le FDR testé et la survenue d'une IUE lors de la grossesse ».

1.2.1 Les facteurs de risques non modifiables

- L'âge :
 - Dans cette étude, 22% des patientes avaient entre 18 et 25 ans, 74% d'entre elles entre 25 et 35 ans et 4% avaient plus de 35 ans.
 - Nous avons cherché à déterminer si un âge supérieur à 35 ans est un FDR d'IUE pendant la grossesse pour les patientes interrogées dans le cadre de notre étude.
 - Nous pouvions constater que pour notre population d'étude, il n'existait pas de lien entre un âge supérieur à 35 ans et la possible survenue d'une IUE dans le cadre de la grossesse.
 - Hors, les données de la littérature étudiées considéraient un âge supérieur à 35 ans comme un FDR, nous pouvions donc supposer que cette disjonction entre notre étude et les données de la littérature étaient dues à notre population d'étude limitée à 52 patientes.
- Pertes insensibles d'urine :
 - 8% des patientes interrogées dans le cadre de cette étude présentaient des pertes insensibles d'urine.
 - Nous cherchions à déterminer s'il existait un lien entre les pertes insensibles d'urine et la survenue d'une IUE lors de la grossesse.
 - Le test réalisé nous avait permis d'établir pour notre population d'étude un lien entre les pertes insensibles d'urine et la survenue d'une IUE lors de la grossesse.
- Facteurs de risques obstétricaux
 - Gestité :
 - Dans notre population d'étude, pour 58% des patientes il s'agissait de leur première grossesse, pour 36% d'entre elles il s'agissait d'une deuxième grossesse et de la troisième pour 6% des patientes interrogées.
 - Le FDR testé était une gestité supérieure ou égale à 2 afin d'être cohérent avec la population étudiée.
 - Nous avons pu constater que pour la population étudiée, une gestité supérieure ou égale à 2 n'était pas un FDR de survenue d'une IUE lors de la grossesse.

- Parité :
 - Suite à l'analyse de nos résultats nous pouvions compter dans notre population d'étude 61,2% de patientes nullipares, 34,7% de patientes primipares et 4,1% de patientes deuxième-pare.
 - Le FDR testé était une parité supérieure ou égale à 1 afin d'être cohérent avec la population étudiée.
 - Nous avons pu constater avec la réalisation du test du Khi 2 que pour notre population d'étude, une parité supérieure ou égale à 1 n'était pas un FDR de survenue d'une IUE pendant la grossesse.

- Extractions instrumentales :
 - L'analyse des résultats recueillis concernant les patientes ayant déjà accouché par voie basse montrait que 10,5% d'entre elles ont bénéficié d'une extraction instrumentale.
 - Pour la population d'étude observée nous avons défini les antécédents d'extractions instrumentales comme un FDR d'IUE lors de la grossesse.
 - Le résultat du test réalisé avait permis de mettre en évidence un lien entre ce FDR et la survenue d'une IUE lors de la grossesse pour la population étudiée.
 - Ce résultat était cohérent avec les données de la littérature recueillies.

- Lésions périnéales :
 - Parmi les patientes ayant déjà accouché par voie basse dans notre étude, 84,2% d'entre elles présentaient dans leurs antécédents obstétricaux une déchirure périnéale et/ou une épisiotomie.
 - Nous avons défini un antécédent de lésion périnéale comme un FDR de survenue d'une IUE lors de la grossesse.
 - Suite au test effectué pu ainsi constater qu'il n'existait pas de lien entre les lésions périnéales antérieures et la survenue d'une IUE lors de la grossesse.
 - Il existait donc une disjonction entre les résultats obtenus pour la population étudiée lors de ce travail de recherche et les données de la littérature recueillies, nous pouvions donc supposer que cette disjonction entre notre

étude et les données de la littérature étaient dues à notre population d'étude limitée à 52 patientes.

- Macrosome :
 - Parmi les patientes ayant accouché par voie basse interrogées pour cette étude, 10,5% d'entre elles avaient déjà eu un enfant macrosome.
 - Un antécédent d'enfant macrosome était le FDR à tester.
 - Il a été démontré qu'il n'existait pas de lien entre un antécédent d'enfant macrosome et la survenue d'une IUE pendant la grossesse.
 - Il existait donc une discordance entre les résultats obtenus concernant ce FDR pour la population étudiée et les données de la littérature recueillies, nous pouvions donc supposer que cette disjonction entre notre étude et les données de la littérature étaient dues à notre population d'étude limitée à 52 patientes.

1.2.2 Les facteurs de risque modifiables

- Sport :
 - 22% des patientes interrogées au cours de cette étude pratiquaient avant cette grossesse de façon intensive et régulière d'un sport traumatique pour le périnée.
 - La pratique de façon intensive et régulière un sport traumatique pour le périnée avant la grossesse était le FDR à tester.
 - Nous avons pu mettre en évidence un lien entre le FDR étudié et la survenue d'une IUE lors de la grossesse pour la population étudiée.
 - Ce résultat coïncidait avec les données de la littérature recueillies.

- Consommation de café/thé
 - Suite à l'analyse des résultats de notre étude, nous avons pu constater que 12% des patientes interrogées déclaraient consommer plus de 4 cafés/thés par jour.
 - La consommation de plus de 4 cafés/thés par jour était le FDR à tester.
 - Nous pouvions conclure qu'il existait un lien entre cette consommation de café/thé et la survenue d'une IUE lors de la grossesse pour notre population d'étude.

- Ce résultat était donc cohérent avec les données de la littérature recueillies pour la population étudiée.
- Constipation chronique :
 - Dans cette étude 16% des patientes participant à l'étude étaient concernées par la constipation chronique.
 - La présence d'une constipation chronique antérieure à la grossesse était le FDR à tester.
 - Nous avons pu confirmer que pour notre population d'étude, il existait un lien entre la constipation chronique et la survenue d'une IUE lors de la grossesse.
 - Cela induisait une concordance entre les résultats obtenus à partir de la population étudiée et les données de la littérature recueillies.
- IMC :
 - Parmi les patientes ayant répondu au questionnaire de dépistage, 84% d'entre elles avaient un IMC compris en 18,5-25, pour 6% d'entre elles il était inférieur à 18,5 et supérieur à 30 pour 10% des patientes interrogées.
 - Un IMC inférieur à 18,5 ou supérieur à 30 était le FDR à tester.
 - Nous pouvions conclure que pour la population de cette étude, il n'existait pas de lien entre un IMC inférieur à 18,5 ou supérieur à 30 et la survenue d'une IUE lors de la grossesse.
 - Ce résultat ne coïncidait pas avec les données de la littérature recueillies pour la population d'étude de ce travail de recherche. Nous pouvions donc supposer que cette disjonction entre notre étude et les données de la littérature étaient dues à notre population d'étude limitée à 52 patientes.

1.3 POSITIONNEMENT DES SAGES-FEMMES

1.3.1 Positionnement des sages-femmes sur le dépistage

Le dépistage de l'IUE et de ses FDR avait sollicité un intérêt pour les sages-femmes ayant accepté de participer à ce travail d'étude. En effet, 100% des sages-femmes ayant répondu au questionnaire qui leur était destiné déclaraient que le dépistage de l'IUE a sa place au sein des consultations de suivi de grossesse.

Selon les sages-femmes interrogées, le fait d'introduire de façon automatique le dépistage de l'IUE permettait d'ouvrir le dialogue sur ce trouble. La liberté est laissée à la patiente d'aborder ce sujet quand elle le désire au décours d'une consultation ultérieure. De plus, cela permettait de diagnostiquer les IUE et de faire de la prévention concernant l'hygiène de vie.

Les sages-femmes interrogées considéraient pour 66,7% d'entre elles que le dépistage des facteurs de risque d'IUE a sa place lors des consultations de suivi de grossesse.

Selon elles, le fait d'aborder avec les patientes les facteurs pouvant influencer l'apparition d'une IUE permettait pour certaines patientes une prise de conscience concernant la possible éviction ou limitation de ces FDR.

1.3.2 Positionnement des sages-femmes sur l'outil de dépistage

Suite à l'analyse du questionnaire à destination des sages-femmes, des difficultés ont été exposées concernant l'intégration de l'outil de dépistage à la trame des consultations de suivi de grossesse pour 16,7% d'entre elles.

Pour 50% des sages-femmes concernées, la difficulté d'intégration de l'outil de dépistage était liée à son temps de réalisation.

La difficulté d'intégration de l'outil de dépistage à la trame des consultations reposait également sur un défaut de compréhension des questions par les patientes pour 50% des sages-femmes ayant observé des difficultés. Ces difficultés étaient majorées en cas de barrière linguistique.

