

L'incontinence anale en post-partum : état des lieux des connaissances des professionnels de santé

Aude Clautrier

▶ **To cite this version:**

Aude Clautrier. L'incontinence anale en post-partum : état des lieux des connaissances des professionnels de santé. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00906157

HAL Id: dumas-00906157

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00906157

Submitted on 19 Nov 2013

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.

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT- FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

L'INCONTINENCE ANALE EN POST-PARTUM

Etat des lieux des connaissances des professionnels de santé

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Aude CLAUTRIER

Née le 21 juin 1989

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2013

UdA | Université d'Auvergne

MAÏEUTIQUE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT- FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

L'INCONTINENCE ANALE EN POST-PARTUM

Etat des lieux des connaissances des professionnels de santé

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Aude CLAUTRIER

Née le 21 juin 1989

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2013

<u>REMERCIEMENTS</u> :

Dans un premier temps, je souhaiterai adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire :

- A Monsieur SAVARY, directeur du mémoire.

- A Madame VIALLON, sage-femme de référence de ce projet.

- A Monsieur DAPOIGNY, professeur en gastro-entérologie au CHU de Clermont-Ferrand.

Je remercie également toutes les personnes qui m'ont aidées et soutenues pour ce projet tout au long de mes études en particulier pour cette dernière année universitaire :

-Ma famille et ma belle famille, en particulier mes parents qui ont toujours cru en moi et m'ont permis de réaliser mon rêve.

-Eric pour son aide notamment en informatique et pour sa patience.

-Mes amies de promotion: Mélanie, Amélie, Morgane et Marie pour leur aide, leurs moments fous rires et de détentes.

GLOSSAIRE

ANAES : Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DPC : Développement professionnel continu

ECG : Electrocardiogramme

EML : épisiotomie médio-latérale

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IA : Incontinence Anale

IF : Incontinence Fécale

IMC : Indice de Masse Corporelle

IU : incontinence urinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SOMMAIRE

INTRODUCTION……..1

REVUE DE LA LITTERATURE

A- Le périnée 3
B- L'incontinence anale (IA).....11
C- L'incontinence anale en suites de couche 21
D- Recommandations pour la pratique clinique (annexe V) 32

MATERIEL ET METHODE

A- Objectifs de la recherche.....33
B- Matériel.....33
C- Méthode 35

RESULTATS

A- Description de la population étudiée.....38
B- A propos de l'incontinence anale.....41

DISCUSSION

A- Les forces et limites de l'étude 65
B- Description de la population étudiée.....67
C- A propos de l'incontinence anale en post-partum 68
D- La mise en place d'un protocole de dépistage 84
E- Projet d'action.....88

CONCLUSION……..91

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

La proximité anatomique entre la filière uro-génitale et le canal anal est à l'origine des principales conséquences de l'accouchement par voie basse sur le périnée postérieur. Les contraintes exercées lors de l'expulsion fœtale sur l'appareil sphinctérien anal sont la source de déchirures ou non dont le retentissement sur la continence anale est immédiat ou plus tardif [1]. Le lien entre ces lésions et les symptômes périnéaux n'est pas toujours établi et nous continuons à ignorer quels pourraient être les moyens de prévention [2].

Les modifications pelvi-périnéales consécutives à la grossesse et à l'accouchement provoquent souvent des pathologies proctologiques considérées comme inéluctables. L'incontinence anale est l'une des complications les plus redoutées et peut survenir au décours de l'accouchement [3]. Depuis les débuts de l'enseignement de l'Obstétrique, l'accouchement est considéré comme la cause principale des troubles de la statique pelvienne pouvant être associés à des symptômes périnéaux (incontinences urinaires, anales, prolapsus génital, dyspareunie…) [4].

Nos connaissances sur l'incontinence anale du post-partum ont beaucoup progressé depuis une dizaine d'années. Elles ont fait prendre conscience aux gynécologues obstétriciens que le périnée postérieur pouvait être lésé tout autant que l'antérieur, ce qui motive de plus en plus d'avis auprès des gastroentérologues.

Le contexte est difficile car il s'agit de femmes jeunes dont l'activité sociale et professionnelle peut être altérée par ces troubles fonctionnels. Le retentissement psychique est dominé par un sentiment de handicap dégradant, honteux et non avouable. Ce tabou est responsable de l'absence de verbalisation de ces femmes qui n'osent en parler que si on leur pose clairement la question [5]. En effet le délai moyen entre la première manifestation et la première consultation est de deux ans [6]. Il importe donc que les médecins et les sages-femmes connaissent cette pathologie et ses mécanismes pour les prendre en charge [5].

La meilleure information des patientes et des médecins permet une prise en charge plus précoce de ce handicap, et un début de proposition d'attitudes préventives [6].

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les connaissances des professionnels de santé des départements de l'Allier et du Puy de Dôme concernant l'incontinence anale en post-partum.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer les pratiques des professionnels en matière de prévention, de diagnostic et de prise en charge de l'incontinence anale en post-partum et d'interroger ces professionnels sur trois propositions de protocole de dépistage de l'incontinence anale en post-partum et savoir lequel pourrait être adopté en maternité.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une revue de la littérature sur l'anatomie du périnée et l'incontinence anale et plus spécifiquement en post-partum.

Dans un second temps, nous avons réalisé le travail de recherche. Après l'analyse des résultats, nous les avons discuté et tenter de dégager des propositions de protocole de dépistage afin d'optimiser la pratique des professionnels.

REVUE DE LA LITTERATURE

A- Le périnée

1) Anatomie de la statique pelvienne

Le périnée est l'ensemble des parties molles qui ferme l'excavation pelvienne dans sa partie basse, au-dessous du diaphragme pelvien. Ses limites sont constituées par un cadre ostéo-fibreux losangique avec, en avant le bord inférieur de la symphyse pubienne et les branches ischio-pubiennes, et en arrière le sommet du coccyx et les ligaments sacro-tubéraux [7].

La ligne transversale passant par les deux tubérosités ischiatiques sépare le périnée en deux parties : Le périnée antérieur ou région uro-génitale et le périnée postérieur ou périnée anal. Chacune de ces deux régions est située dans deux plans différents. Nous nous intéresserons uniquement au périnée anal. Celui-ci, semblable chez l'homme et la femme, est orienté en bas et en arrière [7, 8].

Le périnée postérieur s'intègre dans l'organisation générale du plancher pelvien. A la limite postérieure, le périnée anal a une forme globalement triangulaire dont le sommet est représenté par le coccyx, la base par la ligne bi-ischiatique, traversé en son centre par le canal anal [9].

a) Le plan cutané

Le plan cutané du périnée anal est épais et doublé d'un fascia superficiel, aréolaire, discontinu, imprégné de graisse, en continuité avec le corps adipeux de la fosse ischio-rectale [8].