Nous pouvions ainsi coupler les difficultés rencontrées aux axes d'améliorations proposés par les sages-femmes, afin de proposer un nouvel outil adapté aux conditions d'exercice des sages-femmes du bassin Messin. 33,3% des sages-femmes interrogées avaient proposé des axes d'amélioration concernant cet outil de dépistage afin qu'il s'intègre plus aisément à la trame des consultations de suivi de grossesse.

Pour 50%, il serait préférable de réaliser un questionnaire plus court comprenant deux ou trois questions et que celles-ci soit posées lors de la consultation du 6ème mois de grossesse. Il était également proposé par 50% des sages-femmes qu'une première prise de conscience du périnée par la patiente soit introduite au cours de la première consultation de suivi de grossesse. Cette prise de conscience serait travailler au cours de la consultation du 8ème mois de grossesse. Elle serait accompagnée d'explications concernant le périnée, sa fonction et ses variations physiologiques lors de la grossesse et de l'accouchement.

2. REPONSES AUX OBJECTIFS ET HYPOTHESES

2.1 REPONSES AUX OBJECTIFS FORMULES

2.1.1 Réponse à l'objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de mettre en place un outil de dépistage de l'IUE et de ses FDR lors des consultations de suivi de grossesse réalisées par les sages-femmes.

Suite aux difficultés exprimées par les sages-femmes concernant l'outil, des modifications lui ont été apportées¹⁴.

2.1.2 Réponses aux objectifs secondaires

- « Évaluer l'intégration de l'outil de dépistage proposé au sein des consultations de suivi de grossesse réalisées par les sages-femmes »

Tout d'abord, nous avons évalué le taux d'utilisation de l'outil testé : 52%. Cela nous a donc permis d'avoir un premier regard sur l'intégration de cet outil au sein des consultations de suivi de grossesse.

Cependant, afin d'évaluer l'intégration de l'outil testé, il était nécessaire de coupler cette première analyse aux difficultés rencontrées par les sages-femmes. Les difficultés concernaient 16,7% des professionnels ayant répondu au questionnaire et ces difficultés étaient modifiables.

Nous avons donc pu évaluer l'intégration de cet outil de dépistage au sein des consultations de suivi de grossesse réalisées par des sages-femmes, répondant ainsi à notre premier objectif secondaire.

- « Délivrer des informations permettant de prévenir la potentielle apparition d'une incontinence urinaire lorsqu'il existe des FDR modifiables chez une patiente »

Afin de répondre à cet objectif secondaire, nous avons mis en place une fiche d'utilisation qui avait été remise à chaque sage-femme acceptant de participer à cette étude. Cette fiche leur permettait d'informer les patientes concernant les conséquences possibles liées à la présence de FDR. L'objectif ainsi formulé a donc pu être atteint.

14 Annexe n°14

Cependant, afin de permettre une prise en charge optimale des patientes présentant des FDR d'IUE lors de la grossesse, la diffusion d'une fiche explicative à destination de la patiente pourrait être envisagée en complément des informations délivrées par la sage-femme¹⁵.

- « Élaborer des axes d'amélioration concernant l'outil de dépistage par les informations recueillies auprès des sages-femmes acceptant de l'utiliser »

L'étude des réponses apportées par le questionnaire sage-femme nous a permis d'élaborer des axes d'amélioration pour que l'outil de dépistage testé corresponde au mieux aux attentes des professionnels susceptibles de l'utiliser.

Tout d'abord, il avait été proposé d'introduire lors de la première consultation du suivi de grossesse une discussion visant à sensibiliser la patiente sur le périnée féminin, sa fonction et ses modifications. Cette information pourrait être également renouvelée lors de la consultation du 8ème mois.

De plus, nous avons fait le choix de restreindre ce nouveau questionnaire à une question concernant le dépistage de l'IUE pendant la grossesse afin que son temps de réalisation soit diminué. Le dépistage pourrait être condensé dans la question : « Vous arrive-t-il d'avoir des pertes urinaires en toussant, en riant, en marchant ou en étant assise ? »

Nous pouvons également proposer 3 questions permettant de dépister les FDR non identifiés pendant l'anamnèse réalisée lors de la constitution du dossier médical. Ce dépistage pourrait être condensé dans ces questions « Étiez vous sujette à la constipation chronique avant le début de cette grossesse ? Avant cette grossesse, pratiquiez-vous un sport tel que la course à pied, le fitness, le hand-ball de façon régulière et intensive ? Consommez-vous plus de 4 cafés ou thés par jour ? ». L'outil de dépistage ainsi modifié pourrait être réalisé lors de la consultation du 6ème mois de grossesse. Le choix d'introduire un outil de dépistage de l'IUE et de ses FDR est intéressant car c'est à cette période que débutent les IUE liées à la grossesse. Cette période est donc la plus propice au dépistage du fait de l'imprégnation hormonale et des variations physiques physiologiques de la grossesse.

15 Annexe n°15

2.2 REPONSES AUX HYPOTHESES FORMULEES

- Hypothèse n°1

La première hypothèse formulée dans le cadre de cette étude était « L'outil de dépistage mis en place s'intègre aisément à la trame des consultations de suivi de grossesse réalisées par les sages-femmes ».

Le fait que nous retrouvions un taux d'utilisation satisfaisant pour l'outil de dépistage proposé au sein de l'étude et que le taux de difficultés rencontrées par les sages-femmes concernant l'intégration de cet outil soit limité à 16,7% nous permettait de valider cette première hypothèse.

- Hypothèse n°2

La seconde hypothèse formulée pour cette étude était « Les informations délivrées aux patientes présentant des FDR modifiables s'incluront aisément à la trame de la consultation de suivi de grossesse réalisées par les sages-femmes ».

Suites aux réponses recueillies par le questionnaire à destination des sages-femmes concernant les axes à améliorer pour l'outil proposé, aucune des propositions soumises concernait les informations à délivrer aux patientes présentant des facteurs de risques d'IUE. Par conséquent, nous pouvions valider la seconde hypothèse formulée dans le cadre de cette étude.

3. DISCUSSION

L'étude réalisée comporte également des points faibles et des points forts ayant eu des conséquences sur le déroulement de ce travail.

Différentes faiblesses peuvent être évoquées concernant l'étude menée.

Tout d'abord, l'étude est à petite échelle ce qui peut induire un biais. Le nombre limité de patientes participant à l'étude peut ainsi expliquer certaines disjonctions entre les résultats obtenus pour notre population d'étude et les données de la littérature.

De plus, la proximité géographique des sages-femmes et des patientes incluses dans cette étude peut induire différents biais.

En effet, les sages-femmes interrogées exercent toutes au sein du bassin Messin. Cela pourrait induire des similitudes concernant les pratiques professionnelles. Notamment, si elles ont été formées au sein de la même école de sage-femme.

La limite géographique au bassin Messin peut avoir limité le nombre de patientes participant à l'étude.

Cependant, il se peut que l'outil à tester n'ait pas été proposé à toutes les patientes entre 22 et 32 SA. Cela pourrait expliquer le nombre de patientes incluses dans cette étude.

Les critères d'inclusion restreints peuvent être considérés comme un point faible. Nous avons délibérément choisi de tester l'outil de dépistage exclusivement sur des patientes entre 22 SA et 32 SA. En effet, le fait de limiter le dépistage de l'IUE et de ses FDR aux patientes entre 22 SA et 32 SA a pu restreindre le nombre de réponses possibles pour cette étude. Cependant, ce choix a été fait ainsi car la période entre 22 et 32 SA est la plus propice au dépistage de l'IUE et de ses FDR du fait des variations physiologiques de la grossesse et de l'imprégnation hormonale. De plus, ce terme permettait également aux sages-femmes de pouvoir prévenir l'apparition d'une IUE en délivrant des informations sur les FDR modifiables et d'orienter les patientes quand cela était nécessaire.

Lors de la réalisation de cette étude, différents points forts ont pu être observés.

Nous pouvons souligner le taux de participation de la part des sages-femmes libérales et hospitalières. Les réponses et les axes d'améliorations recueillis, par le biais du questionnaire à destination des professionnels, représentent également un des points forts de cette étude.

Un des points forts de ce travail de recherche a été la collaboration instaurée entre les différents professionnels. Cette collaboration a permis la mise en place d'un outil de dépistage le plus cohérent possible avec les pratiques professionnelles et les conditions d'exercice des sages-femmes du bassin Messin.

Le fait que l'étude ait eu lieu sur le bassin Messin a été également un point fort de cette étude car cela a permis d'avoir un état des lieux de l'intérêt des sages-femmes concernant le dépistage de l'IUE et de ses FDR.

L'analyse des résultats de l'étude menée ainsi que les données de la littérature, recueillies et évoquées lors de la première partie nous ont permis de démontrer l'importance du dépistage de l'IUE et de ces FDR pendant la grossesse.

Un outil a été élaboré afin de répondre aux attentes des professionnels. Il pourrait être proposé lors de la consultation du 6ème mois de grossesse cependant une prise de conscience et un dialogue pourront être introduits dès l'entretien pré-natal précoce. Cet outil sera condensé en 4 questions. Il sera également accompagné d'une fiche à destination des patientes afin de leur délivrer des informations complémentaires si des FDR ont été dépistés si la sage-femme le souhaite.

Les résultats obtenus par cette étude ne coïncidaient pas toujours avec les données de la littérature. Ils nous ont quand même permis de mettre en évidence le lien existant entre les FDR modifiables et la survenue d'une IUE lors de la grossesse. Ce constat pourrait nous permettre de mettre en place une prévention de l'IUE. Celle-ci serait axée sur les FDR modifiables, lors des consultations obstétricales réalisées par les sages-femmes. En effet, les sages-femmes pourraient ainsi être garantes du bien être périnéale des femmes en effectuant de la prévention.

CONCLUSION

Pour conclure, nous avons pu constater qu'un outil de dépistage de l'incontinence urinaire d'effort et de ses facteurs de risque s'intègre aisément et a sa place au sein des consultations de suivi de grossesse réalisées par les sages-femmes.

Suite au travail d'étude effectué, un nouvel outil de dépistage peut être proposé aux sages-femmes souhaitant poursuivre le dépistage de l'incontinence urinaire d'effort et de ses facteurs de risque lors de la grossesse. Ce nouvel outil a été créé afin de correspondre au mieux aux pratiques professionnelles des sages-femmes hospitalières et libérales du bassin Messin.

De plus, nous avons pu observer quels étaient les facteurs de risque d'incontinence urinaire d'effort retrouvés au sein de la population étudiée. Cela nous a également permis de confronter les résultats obtenus aux données de la littérature recueillies. Ainsi, nous avons pu observer que les facteurs de risques d'incontinence urinaire d'effort pour la population étudiée étaient liés aux habitudes de vie pour notre population étudiée. Cette incontinence urinaire d'effort était en lien avec la pratique de sports traumatiques pour le périnée, la consommation importante de café/thé et la constipation chronique.

La place de professionnel de premier recours qu'occupent les sages-femmes leur permet un travail de dépistage et de prévention. Un dépistage de l'incontinence urinaire d'effort et de ses facteurs de risque lors de la grossesse permettrait également d'orienter la patiente afin que son IUE soit prise en charge. Hors, l'incontinence urinaire d'effort et les facteurs de risque qui lui sont associés restent encore malgré tout un sujet complexe à aborder. Cependant l'investissement des sages-femmes interrogées concernant le dépistage de ce trouble nous autorise à penser qu'un dialogue entre les professionnels et les patientes est possible permettant ainsi une prise en charge optimale des gestantes.

De plus, suite à ce travail et aux outils de dépistages proposés, nous pouvons nous interroger : une prévention des facteurs de risques modifiables permettrait-elle à long terme de diminuer la prévalence des incontinences urinaires d'effort lors de la grossesse ?

BIBLIOGRAPHIE

[1] : Mauquest de la Motte G. Traité complet des accouchemens naturels, non naturels et contre nature. Vol 2 ; chap XII ; p147. Paris : Laur.-CH D'Houry, 1765

[2] : Du Coudray AM. Abrégé de l'art des accouchements. Châlons-sur-Marne : Bouchard, 1773

[3] : Bonney V. On diurnal incontinence of urine in women. J Obstet Gynaecol Br Emp 1923;30:358-65.

[4] : Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. Masson. 6e ed. Paris;2011.

[5] : Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 dec [consulté le 20/01/2017]. Disponibilité sur internet : <<http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/perinee/site/html/cours.pdf> >

[6] : ANAES. Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à données l'exclusion des affections neurologiques, 2010 fev

[7] : Collège National des Sages-Femmes. Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi périnéale, 2014 [consulté le 20/01/2017]. Disponibilité sur internet : <http://cnsf.asso.fr/rubrique03/guide_reeducation_pp/files/assets/common/downloads/publication.pdf>

[8] : Riteau AS. Le périnée féminin de la superficie à la profondeur [Mémoire pour le certificat d'anatomie, d'imagerie et de morphogenèse]. Nantes : laboratoire d'anatomie de la faculté de médecine de Nantes ; 2003 [consulté le 22/01/2017]. Disponibilité sur internet: <http://iconographie.sante.univ-nantes.fr/gestilab1/components/com_booklibrary/ebooks/Riteau%20A-S.pdf>

[9] : Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. L'utérus gravide. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 mar [consulté le 20/01/2017]. Disponibilité sur internet : <<http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/uterusgravide/site/html/cours.pdf>>

[10] : Haab F, Amarenco G, Coloby P et al. Terminologie des troubles du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. Prog Urol 2004;14(6):1103-11.

[11] : Couchot A. Rééducation périnéale du post-partum : Etude comparative entre biofeedback et travail manuel [Mémoire de fin d'études de sage-femme]. Bourg en Bresse : UFR Médecine Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux ; 2015 [consulté le 12/02/2017]. Disponibilité sur internet: <file:///C:/Users/Nanou/Downloads/Msfb_2015_COUCHOT_Amaryllis.pdf>

[12] : Collège National des Gynécologues Obstétriciens. Recommandations pour la Pratique Clinique : l'épisiotomie, 2005 nov [consulté le 25/02/2017]. Disponibilité sur internet : <http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2005/conf2005/020/>

[13] : Amarenco G, Le Cocquen A, Bosc S. Incontinence urinaire à l'effort de la femme et troubles génito-sexuels. Etude de 35 cas. Progrès en Urologie 1996 ; 6, 913-9 [consulté le 25/04/2017]. Disponibilité sur internet : <<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/1996/PU-1996-00060913/TEXF-PU-1996-00060913.PDF>>

[14] : Labat JJ, Lefort M. Le concept de neuropathie périnéale d'étirement [consulté le 25/04/2017]. Disponibilité sur internet:<<http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/7133.pdf>>

[15] : Snooks SJ, Setchell M, Swash M, Henry MM. Injury to the innervation of the pelvic floor sphincter musculature in childbirth. Lancet 1984 ; 2 : 546-50.

[16] : Allen RE, Hosker GL, Smith ARB, Warrell DW. Pelvic floor damage and childbirth : a neuro-physiological study. Br J Obstet Gynecol 1990 ; 97 : 770-9.

[17] : Sultan AH, Kamm M, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labour. Prospective study before and after labour. Br J Obstet Gynecol 1994 ; 101 : 22-6.

[18] : Labat JJ, Lefort M. Le concept de neuropathie périnéale d'étirement. Correspondances en pelvi-périnéologie 2003; vol 3, n°1

[19] : Larousse. Définition épisiotomie consulté le [25/02/2017]. Disponibilité sur internet: <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9pisiotomie/30507>>

[20] : Collège National des Gynécologues Obstétriciens. Recommandations pour la Pratique Clinique : l'épisiotomie, 2005 consulté le [27/02/2017]. Disponibilité sur internet: <http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/ACCUFRST.HTM>

[21] : Vintejou E, Flandrin A, Clarivet B et al. Lésions périnéales sévères liées à une extraction foetale par spatules. Quels facteurs de risques ?. J Obstet Gynecol 2012 fev ; 41 : 69-75.

[22] : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique Extractions instrumentales, 2008 consulté le [27/02/2017]. Disponibilité sur internet: <http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/081204RPC_extractions.pdf>

[23] : Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Extractions instrumentales par forceps et spatules. Université médicale virtuelle francophone ; 2014 consulté le [27/02/2017]. Disponibilité sur internet: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/extractions_forceps/site/html/cours.pdf>

[24] : Provansal M, Bretelle F, Bannier M et al. Symptômes urinaires après extraction instrumentale par spatules de Thierry au cours du premier accouchement. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2007 nov; 35 : 1111-6

[25] : Gaillet S, Karsenty G. LE BILAN URODYNAMIQUE : POUR QUI ? POUR QUOI ? COMMENT ?. Prog Urol ; 2010, 20 : 827-31

[26] : Saussine C. L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA FEMME. Prog Urol, 2009 ; 19, 4, 279-284

[27] : Ameli. Incontinence urinaire. Consulté le [27/02/2017]. Disponibilité sur internet: <<http://www.ameli-sante.fr/incontinence-urinaire/definition-incontinence-urinaire.html>>

[28] : Perrouin-Verbe MA, Phé V. INCONTINENCE URINAIRE DE L'ADULTE ET DU SUJET ÂGÉ. Association Française d'urologie. Consulté le [27/02/2017]. Disponibilité sur internet: <<http://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/incontinence-urinaire.html>>