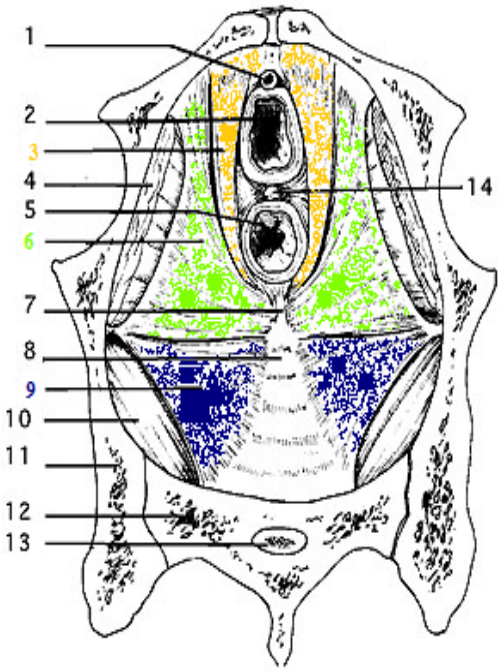
b) Les muscles du périnée postérieur

Les muscles du périnée sont constitués de muscles pairs formant un entonnoir ouvert vers le haut et latéralement aux parois du pelvis. Une coupe frontale passant par le canal anal permet de distinguer différents plans.



- Plan profond

<u>Schéma 1 : le plan profond</u>



1-Urètre

2-Vagin

3-Releveur de l'anus (portion élévatrice interne)

4-Obturateur interne

5- Rectum

6- Releveur de l'anus : m ilio-coccygien (portion sphinctérienne externe)

7-Raphé ano-coccygien

8-Coccyx

9- releveur de l'anus : m. ischio-coccygien

10-m. pyramidal

11-Os iliaque

12-Sacrum

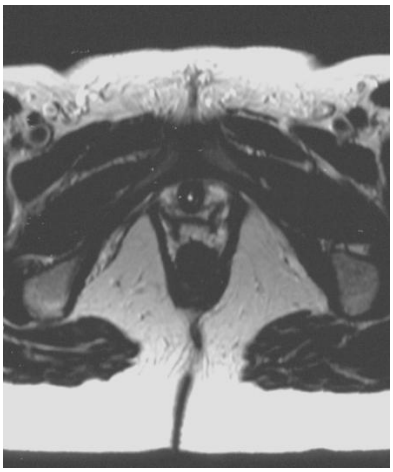
13-Canal sacré

14- Noyau fibreux du périnée

Il réalise un diaphragme pelvien. On distingue : le releveur de l'anus, épais de cinq à six millimètres. Il se compose classiquement de deux parties : une partie interne ou faisceau puborectal, une partie externe iliococcgienne [9].

La partie interne du releveur (schéma 1) est étroite. Elle s'insère en avant sur le pubis, longe les faces latérales du vagin et cravate le rectum en arrière de la jonction anorectale assurant l'angulation du cap anal. Ainsi est délimitée sur la ligne médiane la fente urogénitale. Les fibres postérieures bordent les parois antérieures et latérales du rectum et sont intriquées avec les fibres longitudinales et le sphincter externe [9].

La partie interne comporte deux faisceaux : le faisceau pubo-rectal et pubo-vaginal. Les deux faisceaux s'insèrent sur la face postérieure de la face angulaire du pubis, au dessus et en dedans de la surface d'insertion de la partie externe du muscle. Le faisceau pubo-vaginal se termine à la face postérieure du vagin, le faisceau pubo-rectal gagne les faces latérales du rectum [7].



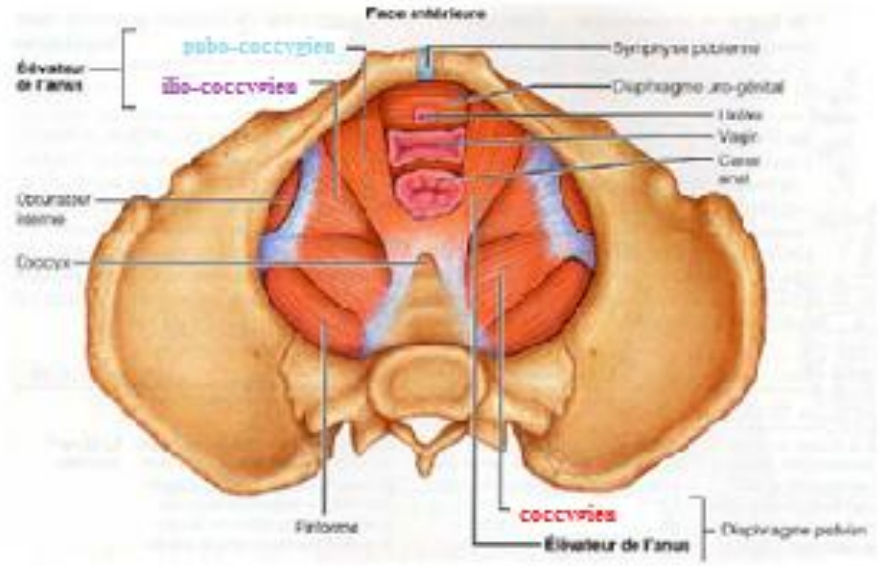
La partie externe du releveur (schéma 1) ou portion sphinctérienne forme une vaste nappe s'insérant du pubis jusqu'à l'épine sacrosciatique et latéralement depuis l'arcade tendineuse du releveur, épaississement de l'aponévrose de l'obturateur interne. Depuis ses insertions ostéo-tendineuses, cette nappe musculaire rejoint la ligne médiane sur le bord libre du faisceau puborectal en décrivant une courbure à concavité inférieure.



La partie externe décrit troix faisceaux : pubo-coccygien, ilio-coccygien et muscle coccygien. Le **faisceau pubo-coccygien** (schéma 2) s'insère sur la face postérieure de la surface angulaire du pubis. Le **faisceau ilio coccygien** (schéma 2) se fixe en avant sur le bord libre de la membrane obturatrice, et en arrière sur le fascia de l'obturateur interne. Le **muscle coccygien** (schéma 2) s'insère sur la face interne de l'épine ischiatique et sur la partie attenante du ligament sacro-épineux.

Sa terminaison se fait d'une part sur le ligament ano-coccygien, formé par l'intrication des fibres des deux releveurs et d'autre part sur les bords latéraux des deux dernières vertèbres sacrées et du coccyx [7].