[29] : Ballanger P. Epidémiologie de l'incontinence urinaire chez la femme. Progrès en Urologie ; 2005, 15 : 1322-1333. Consulté le [27/02/2017]. Disponibilité sur internet: <<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2005/PU-2005-00151322-6-1/TEXF-PU-2005-00151322-6-1.PDF>>

[30] : Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens . Université médicale virtuelle francophone ; 2011 mar consulté le [01/03/2017]. Disponibilité sur internet: <<http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/troublesperineo/site/html/cours.pdf>>

[31] : Cortesse A, Cardot V. RECOMMANDATION POUR L'EVALUATION CLINIQUE D'UNE INCONTINENCE URINAIRE FEMININE NON NEUROLOGIQUE. Prog Urol. 2007 ; 17:1242-1251, [consulté le 28/09/16]. Disponibilité sur Internet : <<http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/recommandations-pour-levaluation-clinique-dune-incontinence-urinaire-feminine-non-neurologique.html>>

[32] : De Tayrac R, Letouzey V, Triopon G et al. Diagnostic et évaluation clinique de l'incontinence urinaire féminine. JGYN. 2009 Dec ; 38(8S1) : 153-165, [consulté le 28/09/16]. Disponibilité sur Internet : <<http://www.em-consulte.com/en/article/238760>>

[33] : ANAES. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. 2003 mai [consulté le 28/09/16]. Disponibilité sur Internet : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire1_2006_12_01_10_19_53_15_7.pdf>

[34] : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique Recommandations pour la Pratique Clinique ; 2009 [consulté le 28/09/16]. Disponibilité sur Internet : <http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC%20INCONTINENCE_2009.pdf>

- [35] : Code de la Santé publique. Les compétences générales des sages-femmes ; 2015 consulté le [01/03/2017]. Disponibilité sur internet: <<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Comp%C3%A9tences-g%C3%A9n%C3%A9rales-des-sages-femmes.pdf>>
- [36] : Faltin DL. Epidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. JGYN ; 2009, 12.
- [37] : Battut A. Incontinence urinaire et prolapsus, quelle prévention en anté-partum ? 2010
- [38] : Aubin I. Incontinence urinaire du post-partum : l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement. La revue Exercer ; 2066 mar/avr ; 77:40-4
- [39] : Deffieux X, Thubert T, Demoulin G. Incontinence urinaire de la femme enceinte. La revue du praticien ; 2011 sep, 61
- [40] : Hugot S. Le vécu de rééducation périnéale des femmes en post-partum Une étude qualitative par 14 entretiens individuels [thèse médecine générale]. Paris : Université Denis Diderot Faculté de Médecine ; 2011:7-17
- [41] : Lecomte D. Rapport 2003 : aides techniques aux personnes handicapées : situation actuelle, données économiques, proposition de classification et de prise en charge. consulté le [01/03/2017]. Disponibilité sur internet: <http://archies.handicap.gouv.fr/point_presse/rapports/lecomte/part2.pdf>
- [42] : Bougon A. Incontinence urinaire pendant la grossesse : prévention et dépistage par la sage-femme. Rouen 1966
- [43] : De Gasquet B. Périnée arrêtons le massacre !. 2013 juil
- [44] : Denys P, Soler JM, Fatton B et al. Prise en charge des patients ayant une vessie neurologique en France : une enquête du groupe d'étude de neuro-urologie de langue française (GENULF). Prog Urol. 2012 Sept 22 ; 22 : 540-8.
- [45] : Association Française d'Urologie. TUMEURS DE LA VESSIE. 2011 Mar 12, [consulté le 22/09/16]. Disponibilité sur Internet : <<http://urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/tumeurs-de-la-vessie-1.html>>
- [46] : Association Française d'Urologie. CANCER DE LA VOIE EXCRETRICE DU HAUT APPAREIL URINAIRE. 2011 Mar 8, [consulté le 22/09/16]. Disponibilité sur Internet : <<http://urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/cancer-de-la-voie-excretrice-du-haut-appareil-urinaire.html>>
- [47] : Association Française d'Urologie. CANCER DU REIN. 2011 Fev 18, [consulté le 28/09/16]. Disponibilité sur Internet : <<http://urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/cancer-du-rein.html>>

[48] : Association Française d'Urologie. CORTICOSSURENALOME. 2011 Mar 8, [consulté le 22/09/16]. Disponibilité sur Internet : <<http://urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/corticosurrenalome.html>>

[49] : Urologique. Prolapsus / Incontinence urinaire. 2016 Mai 13, [consulté le 22/09/16]. Disponibilité sur Internet : <http://www.urologique.fr/UROlogique/Prolapsus_Incontinence.html>

[50] : Grima F, Chartier Kastler E, Ruffion A. Prise en charge chirurgicale des lithiases vésicales sur vessie neurologique. Prog Urol. 2007 ; 17 : 465-9.

[51] : Chartier Kastler E, Averous M, Barrou B et al. Diabète et troubles mictionnels. Prog Urol. 2000 ; 10 : 14-23.

[52] : Société canadienne de la sclérose en plaques. Troubles urinaires et sclérose en plaques Guide pour les personnes atteintes de sclérose en plaques. 2012, [consulté le 22/09/16]. Disponibilité sur Internet : <<https://scleroseenplaques.ca/fr/pdf/vessie-SP.pdf>>

[53] : Pasquali N. Les troubles urinaires et vésicaux induits par les médicaments. [Thèse de Doctorat d'Université, Pharmacologie]. Grenoble : Université Joseph Fourier Faculté de Pharmacie ; 1998 [consulté le 22/09/16]. Disponibilité sur internet : <<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00592327/document>>

[54] : Drake MJ, Nixon PM, Crew JP. Drug-Induced Bladder and Urinary Disorders, Incidence, Prevention and Management. Drug Safety 1998 Jul; 19 : 45-55

[55] : Marshall HJ, Beevers DG. Alpha-Adrenoceptor blocking drugs and female urinary incontinence: prevalence and reversibility. British Journal of Clinical Pharmacology 1996, Oct; 42: 507-509.

[56] : Association Française d'Urologie. BANDELETTE TOT POUR CURE D'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT CHEZ LA FEMME. 2012 Mai, [consulté le 22/09/16]. Disponibilité sur Internet : <<http://urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/bandelette-tot-pour-cure-dincontinence-urinaire-deffort-chez-la-femme.html>>

[57] : Association Française d'Urologie. BANDELETTE TVT POUR CURE D'INCONTINENCE CHEZ LA FEMME. 2012 Mai, [consulté le 22/09/16]. Disponibilité sur Internet : <<http://urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/bandelette-tvt-pour-cure-dincontinence-urinaire-deffort-chez-la-femme.html>>

[58] : Association Française d'Urologie. CYSTECTOMIE PARTIELLE POUR TUMEUR DE LA VESSIE. 2012 Mai, [consulté le 22/09/16]. Disponibilité sur Internet: <<http://urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/cystectomie-partielle-pour-tumeur-de-la-vessie.html>>

[59]: Association Française d'Urologie. DERIVATION URINAIRE CUTANEE CONTINENTE. 2014, [consulté le 22/09/16]. Disponibilité sur Internet : <<http://urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/derivation-urinaire-cutanee-continente.html>>

[60]: Association Française d'Urologie. PROLAPSUS (CURE PAR VOIE VAGINALE). 2012 Mai, [consulté le 22/09/16]. Disponibilité sur Internet:<<http://urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/prolapsus-cure-par-voie-vaginale.html>>

[61]: Association Française d'Urologie. PROLAPSUS GENITAL : CURE PAR PROMONTOFIXATION COELIOSCOPIQUE. 2012 Mai, [consulté le 22/09/16]. Disponibilité sur Internet : <<http://urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/prolapsus-genital-cure-par-promontofixation-coelioscopique.html>>

[62]: Peyrat L, Haillot O, Bruyere F. PRÉVALENCE ET FACTEURS DE RISQUE DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA FEMME JEUNE. Prog Urol ; 2002, 12 : 52-59 [consulté le 22/09/16]. Disponibilité sur Internet : <<http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/prevalence-et-facteurs-de-risque-de-lincontinence-urinaire-chez-la-femme-jeune.html>>

[63]: Conquy S. INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT : LES FEMMES À RISQUE. Progrès FMC ; 2010, 20 : 58-60

[64]: Canadian Women's Health Network. L'incontinence urinaire : Les facteurs de risque. [consulté le 22/09/16]. Disponibilité sur Internet : <<http://www.cwhn.ca/fr/UrinaireRisques>>