Schéma 2 : face antérieure



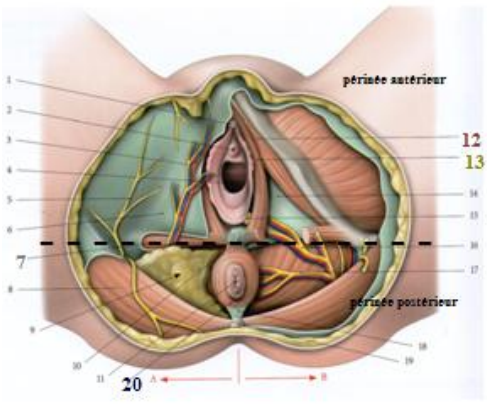
Le muscle releveur de l'anus est innervé par les rameaux issus du troisième nerf sacré. Ce nerf longe la face supérieure du bord externe du muscle. Par ailleurs, le nerf pudendal donne des rameaux au faisceau pubo-vaginal [7].

La portion externe est prolongée en arrière par le **muscle ischio-coccygien** (schéma 1), lame musculaire triangulaire qui complète la sangle du releveur et continue sa courbure, depuis l'épine sciatique jusqu'aux deux dernières pièces sacrées et au coccyx avec le ligament sacro-ischiatique plaqué en arrière du muscle. Avec le releveur, ils forment une véritable sangle anorectale, responsable de l'effet élévateur du rectum [9].

- Plan superficiel

Dans le périnée antérieur, les muscles (**ischiocaverneux**, **bulbospongieux**, bulbocaverneux et le muscle constricteur de la vulve) sont annexés au vagin chez la femme. Dans le périnée postérieur, il existe un seul muscle, le sphincter externe de l'anus enserrant l'orifice anal ; il fait partie de l'appareil sphinctérien anal. A la limite des deux étages se trouvent les **muscles transverses**, minces, aplatis, tendus transversalement depuis la branche ischio-pubienne jusqu'au noyau fibreux central du périnée. Ce noyau fibreux reçoit aussi des fibres musculaires issues de chacune des branches du puborectal, du sphincter externe et du bulbospongieux [9].

Schéma 3 : Périnée féminin (position gynécologique)



7- Muscle transverse superficiel

12- Muscle ischio-caverneux

13- Muscle bulbo-spongieux

20- Muscle sphincter externe de l'anus

c) Le canal anal

Il représente la partie terminale du rectum traversant le périnée postérieur. Il est de forme cylindrique, long de trois à quatre centimètres, de direction oblique en bas et en arrière. A la partie moyenne du canal, les bords libres des valvules de Morgagni forment une ligne appelée « ligne pectinée ».

Le canal est constitué de plusieurs éléments :

- La muqueuse

Elle possède une partie supérieure, de type rectal, cylindrique, dessinant les valvules de Morgagni recouvrant les plexus hémorroïdaires internes ; Sa partie moyenne, zone transitionnelle, présente un relief visible avec la ligne pectinée, formée par le bord libre des valvules anales. Enfin sa partie inférieure, sous pectinéale, devient un segment radié cutané de type malpighien kératinisé, dépourvu de poils.

- La sous-muqueuse

Elle prolonge la sous-muqueuse rectale avec une muscularis mucosae s'épanouissant dans les plans superficiels pour former avec le complexe sphinctérien le ligament suspenseur de Parks [9].

d) L'appareil sphinctérien

Il est constitué de deux éléments :

Le sphincter interne (schéma 4) : Lisse, il prolonge vers le bas les fibres circulaires du rectum qui se renforcent et s'épaississent à la partie inférieure du canal sur une hauteur de trois à cinq centimètres et une épaisseur de un à deux millimètres. Il est repérable par sa couleur blanchâtre [9].

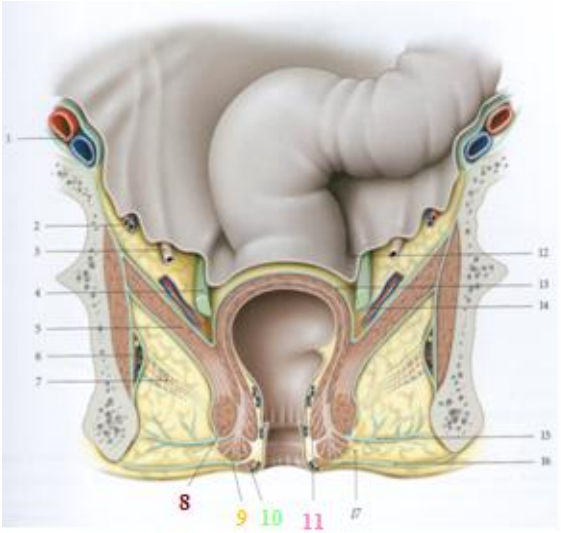
Le sphincter externe (schéma 4) : Il entoure la partie inférieure du canal anal et présente trois parties : sous cutanée, superficielle et profonde. La **partie sous cutanée** forme une lame de 15 millimètres de largeur, qui circonscrit l'anus. Elle est située à la partie la plus inférieure du canal anal. La **partie superficielle**, au dessus de la précédente, encercle le canal anal. Elle s'insère en arrière sur le ligament ano-coccygien et en avant

sur le centre tendineux du périnée. La **partie profonde** est épaisse et étroitement unie au muscle pubo-rectal du releveur de l'anus.

Les fibres s'insèrent en arrière sur la pointe du coccyx sur le ligament ano coccygien et sur la face profonde de la peau. En avant, elles s'insèrent sur le centre tendineux du périnée et sur la face profonde de la peau.

Le muscle sphincter de l'anus répond par sa face externe au tissu adipeux de la fosse ischio-rectale (schéma 3). Il est innervé par le nerf anal supérieur, branche collatérale des nerfs sacraux S3 et S4 et le nerf anal inférieur, branche collatérale du nerf pudendal [7, 8].

Schéma 4 : Espaces pelviens et périnéaux postérieurs (coupe frontale du petit bassin féminin)



8- Muscle sphincter externe de l'anus (partie profonde)

9- Muscle sphincter externe de l'anus (partie superficielle)

10- Muscle sphincter externe de l'anus (partie sous cutanée)

11- Muscle sphincter interne de l'anus

e) Eléments vasculo-nerveux

Ils sont nombreux dans la région périanale postérieure.

L'élément principal est le paquet pudendal, pénétrant dans la région par la petite échancrure sciatique, il parcourt la paroi latérale de la fosse ischio-rectale, dans le canal pudendal, formé du déroulement de l'aponévrose du muscle obturateur interne. Le paquet est disposé de dehors en dedans et de haut en bas selon la séquence artère, veine, nerf.