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| REMERCIEMENTS | 1 |
| SIGLAIRE | 3 |
| SOMMAIRE | 4 |
| INTRODUCTION | 6 |
| PREMIERE PARTIE : | 7 |
| 1. LE PERINEE FEMININ | 8 |
| 1.1 DEFINITION ET RAPPELS ANATOMIQUES | 8 |
| 1.1.1 Le plan superficiel | 9 |
| 1.1.2 Le plan moyen | 9 |
| 1.1.3 Le plan profond | 9 |
| 1.1.4 La suspension périnéale | 11 |
| 1.1.5 L'innervation | 11 |
| 1.2 LE PERINEE PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.. | 11 |
| 1.2.1 L'impact de la grossesse | 11 |
| 1.2.2 L'impact de l'accouchement | 12 |
| 2. LES TROUBLES DE LA CONTINENCE URINAIRE | 14 |
| 2.1 LA CONTINENCE URINAIRE | 14 |
| 2.2 DEFINITION DE L'INCONTINENCE URINAIRE | 14 |
| 2.2.1 L'incontinence urinaire d'effort | 15 |
| 2.2.2 L'incontinence urinaire par hyper-activité vésicale | 16 |
| 2.2.3 L'incontinence urinaire mixte | 16 |
| 2.2.4 Le dépistage de l'incontinence urinaire d'effort..... | 16 |
| 2.3 LES FACTEURS DE RISQUES D'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT | 16 |
| 2.3.1 Les facteurs de risques constitutionnels | 16 |
| 2.3.2 Les facteurs de risques modifiables | 17 |
| DEUXIEME PARTIE | 18 |
| 1. METHODOLOGIE DE RECHERCHE | 19 |
| 1.1 PROBLEMATIQUE | 19 |
| 1.2 OBJECTIFS ET HYPOTHESES | 19 |
| 1.2.1 Objectif principal | 19 |
| 1.2.2 Objectifs secondaires | 20 |
| 1.2.3 Hypothèses | 20 |
| 1.3 SCHEMA D'ETUDE ET OUTILS D'ENQUETE | 20 |
| 1.3.1 Type d'étude | 20 |
| 1.3.2 Population étudiée | 20 |
| 1.3.3 Critères de jugement | 21 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1.3.4 | Élaboration des questionnaires | 21 |
| 1.4 | DEROULEMENT DE L'ETUDE | 22 |
| 1.4.1 | Éthique et réglementation..... | 22 |
| 1.4.2 | Budget | 22 |
| 1.4.3 | Exploitation des données recueillies | 23 |
| 2. | PRESENTATION DES RESULTATS | 23 |
| 2.1 | UTILISATION DE L'OUTIL DE DEPISTAGE | 23 |
| 2.2 | POPULATION ETUDIEE | 24 |
| 2.2.1 | Caractéristiques générales de la population étudiée | 24 |
| 2.2.2 | Facteurs de risques obstétricaux | 24 |
| 2.2.3 | Facteurs de risques modifiables | 26 |
| 2.3 | UTILISATION DU QUESTIONNAIRE SAGE-FEMME | 25 |
| 2.3.1 | Taux d'utilisation du questionnaire | 25 |
| 2.3.2 | Le point de vue des professionnels | 26 |
| 2.4 | LE DEPISTAGE | 27 |
| | TROISIEME PARTIE | 29 |
| 1. | INTERPRETATION DES RESULTATS | 30 |
| 1.1 | TAUX D'UTILISATION DU QUESTIONNAIRE PATIENTES | 30 |
| 1.2 | LES FACTEURS DE RISQUE D'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT | 30 |
| 1.2.1 | Les facteurs de risques non modifiables | 31 |
| 1.2.2 | Les facteurs de risques modifiables..... | 33 |
| 1.3 | POSITIONNEMENT DES SAGES-FEMMES | 34 |
| 1.3.1 | Positionnement des sages-femmes sur le dépistage | 34 |
| 1.3.2 | Positionnement des sages-femmes sur l'outil de dépistage | 35 |
| 2. | REPNSES AUX OBJECTIFS ET HYPOTHESES | 36 |
| 2.1 | REPNSES AUX OBJECTIFS FORMULES | 36 |
| 2.1.1 | Réponse à l'objectif principal | 36 |
| 2.1.2 | Réponses aux objectifs secondaires | 36 |
| 2.2 | REPNSES AUX HYPOTHESES FORMULEES | 38 |
| 3. | DISCUSSION | 38 |
| | CONCLUSION | 41 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 42 |
| | TABLE DES MATIERES | 48 |
| | ANNEXES | 50 |

ANNEXES

| | |
|-------------------|----|
| Annexe n°1 | 52 |
| Annexe n°2 | 53 |
| Annexe n°3 | 54 |
| Annexe n°4 | 55 |
| Annexe n°5 | 58 |
| Annexe n°6 | 59 |
| Annexe n°7 | 60 |
| Annexe n°8 | 62 |
| Annexe n°9 | 63 |
| Annexe n°10 | 64 |
| Annexe n°11 | 65 |
| Annexe n°12 | 66 |
| Annexe n°13 | 67 |
| Annexe n°14 | 68 |
| Annexe n°15 | 69 |

ANNEXE N°1

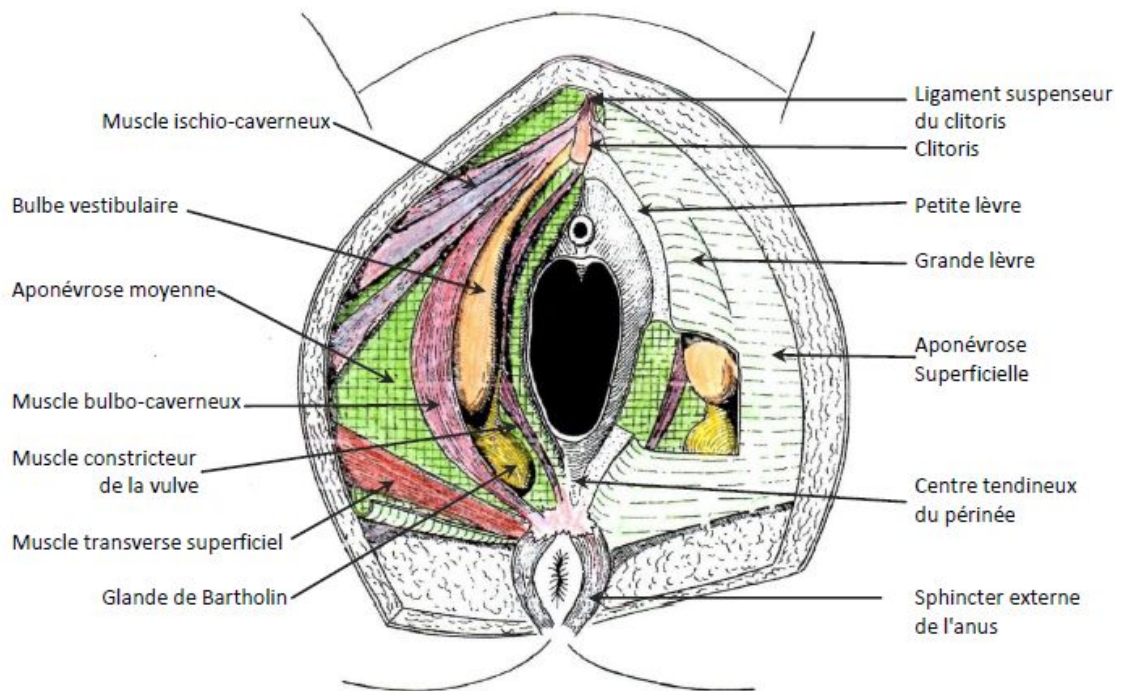


Figure 1: Anatomie du plan musculaire superficiel du périnée féminin

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 dec [consulté le 20/01/2017]. Disponibilité sur internet : <<http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/perinee/site/html/cours.pdf>>

ANNEXE N°2

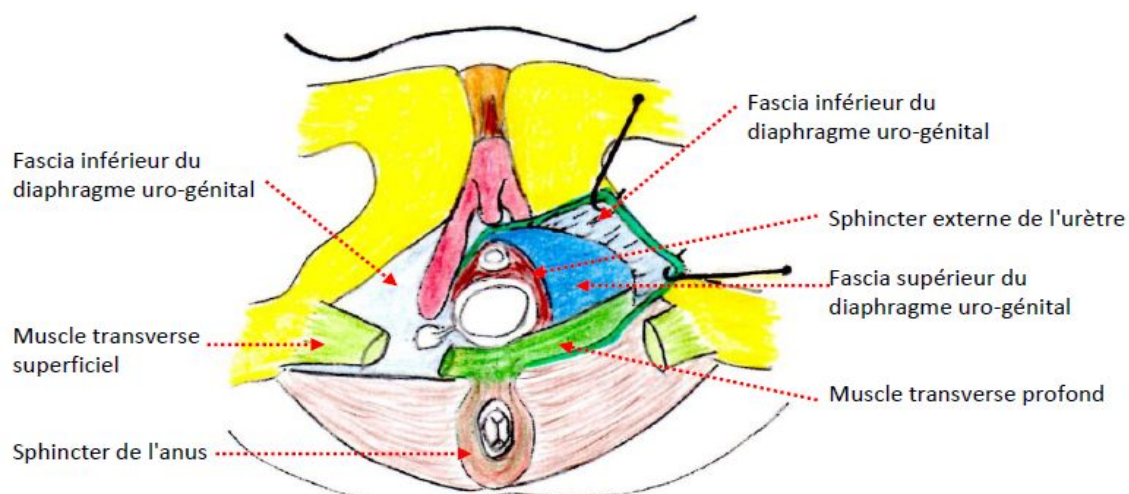


Figure 2 : anatomie du plan musculaire moyen du périnée féminin

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 dec [consulté le 20/01/2017]. Disponibilité sur internet : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/perinee/site/html/cours.pdf> >

ANNEXE N°3

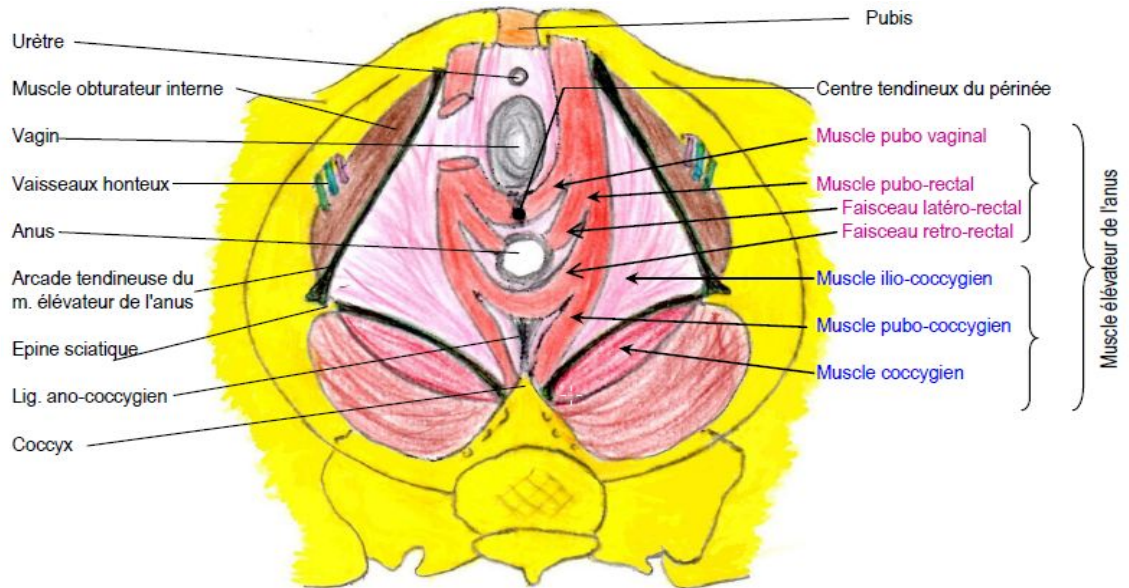


Figure 3: anatomie du plan musculaire profond du périnée féminin

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 dec [consulté le 20/01/2017]. Disponibilité sur internet : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/perinee/site/html/cours.pdf> >

ANNEXE N°4

QUESTIONNAIRE (22-32 SA)

Terme :

Critères d'éligibilité au questionnaire :

1: Avez-vous plus de 18 ans ?

- OUI : poursuite du questionnaire.
- NON : arrêt du questionnaire, explications à donner.

2: Présentez-vous dans vos antécédents des pathologies urologiques ?

Exemples : vessies neurologiques, tumeurs de la vessie, cancer de la voie excrétrice du haut appareil urinaire, cancer du rein, corticosurrénalome, prolapsus...

- OUI : arrêt du questionnaire, explications à donner.
- NON : poursuite du questionnaire.

3: Présentez-vous dans vos antécédents des pathologies neurologiques, d'autres pathologies ou des traitements?

Exemples : AVC, diabète antérieur à la grossesse, sclérose en plaque, traitement HTA (Zoxan ®, hytrine ®...), traitement antipsychotique (Haldol ®, Leponex ®...)

- OUI : arrêt du questionnaire, explications à donner.
- NON : poursuite questionnaire.

4: Avez-vous déjà bénéficié d'une chirurgie urologique ?

Exemples : bandelette sous-urétrale TVT ou TOT, cystéctomie partielle en cas de tumeur de la vessie, dérivation cutanée continente, cure de prolapsus par voie vaginale, cure de prolapsus par voie coelioscopique..

- OUI : arrêt questionnaire, explications.
- NON : poursuite questionnaire.

5: Présentiez vous avant cette grossesse des signes évoquant une incontinence urinaire et / ou fécale et /ou aux gaz (hors cadre du post-partum)?

- OUI : arrêt questionnaire, explications à donner.
- NON : poursuite questionnaire

Dépistage de l'incontinence urinaire :

6: Vous arrive-t-il d'avoir des pertes d'urines lors de port de charge, de toux, lorsque vous riez ou lors d'un effort important depuis le début de cette grossesse ?

- OUI
- NON

7: Vous arrive-t-il d'avoir des pertes d'urines lors de la marche, mobilisation ou lors d'autres efforts peu intenses depuis le début de cette grossesse ?

- OUI
- NON

8: Vous arrive-t-il d'avoir des pertes d'urines en étant assise, allongée, sans efforts depuis le début de cette grossesse ?

- OUI
- NON

9: Portez-vous des protections habituellement ?

- OUI : si oui répondre à la question 10, 11 et 12.
- NON : si non répondre directement à la question 13.

10: De quelle nature est cette protection ?

- Protège slip
- Serviette hygiénique
- Protection adaptée aux fuites urinaires

11 : Votre protection est elle :

- Sèche
- Humide
- Franchement mouillée

12 : Combien de protections utilisez-vous en moyenne par jour ?

- Nombre :

Facteurs de risques :

13 : Quel âge avez-vous ?

- Entre 18-25 ans
- Entre 25-35 ans
- Entre 35-45 ans
- Plus de 45 ans

Facteur de risque à partir de 35 ans.

14 : Quel est votre poids avant la grossesse et votre taille ?

IMC : Poids / Taille²

- IMC < 18,5
- IMC 18,5-30
- IMC >30

Facteur de risque si inférieur à 18,5 et à partir de 30.

15 : Êtes-vous sujette à la constipation chronique ?

- OUI
- NON

Facteur de risque si oui.

16 : Buvez vous au minimum 4 cafés/thés par jours ?

- OUI
- NON

Facteurs de risque si oui.

17 : Pratiquez-vous, avant la grossesse ou pendant cette grossesse, un sport sollicitant le périnée (la course à pied, des arts martiaux, du volley, du hand-ball, du fitness, de la musculation, du trampoline ...) de façon régulière et intensive ?

- OUI
- NON

Facteur de risque si oui.

18 : Combien de grossesses avez-vous eu avant celle-ci ? Excepté les fausses couches et les interruptions volontaires de grossesse.

- Nombre :

Si 0 passer directement à la question n°24.

Facteur de risque > ou = à 3.

19 : Combien d'accouchements par voie basse avez vous eu ?

- Nombre :

Facteur de risque > ou = à 3.

20 : Avez-vous eu des extractions instrumentales (forceps, ventouses) ?

- OUI
- NON

Facteur de risque si oui.

21 : Avez-vous eu lors de vos précédents accouchements une déchirure ou une épisiotomie ?

- OUI
- NON

Facteur de risque si oui.

22 : Avez-vous eu des enfants pesant 4,0 Kg à la naissance ou plus ?

- OUI
- NON

Facteur de risque si oui.

23 : Depuis le début de grossesse, vous arrive-t-il de présenter des pertes insensibles d'urine ?

- OUI
- NON

Facteur de risque si oui.

ANNEXE N°5

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DE LA SAGE-FEMME

Ce questionnaire est destiné à la sage-femme réalisant des consultations de suivi de grossesse.

Il ne sera à remplir par celle-ci qu'à la fin de la période d'essai de l'outil proposé (« QUESTIONNAIRE (22-32SA) »), et il sera proposé qu'une fois par sage-femme.

Ce questionnaire va permettre de définir les axes à améliorer et les axes de progression de l'outil cité précédemment.

1: Avez-vous eu des difficultés à intégrer ce questionnaire à la trame de votre consultation ?

- OUI
- NON

2 : Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

- Manque de temps
- Insertion difficile à la trame de la consultation
- Difficultés de compréhension de la part de la patientes lors de la pose des questions
- Autre :

3 : Selon vous la recherche des facteurs de risque d'incontinence urinaire a-t-elle sa place lors des consultations de suivi de grossesse ?