Toute une série de branches s'échappe de ce paquet et traverse la fosse ischiorectale : l'artère et les veines rectales inférieures placées transversalement, l'artère périnéale superficielle traversant la partie antéro-inférieure, le nerf anal et le nerf périnéal [9].

2) Physiologie de la continence anale

Le périnée est un ensemble de muscles formant un hamac. Il a trois rôles : soutenir l'ensemble des organes sus jacents : vessie, utérus, rectum. Il intervient dans la sexualité et la reproduction et enfin dans le contrôle de l'émission des urines et des selles [10].

La continence anale est assurée par différents organes : le colon, le rectum et le sphincter anal. L'appareil exonérateur recto-anal comprend trois entités : un système résistif sensitif actif (les sphincters interne, externe et puborectal) et passif (l'angulation anorectale) ; un système capacitif sensitif rectal compliant ; un système propulsif rectal réflexe physiologique (la musculature lisse du rectum) et abdomino-diaphragmatique volontaire [6].

a) Le colon

C'est un organe réservoir, il stocke temporairement les selles. En moyenne une fois par jour, une contraction péristaltique provenant du colon transverse pousse le contenu dans le rectum ce qui provoque le besoin d'exonérer.

b) Le rectum

Il fait partie du système capacitif. Il est normalement vide. Des mécanorécepteurs situés dans la muqueuse rectale sont sensibles aux variations de pression lors de

l'arrivée du bol fécal et sont à l'origine du besoin éxonérateur. Lors de l'arrivée des matières, les propriétés viscéro-élastiques du rectum lui permettent de se laisser distendre et d'adapter son volume en fonction de son contenu. C'est cette compliance rectale qui permet aussi de faire disparaitre le besoin exonérateur et ainsi de différer l'évacuation des matières fécales.

c) Le muscle sphincter de l'anus

Il fait partie du système résistif.

Etant un muscle strié, le rôle du muscle sphincter externe est d'assurer la continence anale volontaire et de participer au mécanisme de défécation. Au repos, le muscle sphincter externe de l'anus assure 15% de la pression d'occlusion du canal anal.

Le sphincter interne assure 85% de la pression. Il est formé de fibres musculaires lisses, sa contraction est inconsciente. Son tonus permanent est responsable de l'obturation du canal anal.

La continence d'urgence est assurée pendant une minute environ par le sphincter externe aidé du muscle pubo-rectal ; ce temps permet au rectum d'adapter sa compliance.

Grace aux anastomoses intrasphinctériennes des nerfs anaux, la section du nerf pudendal n'abolit pas la fonction du muscle sphincter externe de l'anus [7, 8].

En résumé, la continence anale est un phénomène complexe, en partie inconscient et dépend de plusieurs facteurs : d'abord de la compétence des sphincters interne et externe, de la fonction du réservoir des matières du rectum, de la perception du besoin exonérateur et enfin de la consistance et du volume des selles [11].

B- L'incontinence anale (IA)

1) Définition, différents groupes d'incontinence anale et physiopathologie

a) Définition

Une incontinence anale est définie par l'impossibilité de retarder volontairement le passage du contenu intestinal à travers l'anus jusqu'à la possibilité de le faire ou/et quand cela est socialement possible [12]. Il s'agit donc d'une émission involontaire de gaz et/ou de selles liquides et/ou solides [13].

L'incontinence fécale (IF) est définie comme l'émission involontaire de selles liquides et ou solides par l'anus, à l'exclusion de pertes isolées de gaz ou de glaires [12-13].

On distingue deux types d'IA. L'incontinence passive, sans perception du besoin d'exonération. Ce type d'incontinence peut être rencontré en cas de lésions du sphincter interne, de prolapsus rectaux ou d'atteinte neurologique.

L'incontinence active est une situation où le patient perçoit le besoin d'exonérer avant la fuite, souvent de manière impérieuse. Elle peut être rencontrée en cas de rupture du sphincter externe ou d'atteinte du réservoir rectal : dans ce cas, ce sont des troubles de la compliance [11, 12, 13].

Les IA qu'elles soient passives ou actives peuvent aussi être classées en différents groupes en fonction des causes. On distingue quatre groupes d'incontinences anales. Le premier est celui des ruptures sphinctériennes franches. Celles-ci se rencontrent après une sphinctérotomie profonde pour fissure anale ou après une déchirure obstétricale de degré trois ou quatre.

Le deuxième groupe est celui des troubles de la commande nerveuse (neuropathie). Dans ce cas, l'appareil sphinctérien est normal.

Le troisième groupe est celui de l'IA à appareil sphinctérien intègre et à commande nerveuse toujours présente (IA passive par fécalome sur constipation sévère, IA sur syndrome diarrhéique).

Enfin, le dernier groupe est celui de l'IA par intrication des tableaux précédents. Il s'agit de l'incontinence la plus difficile à traiter. Cette dernière peut survenir après exérèse d'un cancer du rectum [12].

b) Physiopathologie

Différentes structures peuvent être lésées et donc entraîner une incontinence anale. Il peut s'agir d'une lésion du sphincter anal, généralement post obstétrical, post chirurgical ou post traumatique.

Il peut s'agir aussi d'une lésion de l'ampoule rectale dûe à une rectite inflammatoire ou une résection chirurgicale ; d'une neuropathie pudendale suite à des lésions obstétricales ; d'une atteinte neurologique centrale due à une sclérose en plaques, un accident vasculaire cérébral, une démence, une tumeur, des troubles du

transit (diarrhées chroniques, stase stercorale au niveau rectal) ou des troubles de la statique pelvienne suite à un prolapsus extériorisé [11].

De nombreuses circonstances sont responsables de l'incontinence.

- Le vieillissement : dû à la verticalisation du rectum, l'atrophie des sphincters aggravés chez la femme par la carence hormonale de la ménopause.

- Les séquelles obstétricales : dégradation neurologique par atteinte du nerf pudendal et/ou déchirure et atteinte musculaire lors des accouchements notamment lors de la première expulsion.

- Les troubles de l'exonération : Ils sont responsables d'une myopathie de dénervation du plancher pelvien avec déficit du sphincter externe suite à un long passé de constipation, avec poussée chronique sur le plancher pelvien.

- Le sport : Il augmente la pression abdominale, sollicite le plancher pelvien.

- Enfin la faiblesse musculaire constitutionnelle [9].

c) Causes et facteurs de risque

Causes rectales :

L'IA peut provenir d'une stase rectale. Celle-ci peut être la conséquence d'un fécalome ou d'une vidange incomplète [9]. Le fécalome est une des causes les plus fréquentes d'incontinence anale chez les patients présentant une pathologie neurologique et chez les sujets âgés [11, 14]. On peut trouver un fécalome en cas de mégarectum, de ralentissement du transit (constipation) ou en cas de troubles de la sensibilité rectale (syndrome de la queue de cheval). D'autre part la vidange peut être incomplète en cas d'assynchronisme abdomino-sphinctérien ou en cas de rectocèle.

L'IA peut également provenir d'un prolapsus rectal, d'un intestin irritable ou d'une instabilité rectale c'est-à-dire une hypercontractilité rectale par anomalie intrinsèque pariétale neurologique ou par modification du bol fécal. L'origine peut être aussi secondaire à une maladie inflammatoire digestive, à une radiothérapie pelvipérinéale, à une maladie infectieuse, ou suite à une chirurgie.

Causes ano-sphinctériennes :

Il existe trois principales causes : les causes traumatiques, neurologiques et les malformations. Les traumatismes concernent les dystocies et les lésions obstétricales

(déchirures du troisième et quatrième degré, lésions sphinctériennes et neurologiques, les extractions instrumentales), les traumatismes post-chirurgicaux.

L'origine neurologique peut avoir une cause centrale comme une sclérose en plaques, un accident vasculaire cérébral, une tumeur, une démence ou une maladie dégénérative. La cause peut être périphérique comme une neuropathie périphérique par étirement tronculaire distal du nerf pudendal ou un syndrome de la queue de cheval, une spina bifida.

Enfin, parmi les malformations, on peut citer l'imperforation anale [3, 9, 13].

2) Diagnostic et évaluation

a) L'interrogatoire

Le diagnostic d'une IA passe dans un premier temps par un interrogatoire précis, long, minutieux et fait avec tact. Il ne peut être efficace que si un climat de confiance s'établit entre le patient et le médecin. L'IA n'est que rarement révélée spontanément par les patients et son histoire est souvent ancienne. La consultation se fait après un long temps d'hésitation car l'IA est généralement ressentie comme un handicap honteux et sans solution.

L'interrogatoire révèle les circonstances de survenue de l'IA. La survenue est-elle consciente ou inconsciente ? Celle-ci est-elle associée à un besoin impérieux ou au contraire sans perception du besoin ? On recherche s'il y a une conservation ou non du besoin exonérateur. On interroge également les patientes sur l'ancienneté du trouble, la durée des symptômes, leur évolution dans le temps, la fréquence des épisodes d'incontinence et leur nature (gaz, selles liquides et/ou solides).

On recherche également l'utilisation de protection qui peut aussi permettre d'évaluer la gravité et l'évolution. Il faut savoir s'il existe des signes associés tels que des diarrhées (ou fausse diarrhée du constipé par présence d'un fécalome), une constipation, une dyschésie, une incontinence urinaire ou s'il existe des manœuvres d'évacuation digitale… De plus, d'autres signes tels que des rectorragies, une pesanteur périnéale, une dysparéunie, une gêne intravaginale, un prolapsus rectal sont recherchés.

Enfin, l'interrogatoire recherche une cause et des facteurs de risque à cette incontinence c'est à dire tout ce qui a pu être responsable de lésions muqueuses, musculaires ou neurologiques comme des antécédents obstétricaux et/ou chirurgicaux, les antécédents de maladies inflammatoires chroniques intestinales, des ulcérations

anales responsables de détérioration de la muqueuse anorectale ; une radiothérapie pelvienne, des affections neurologiques. On terminera l'interrogatoire sur la notion de prise éventuelle de traitements susceptibles de provoquer une diarrhée ou une constipation [9, 13].

b) L'examen clinique

Dans un second temps, un examen clinique précis et complet est réalisé. Pour cela, il faut pratiquer un examen pelvi-périnéal complet, consistant à examiner les trois étages pelviens et leurs viscères. L'examen peut s'effectuer en décubitus latéral, cuisses fléchies, légèrement penchée en avant, la cuisse supérieure en avant de l'autre ou directement en position gynécologique. Une partie de l'examen sera réalisée en position accroupie afin d'évaluer au mieux la poussée dynamique, l'autre en position génupectorale à la recherche d'un trouble de la statique rectale.

On débute l'examen par l'inspection : on recherche une béance anale spontanée, des cicatrices périnéales de la marge anale ou suite à une épisiotomie, une diminution de la distance ano-vulvaire, une disparition des plis radiés de l'anus évocateurs d'une rupture sphinctérienne, une suppuration anale chronique, une fissure ou une fistule, une dermite périnéale, une anomalie cutanée pré-sacrococcygienne (angiome, touffe de poils). Enfin on étudiera la situation topographique du périnée par rapport aux ischions et au coccyx au repos et en poussée permettant de visualiser le périnée descendant et de diagnostiquer un prolapsus rectal externe ou une contraction paradoxale sphinctérienne.

Puis, on réalisera un examen neurologique. Celui-ci permet de rechercher un trouble de la sensibilité périnéale, la présence des réflexes du cône médullaire constricteur de l'anus. Cet examen se réalise à la toux, à l'étirement cutané, à la piqure.

Le dernier temps de l'examen clinique est la réalisation des touchers pelviens. Ceux-ci permettent d'évaluer le tonus sphinctérien (avec le testing musculaire), la statique périnéale et la vacuité rectale. Le toucher vaginal est effectué en position gynécologique. Il permet de réaliser un testing musculaire et d'éliminer un prolapsus urogynécologique ou une tumeur. Le toucher anal s'effectue avec la pulpe de l'index. Il dépiste des indurations, des fissures et étudie la sensibilité anale. Il permet de réaliser un testing musculaire sphinctérien anal qui évalue le tonus et la contraction volontaire du sphincter anal externe, la longueur, le calibre et l'aspect du canal anal. Le toucher rectal s'assure de la vacuité rectale. Si le rectum est plein, l'examinateur peut noter le

caractère des selles (molles ou dures), la quantité de selles voire la présence d'un fécalome. Le toucher rectal permet d'éliminer une tumeur ou une anomalie prostatique. En positionnant l'index en crochet vers le coccyx, on peut apprécier la tonicité de la sangle du puborectal au repos et lors de la contraction volontaire. Le toucher rectal est complété par un toucher vaginal bi-digital à la recherche d'une colpocèle postérieure.

c) Les examens complémentaires

Suite à l'examen physique, on réalise des examens paracliniques. Dans un premier temps, on pratique une endoscopie. Elle est éventuellement complétée d'une ou plusieurs biopsies.

On réalise ensuite des explorations fonctionnelles. Elles permettent d'objectiver au mieux les mécanismes physiopathologiques de l'incontinence. Elles orientent donc vers un diagnostic étiopathogénique précis permettant une prise en charge thérapeutique plus adaptée.