- OUI
- NON

4 : Selon vous le dépistage de l'incontinence urinaire a-t-il sa place lors des consultations de suivi de grossesse ?

- OUI
- NON

5 : Quels sont selon vous les axes à améliorer sur ce questionnaire afin qu'il s'adapte au mieux aux consultations de suivi de grossesse ?

-

ANNEXE N°6

FORMULAIRE D'EXPLICATION DES QUESTIONNAIRES

- A qui proposer le questionnaire ?
 - Femmes enceintes entre 22 SA et 32 SA ;
 - Femmes enceintes ayant signé le formulaire de consentement.

- Informations à délivrer :
 - Étude réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude ;
 - L'anonymat de la patiente est préservé et le restera tout au long de l'étude.

- But de ce questionnaire :
 - Questionnaire mît en place par une étudiante sage-femme en dernier année à l'école de Metz dans le but de réaliser un mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme ;
 - Ce questionnaire a pour but de dépister les troubles de la continence urinaire et leurs facteurs de risques.

- Quelles réponses apporter en cas de troubles de la continence urinaire diagnostiqués lors de ce questionnaire :
 - Ces troubles de la continence urinaire ne sont pas une fatalité pour la patiente ;
 - 25 à 45 % des femmes enceintes présentent des troubles de la continence urinaire ;
 - Explications à donner concernant la prise en charge possible des troubles de la continence urinaire par rééducation périnéale ;
 - La rééducation périnéale est réalisable par une sage-femme.

- Quelles réponses apporter en cas de facteurs de risques de troubles de la continence urinaire dépistés lors de ce questionnaire :
 - La présence d'un ou plusieurs facteurs de risques ne signifie pas que la patiente développera forcément des troubles de la continence urinaire lors de cette grossesse ou dans le cadre du post-partum ;
 - La présence d'un ou plusieurs facteurs de risques signifie que la patiente est plus à risque de développer des troubles de la continence urinaire dans le cadre de la grossesse ou dans le cadre du post-partum comparé à une patiente sans facteurs de risques ;
 - **La rééducation périnéale dans le cadre du post-partum peut être réalisée par une sage-femme, celle-ci peut permettre de prévenir l'apparition de troubles de la continence urinaire à court, moyen et long terme.**

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche. Ce formulaire vous informe des modalités du de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des phrases que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Afin de participer à ce projet de recherche, vous devrez dater et signer ce consentement.

Titre du projet de recherche :

Questionnaire de dépistage des troubles de la continence urinaire et de ses facteurs de risques au cours des consultations de suivi de grossesse.

Personne responsable du projet de recherche :

Mme Nathalie DOSDA, étudiante en M2 à l'école de sage-femme de Metz.

Projet de recherche réalisé dans le cadre d'un mémoire de fin étude en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme.

Directrice de mémoire : Mme Anne JACOTOT sage-femme diplômée d'État, CHR Metz-Thionville.

Objectifs du projet de recherche :

L'objectif principal est d'étudier la faisabilité de la mise en place un outil de dépistage des troubles de la continence urinaire et de ses facteurs de risques lors des consultations de suivi de grossesse réalisées par des sages-femmes.

Les objectifs secondaires de ce projet de recherche sont :

- Évaluer l'intégration de l'outil de dépistage proposé au sein des consultations de suivi de grossesse réalisées par des sages-femmes ;
- Délivrer des informations permettant de prévenir la potentielle apparition d'une incontinence urinaire lorsqu'il existe des facteurs de risque modifiables chez une patiente ;
- Élaborer des axes d'amélioration concernant l'outil de dépistage par les informations recueillies auprès des sages-femmes acceptant de l'utiliser.

Raison et nature de la participation :

Votre participation sera requise pour tester un questionnaire sur le dépistage des troubles de la continence urinaire et de ses facteurs de risques, cela prendra environ 5 minutes. Votre participation aura lieu au sein du CHR Metz-Thionville. Une seule participation sera requise.

Votre participation restera anonyme. La publication des résultats de l'étude portera sur les résultats globaux et respecteront votre anonymat.

Les données collectées seront traitées uniquement dans le cadre de ce travail de fin d'étude. Toutes les données recueillies au cours de ce projet de recherche resteront confidentielles.

Droit de retrait de la participation :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire et vous êtes libre à tout moment de mettre fin à votre participation sans avoir à vous justifier. Cependant, une fois le questionnaire rempli et mit sous enveloppe il sera impossible de détruire les données puisque aucune information permettant d'identifier les répondant n'a été recueillie.

Confidentialité, partage, surveillance et publications :

Seuls les éléments nécessaires à la réalisation du projet de recherche seront recueillis.

Tous les éléments recueillis au cours du projet de recherche resteront strictement confidentiels.

Les données recueillies seront utilisées afin de répondre aux objectifs du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données collectées pourront être publiées ou partager lors de discussions scientifiques. Cependant, aucune publication ou communication scientifique ne permettra de vous identifier.

Consentement libre et éclairé :

Je soussignée _____ déclare avoir lu et compris le présent formulaire d'information et de consentement. Je comprend la nature et le motif de ma participation à ce projet de recherche. J'accepte librement de participer au projet de recherche.

Signature :

Fait le _____, à _____.

ANNEXE N°8

| | Nombre de patientes (%) |
|---|-------------------------|
| Patientes majeures (n = 52) | |
| OUI | 51 (98,1) |
| NON | 1 (1,9) |
| Pathologies urologiques (n = 51) | |
| OUI | 0 (0) |
| NON | 51 (100) |
| Pathologies neurologiques (n = 51) | |
| OUI | 0 (0) |
| NON | 51 (100) |
| Chirurgies urologiques (n = 51) | |
| OUI | 0 (0) |
| NON | 51 (100) |
| Incontinence antérieure (n = 51) | |
| OUI | 1 (2) |
| NON | 50 (98) |
| n = Effectif | |

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion des patientes interrogées et suivies par des sages-femmes

ANNEXE N°9

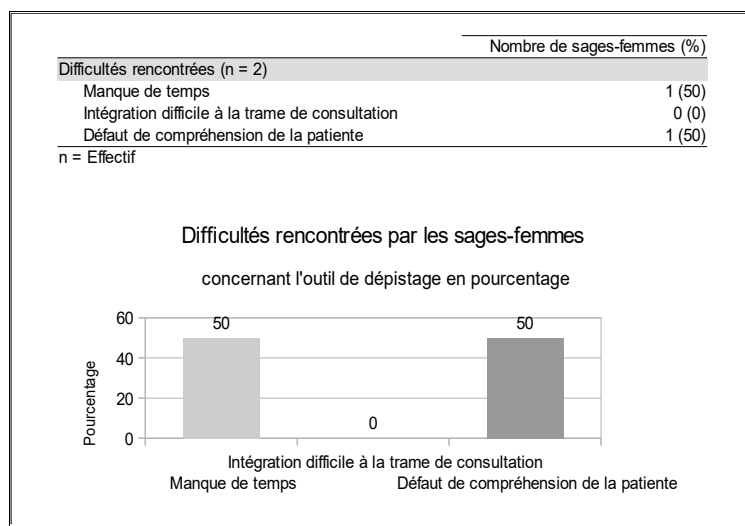


Figure 10: pourcentage des sages-femmes ayant eu des difficultés concernant l'utilisation de l'outil testé

ANNEXE N°10

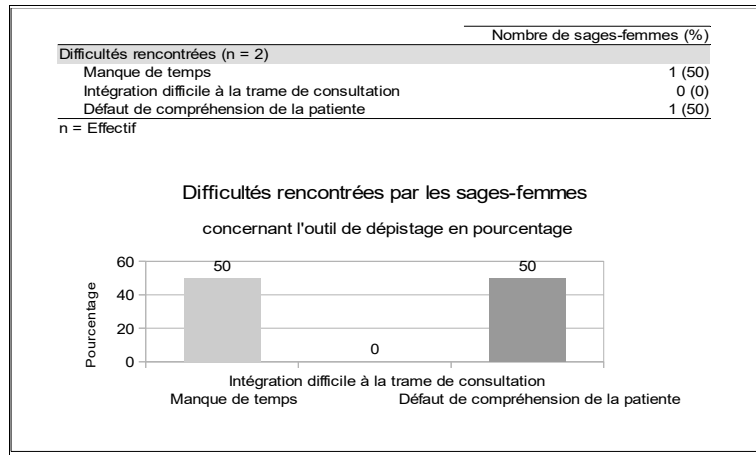


Figure 11: pourcentages et types de difficultés exprimées par les sages-femmes interrogées

ANNEXE N°11

| | Nombre de sages-femmes (%) |
|---|----------------------------|
| Intérêt de rechercher l'incontinence urinaire (n = 6) | |
| OUI | 6 (100) |
| NON | 0 (0) |
| n = Effectif | |

Tableau 5 : Pourcentage de sages-femmes pensant que la recherche de l'incontinence urinaire a un intérêt pendant les consultations pendant la grossesse

ANNEXE N°12

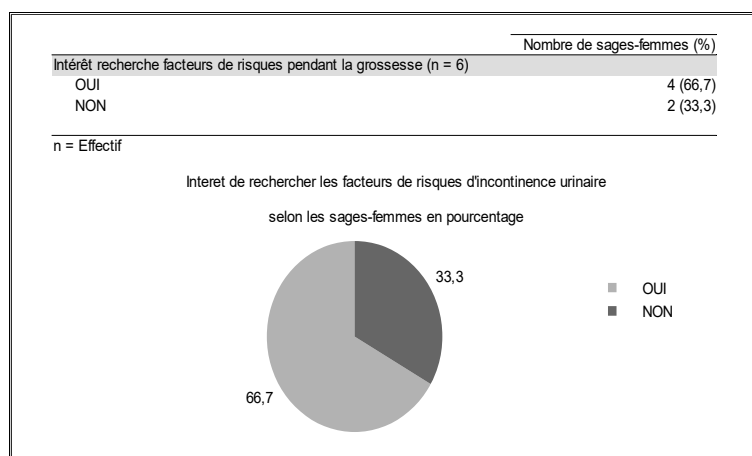


Figure 12 : Pourcentage de sages-femmes pensant que la recherche des facteurs de risques d'incontinence urinaire a un intérêt lors des consultations pendant la grossesse

ANNEXE N°13

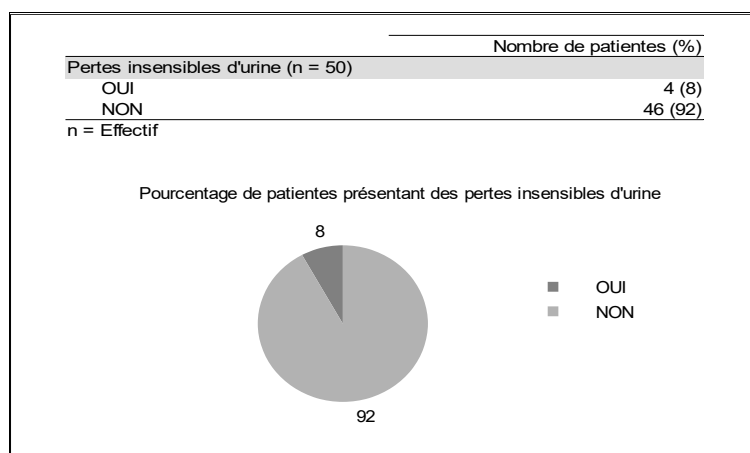


Figure 13 : Pourcentage de patientes interrogées et suivies par des sages-femmes ayant présentant des pertes insensibles d'urines

ANNEXE N°14

| QUESTIONS | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Vous arrive-t-il d'avoir des pertes urinaires en toussant, en riant, en marchant ou en étant assise ? | | |
| Étiez vous sujette à la constipation chronique avant le début de cette grossesse ? | | |
| Avant cette grossesse, pratiquiez-vous un sport tel que la course à pied, le fitness, le hand-ball de façon régulière et intensive ? | | |
| Consommez-vous plus de 4 cafés ou thés par jour ? | | |

Tableau 6: questionnaire de dépistage de l'incontinence urinaire et de ses facteurs de risque pendant la grossesse

ANNEXE N°15

- Vous présentez des pertes urinaire lors de la toux ? Lors de la marche ?
En étant assise?

Sachez que vous n'êtes pas la seule. En effet, de nombreuses femmes enceintes présentent les mêmes troubles que vous.

Afin que ces troubles ne se maintiennent pas après la naissance de votre enfant, sachez que des séances de rééducation périnéo-sphinctériennes peuvent vous être prescrites. Ces séances peuvent être réalisées chez une sage-femme ou chez un kinésithérapeute.

- Qu'est ce qu'un facteur de risque ?

La présence de ce facteur de risque ne signifie pas que vous allez forcément avoir une incontinence urinaire d'effort, cela signifie que vous présentez plus de risque qu'une patiente sans facteur de risque.

- Vous étiez sujette à la constipation chronique avant cette grossesse ?

La constipation chronique est un facteur de risque de survenue d'une incontinence urinaire d'effort pendant la grossesse. Ce trouble de la continence urinaire peut également se poursuivre après la naissance de votre enfant.

Une alimentation variée et équilibrée, avec la consommation de fruits et de légumes mais également une bonne hydratation peut vous permettre de palier ce trouble.

- Vous pratiquiez avant cette grossesse un sport traumatisant pour le périnée de façon régulière et intensive ?

La pratique avant la grossesse d'un sport traumatisant pour le périnée de façon régulière et intensive est un facteur de risque de survenue d'une incontinence urinaire d'effort pendant la grossesse. Ce trouble de la continence urinaire peut également se poursuivre après la naissance de votre enfant.

La pratique de la rééducation périnéo-sphinctérienne en post-partum peut vous permettre d'apprendre à verrouiller le périnée lors des efforts afin de pouvoir pratiquer votre activité sportive tout en protégeant votre périnée.

- Vous consommez plus de 4 cafés/thés par jour ?

Ces boissons étant considérées comme des excitants vésicaux il est conseillé d'en limiter leur consommation.

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de METZ

Mémoire de fin d'études de sage-femme de Nathalie DOSDA - Année 2017

**MISE EN PLACE D'UN OUTIL DE DEPISTAGE DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT
ET DE SES FACTEURS DE RISQUES LORS DES CONSULTATIONS DE SUIVI DE
GROSSESSE**

Étude épidémiologique, analytique, transversale, qualitative, multicentrique auprès de 52 patientes et 12 sages-femmes via questionnaires diffusés au sein du bassin Messin et de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant du CHR de Metz-Thionville du 9 février au 24 avril 2017.

L'incontinence urinaire touche 30 à 50% des femmes enceintes de 30 semaines d'aménorrhées. Différents facteurs entrent en cause : les antécédents et les habitudes de vie. L'objectif de cette étude est de mettre en place un outil de dépistage de l'incontinence urinaire d'effort et de ses facteurs de risques lors des consultations de suivi de grossesse réalisées par les sages-femmes. Une étude épidémiologique, analytique, transversale, qualitative et multicentrique a été réalisée du 9 février au 24 avril 2017 auprès des patientes et des sages-femmes libérales et hospitalières. Deux questionnaires ont été instaurés. Le premier à tester est destiné aux patientes pour dépister l'incontinence urinaire d'effort et ses facteurs de risques. L'autre est destiné aux sages-femmes pour recueillir leur positionnement sur le dépistage et les axes d'amélioration pour l'outil testé. L'outil de dépistage a été testé auprès des femmes enceintes entre 22 et 32 semaines d'aménorrhées. Cent questionnaires ont été distribués aux sages-femmes libérales et hospitalières. Cet outil a été utilisé à 52%. Cependant, deux patientes ont été exclues, l'étude comprend donc cinquante patientes. 16,7% des sages-femmes exprimèrent des difficultés concernant l'outil. 33% proposèrent des axes d'amélioration. Hors, 100% des sages-femmes considèrent que le dépistage de ce trouble a sa place lors des consultations et 66,7% que le dépistage des facteurs de risques l'a également. Un outil de dépistage s'intégrerait aisément aux consultations de suivi de grossesse si celui-ci est rapide et court.

Dépistage – Incontinence urinaire d'effort – Facteurs de risques

The urinary incontinence concerns between 30 and 50 % of the pregnant women in 30th weeks of amenorrhea. Various factors enter cause among like patient's histories and habits. The aim of this study is to set up a tool of screening of the urinary incontinence of effort and its risk factors during the follow-up consultations of pregnancy realized by the midwives. An epidemiological, analytical, transversal, qualitative and multicentrique study was realized from February 9th till April 24th, 2017 with the patients and independent or hospitable midwives. Two questionnaires were established. The tested one is for the patients, to be able to detect the effort urinary incontinence and its risk factors. One is intended to the midwives, to collect their point about screening and their axis of improvement of the tested tool. The tool of screening was tested with pregnant women between 22 and 32 weeks of amenorrhea. Hundred questionnaires were distributed between the independent and hospitable midwives. This tool had an utilization rate of 52%. However, two patients have been excluded, thus the study includes fifty patients. 16,7 % of the midwives expressed difficulties concerning the tool. 33 % of the midwives proposed axis of improvement. However, 100 % of the midwives consider that the screening of this disorder has its place during the consultations and 66,7 % that the screening of risk factors also has its place. A tool of screening would easily be integrated into the follow-up consultations of pregnancy if it is quick to fill and short.

Screening - Urinary incontinence of effort - Risk factors