La manométrie ano-rectale associée à des tests d'expulsion et à l'EMG de détection dynamique quantitative de l'appareil sphinctérien strié permet de réaliser une exploration fonctionnelle sensitivomotrice ano-rectale. Le but de cette technique est d'évaluer la fonction neuro-musculo-élastique ano-rectale statique et dynamique du système résistif sphinctérien et du système capacitif rectal déterminant la continence et la défécation.

On réalise également une exploration neurophysiologique périnéale postérieure en mesurant la latence distale du nerf pudendal, tant au niveau des fibres sensitives que motrices. Cette mesure permet d'apprécier l'état d'innervation de la musculature du plancher périnéal.

L'examen morphologique de référence dans l'identification directe des lésions structurelles sphinctériennes est l'échographie endoanale. Elle visualise correctement l'anatomie de l'appareil sphinctérien anal en distinguant les sphincters interne, externe et puborectal permettant de savoir exactement sur quel muscle se situe la lésion. Une échographie endoanale doit être systématiquement demandée devant toute IA lorsqu'une origine sphinctérienne est suspectée.

Enfin, le dernier test que l'on peut pratiquer est la défécographie ou rectographie dynamique. Elle donne une représentation objective d'une éventuelle descente périnéale et permet de mettre en évidence des troubles de la statique rectale associés à l'IA non visible à l'examen clinique.

D'autres examens peuvent éventuellement être réalisés tels que l'imagerie par résonnance magnétique pour une identification des trajets fistuleux sphinctériens ou extra-sphinctériens, ou le transit colique des marqueurs radio-opaques permettant de s'intéresser à l'état fonctionnel colique sus-jacent [9, 12].

3) Les scores d'évaluation [12]

Les scores d'évaluation permettent d'évaluer la sévérité de l'incontinence anale et son retentissement. Le score le plus connu et le plus simple est celui de Jorge et Wexner [12]. Il permet la comparaison du degré de l'IA du patient lui-même afin d'évaluer l'évolution ou le résultat d'un traitement, et des patients entre eux. Il comporte cinq items notés chacun de zéro à quatre : incontinence solide, incontinence liquide, incontinence aux gaz, incontinence nécessitant une protection, incontinence altérant la qualité de vie. La note attribuée à chacun des items se fait en fonction de la fréquence de l'incontinence :

Niveau	incontinence solide	incontinence liquide	incontinence aux gaz	incontinence nécessitant une protection	incontinence altérant la qualité de vie
0	Jamais				
1	Moins d'une fois par mois				
2	Une fois par mois à une fois par semaine				
3	Une fois par semaine à une fois par jour				
4	Plus d'une fois par jour				

Le total du score s'étend de 0 à 20, « 0 » correspondant à aucune fuite, « 20 » correspondant à une incontinence totale.

D'autres scores ont été décrits, comme celui de Vaizey du saint Mark Hopital de Londres, mais restent moins facilement utilisables en routine. Il associe les items du score précédent à la prise de médicaments ralentisseurs du transit et à l'impériosité [12].

Il existe également des scores de qualité de vie. Ceux-ci sont très nombreux et peuvent être intéressants afin de comparer les patients dans le cadre d'études prospectives [12].

4) Traitement

a) Le traitement non chirurgical

Il associe les traitements médicamenteux, la rééducation périnéale, les soins infirmiers adaptés en fonction des circonstances de survenue de l'IA.

1. Les traitements médicamenteux

La prise en charge médicale des patients incontinents doit s'attacher dans tous les cas à différents aspects : équilibrer toute pathologie digestive intercurrente, normaliser qualitativement le transit de façon durable, faciliter l'exonération spontanée et assurer la facilité de l'exonération. Les traitements médicaux sont peu efficaces pour corriger une incontinence aux gaz.

En première intention, quelques soient l'étiologie et la gravité, il faut expliquer aux patients les principales règles higiéno-diététiques. Elles consistent à privilégier un régime sans résidu (alimentation riche en fibres, régulièrement répartie dans la journée et une hydratation suffisante), anticiper la défécation lorsque le patient doit quitter son domicile plusieurs heures, utiliser des lavements à l'eau, des suppositoires glycérinés afin de vider l'ampoule rectale.

Ensuite on peut prescrire des médicaments. Lorsque l'IA est associée à des diarrhées chroniques, il faut prescrire des médicaments anti-diarrhéiques (lopéramide) associés à des mesures d'hygiène après défécation (toilettes avec nettoyants doux, rinçage abondant, séchage minutieux, protecteurs cutanés) de façon à limiter les risques de dermites irritatives et d'ulcères. Lorsque l'IA est associée à une constipation, il est nécessaire de traiter d'abord la constipation car la prévention de la réapparition d'un fécalome peut suffire à traiter l'IA. Pour cela, il faut prescrire des laxatifs, des lavements évacuateurs…

Si l'IA n'est associée à aucun trouble important du transit, les règles hygiénio-diététiques seules suffisent [13, 15, 16, 17].

2. La rééducation périnéale

Elle peut être utile dans le traitement de l'IA d'origine sphinctérienne avec ou sans altération du besoin exonérateur. Une IA d'origine neurologique est rarement améliorée par la rééducation. Elle peut être proposée après réparation chirurgicale pour améliorer les résultats fonctionnels de la chirurgie.

Plusieurs techniques de rééducation existent. La principale technique de rééducation utilisée et évaluée lorsqu'il existe un dysfonctionnement ano-rectal est le bio-feedback : Il s'agit d'une méthode ayant pour but d'informer le patient d'une fonction physiologique qu'il ignore en la lui montrant [18]. Elle comprend des exercices de contraction volontaire périnéale et utilise la réponse sphinctérienne à une distension rectale provoquée [15]. Le biofeedback nécessite une instrumentation qui donne au patient, au moyen d'un signal, la possibilité de comprendre ce qui n'est pas normal dans sa fonction ano-rectale et de modifier cette anomalie jusqu'à sa correction complète. La motivation des patientes et une bonne compréhension des exercices sont indispensables au succès de cette technique. Le nombre de séances est variable selon la gravité et le comportement du patient. Il varie entre trois et dix séances. Les patientes n'en tirent généralement un réel bénéfice qu'après un grand nombre de séances. A long terme, La rééducation est renforcée par des traitements d'entretien (séances de rappel) ainsi que par la réalisation régulière par le malade, lui-même, des exercices enseignés. Les résultats du biofeedback dans le traitement de l'IA sont bons, puisque 70% des patientes sont améliorés et cela de façon durable (pendant plus de cinq ans).

La seconde technique est l'électro-stimulation anale ou vaginale. L'efficacité de cette méthode n'est pas scientifiquement établie [13, 15]. Il semblerait que l'électrostimulation modifie l'innervation sphinctérienne. Ainsi, cette technique peut être pratiquée au début de la rééducation lorsque la contraction du sphincter anal est faible, et lorsque le patient a des difficultés à sélectionner uniquement le sphincter anal lors des efforts de contraction volontaire. Après une période de quelques jours à un mois d'électrostimulation, la rééducation par biofeedback peut être entreprise [18].

b) Le traitement chirurgical

Il est réservé aux troubles de statique rectale (prolapsus rectal) et aux causes sphinctériennes d'incontinence [13]. Il est envisagé après échec du traitement médical et de la rééducation.

Le chirurgien peut proposer plusieurs techniques en fonction des lésions identifiées. Devant un prolapsus extériorisé du rectum, le traitement chirurgical doit être envisagé d'emblée afin de corriger à la fois le prolapsus et de restaurer la fonction ano-rectale sans induire d'effets délétères [19]. Deux types d'interventions peuvent alors être proposés : la rectopéxie par voie abdominale et les corrections par voie périnéale [13].

Lorsque la cause de l'IA est sphinctérienne, les techniques chirurgicales disponibles peuvent être divisées en deux grandes catégories :

- Celles dont l'objectif est la restitution d'une zone de haute pression sphinctérienne au niveau du canal anal :
  - les techniques de réparation sphinctérienne anale :
    - La réparation sphinctérienne directe
    - Le principe de la myorraphie [19]
    - Neuromodulation des racines sacrées dont le mécanisme d'action est plus complexe. C'est une technique à la limite du traitement médical et chirurgical. Le but est d'améliorer la continence anale au moyen d'une stimulation des racines sacrées par des courants électriques de basses fréquences [20].

  - des techniques de remplacement sphinctérien anal
    - La transposition musculaire [19]
    - Le sphincter anal artificiel [19]
    - L'anneau magnétique : Comparé aux autres dispositifs existants, l'implantation est simple et n'exige aucun réajustement une fois le dispositif implanté [21]. L'implant est une série de perles de titane avec des cœurs magnétiques liés ensemble avec des fils de titane indépendants. Pour déféquer, la force produite par la tension sépare les perles pour ouvrir le canal [22].

- Celles qui font appel à une dérivation des selles : la création d'une stomie digestive [19].

C- L'incontinence anale en suites de couche

1) Modifications physiologiques d'origine obstétricale

La proximité anatomique entre la filière uno-génitale et le canal anal est à l'origine des principales conséquences de l'accouchement par voie basse sur le périnée postérieur. Les muqueuses anales et vaginales ne sont séparées que par une structure tendineuse le noyau fibreux central du périnée [1].

Les contraintes exercées lors de l'expulsion fœtale sur l'appareil sphinctérien anal sont la source de déchirures dont le retentissement sur la continence anale est immédiat ou plus tardif. La fonction sphinctérienne peut être altérée par l'atteinte de l'innervation pelvienne même si l'intégrité musculaire anatomique est conservée [1].

a) Pendant la grossesse

Il n'existe pas de modification notable de la fonction sphinctérienne pendant la grossesse. La pression s'exerçant sur le périnée est augmentée pendant la grossesse. Mais, du fait de l'antéversion utérine, elle s'oriente vers la fente vulvaire et non vers la région ano-coccygienne. Les pressions de base et la contraction volontaire ne sont pas différentes [1].

b) Au cours de l'accouchement

Les lésions périnéales suivent l'évolution de la présentation.

Dès le début de l'engagement, c'est-à-dire dès le franchissement du détroit supérieur, la présentation descend dans l'axe de l'excavation pelvienne. Le **faisceau sphinctérien** (schéma 1) joue un rôle dans la flexion et la rotation de la présentation. Puis, ce faisceau sphinctérien se distend, permettant l'ouverture de la fente uro-génitale. Le périnée postérieur est donc le premier à se distendre pendant la descente de la présentation : le front du fœtus bute sur le sacrum ce qui produit une rétropulsion du coccyx. La distension du **faisceau sphinctérien** (portion externe) (schéma 1) s'accompagne d'une contraction du **muscle pubo-rectal** (portion interne) (schéma 1) à l'effort de poussée ; en se contractant, il soulève le noyau central du périnée, attire le canal anal vers le haut et dilate l'anus. Cette distension peut être dépassée en cas de macrosomie, de présentations défléchies, d'efforts expulsifs trop longs et d'expression utérine. Cette première phase peut être à l'origine de déchirures musculaires isolées des sphincters anaux.

Dans un second temps, la présentation se défléchie et distend également le périnée antérieur. Le **faisceau pubo-rectal** des releveurs est repoussé en bas et en avant par la présentation qui le distend. Le noyau fibreux central du périnée est aplati et la distance ano-vulvaire est augmentée. Les déchirures occasionnées toucheront donc dans l'ordre la muqueuse vaginale, le noyau fibreux central du périnée puis le sphincter anal externe et le sphincter anal interne [1, 23].

c) Après l'accouchement

Au décours de tout accouchement non compliqué de rupture sphinctérienne, apparait une altération de la fonction des sphincters notamment une diminution significative des pressions basales et des pressions lors de la contraction volontaire. Cependant suite à un accouchement par césarienne, ces pressions ne sont pas modifiées. Trois mois après l'accouchement, il existe une normalisation spontanée de ces pressions. Cette altération fonctionnelle est la conséquence d'un ensemble de minimes traumatismes obstétricaux à l'origine de dilacérations des fibres conjonctives, musculaires et nerveuses du périnée (étirement du nerf pudendal) et de la chute du taux hormonal [1].

L'étirement du nerf pudendal est attesté par l'observation d'un allongement significatif de la latence distale de ce nerf chez une accouchée par voie vaginale [1]. Cette neuropathie n'existe pas après une césarienne. Ces lésions ne sont pas évitées par l'épisiotomie. Elles se corrigent spontanément dans les deux mois suivant l'accouchement dans la majorité des cas [1].

L'électrostimulation fonctionnelle est déconseillée en post-partum du fait de ces lésions neurologiques fréquentes. Lors de la réinervation les courants de basse, moyenne et haute fréquence inhibent le bourgeonnement nodal (seules les impulsions uniques de longue durée n'ont pas d'effet néfaste mais sans effet positif prouvé) [24].

2) Troubles périnéaux pendant la grossesse et l'accouchement

a) Lésions anatomiques : neurologiques et musculaires

Les mécanismes de l'incontinence anale du post-partum sont multiples. Cependant deux mécanismes prédominent : les ruptures des sphincters de l'anus et ou les lésions du nerf pudendal interne (il commande le sphincter externe et la sangle pubo-

rectale). Ces mécanismes créent des dommages aux tissus de soutien, à la vascularisation, aux nerfs et aux muscles et des dommages directs sur le tractus urinaire [25].

➢ Les lésions musculaires

-Les ruptures sphinctériennes :

On distingue quatre degrés de déchirures : un, deux, trois, quatre. Les déchirures de troisième et quatrième degré sont des lésions qui atteignent le muscle sphincter de l'anus. La déchirure du troisième degré a, selon les auteurs, deux définitions différentes. Pour Abed et Roger, il s'agit d'une lacération totale ou partielle du sphincter externe, avec ou sans déchirure du sphincter interne [26]. Pour Fraser et Cooper, il s'agit d'une déchirure comprenant une rupture partielle ou complète des muscles du sphincter anal, avec atteinte de la partie externe et ou de la partie interne du muscle du sphincter anal [27]. Le Royal College of Ostetricians and Gynaecologists, quant à lui, classe les déchirures du troisième degré en trois catégories : moins de la moitié de l'épaisseur du sphincter anal externe atteinte, plus de la moitié de l'épaisseur du sphincter anal externe atteinte, déchirure complète du sphincter anal externe et du sphincter anal interne sans atteinte de la muqueuse rectale [28]. Les lésions de grade trois compliquent l'expulsion dans 0,5 à 1% des cas des accouchements par voie basse [1].

La déchirure du quatrième degré est une lésion complète du sphincter anal externe et interne avec atteinte de la muqueuse rectale [26, 27, 28]. C'est un périnée complet compliqué [29]. Ces déchirures, même après réparation immédiate, peuvent se compliquer de risques infectieux et de la formation d'une fistule ano ou recto-vaginale [1].

Les déchirures de degrés trois et quatre, touchant le sphincter externe de l'anus, sont donc pourvoyeuses d'incontinence anale malgré la réparation périnéale effectuée immédiatement après l'accouchement [5]. En effet malgré le traitement initial, une incontinence anale est notée dans 17 à 47% des cas. Il s'agit dans deux tiers des cas d'une incontinence modérée aux gaz ou d'une impériosité à la défécation [1].

De plus, il semble que le sphincter externe soit plus souvent touché que le sphincter interne et qu'il soit lésé dans sa partie antéro-droite dans plus de 75% des cas [5].

-Les déchirures occultes :

Il y a plusieurs années Sultan, en réalisant une échographie endo-anale avant et après l'accouchement, a montré que les sphincters de l'anus pouvaient également être rompus, même si l'obstétricien n'avait pas mis en évidence de déchirure du périnée [30]. Cette rupture sphinctérienne est probablement l'une des premières causes d'IA dans le post-partum puisqu'une rupture sphinctérienne de novo est retrouvée chez 45 à 96% des parturientes qui souffrent d'IA [5, 30].

En ce qui concerne les défects proximaux (dans la partie basse) du sphincter externe ou les défects du sphincter interne, les deux tiers des femmes ont eu des accouchements considérés comme non compliqués. Dans la moitié des cas, la rupture sphinctérienne est mixte, dans un tiers des cas il existe une rupture isolée du sphincter interne. L'atteinte du sphincter externe ne semble survenir qu'en cas de déchirure ou d'épisiotomie (en continuité avec la destruction périnéale) alors que l'atteinte du sphincter interne peut se voir avec un périnée intact [1].

➢ Les lésions neurologiques

Le nerf pudendal est sensitivo-moteur, bilatéral et issu des racines sacrées S2, S3 et S4. Une lésion de ce nerf peut donc entrainer des troubles sensitifs à la stimulation nociceptive, une diminution de la perception de sensation (pendant un rapport ou encore lors du passage d'urines ou de selles) ; des troubles réflexes comme la disparition du réflexe bulbo-anal (contraction du sphincter anal lors du pincement du clitoris), la disparition du réflexe anal à la toux ; des troubles moteurs ayant cependant une bonne capacité de récupération dans la mesure où la lésion neurologique est partielle [23].

Il est acquis depuis 1984 avec Snooks, que la dénervation des muscles du plancher pelvien et du sphincter externe trouvées dans 75% des IA idiopathiques est associée à l'existence d'accouchements par voie vaginale [31]. 57% des patients ayant une incontinence anale et une rupture sphinctérienne ont une neuropathie associée [23].

Snooks et son équipe ont montré que l'accouchement notamment lors des efforts de poussée abdominale répétés favorise la distension et la descente du périnée. Cette descente périnéale entraine un étirement du nerf pudendal [23]. En effet, les femmes ayant accouché par voie vaginale avaient un allongement du temps de latence du nerf pudendal significativement plus important que celles ayant accouché par césarienne ou qu'une population témoin n'ayant pas accouchée. La latence motrice distale du nerf est

augmentée chez la moitié des femmes accouchant par voie basse (35% des primipares, 50% des multipares). Ces lésions étaient prédominantes à gauche et associées à une baisse de la contraction volontaire [1, 23, 31].

3) Facteurs de risque de l'IA en post-partum et mesures préventives

a) Facteurs favorisants et prévention en rapport

➢ Les extractions instrumentales

Tous les accoucheurs savent que l'accouchement vaginal est susceptible de se compliquer d'une déchirure du sphincter anal. Un des principaux facteurs de risque de périnée complet est l'extraction instrumentale [32]. En effet, forceps ou ventouse multiplient le risque de déchirure sphinctérienne par 1,5 à 4,7 [33]. Dans la plupart des études, les périnées complets sont plus fréquents après forceps que ventouse [33]. L'échographie trouve 80% de défects occultes après leur utilisation. L'emploi de ventouses est moins traumatique, elles ne représentent que 24% de défects échographiques [1].

Le risque d'IA après extraction instrumentale est multiplié par 7,2 [33].

De plus, toutes les études montrent que l'utilisation de forceps est sans doute le principal pourvoyeur de lésion du nerf pudendal [31].

La prévention passe par la diminution des indications d'extractions instrumentales. Les extractions de convenance sont bien sur contre-indiquées. Une extraction instrumentale sur deux est indiquée pour une suspicion de souffrance fœtale liée à une anomalie du rythme cardiaque fœtal. Or, il est démontré que ces anomalies sont un reflet assez médiocre du bien être fœtal. Les équipes obstétricales doivent avoir à leur disposition des instruments qui permettent d'apprécier plus précisément la physiologie fœtale : Ph au scalp, oxymétrie de pouls fœtal ou ECG fœtal. La mise en place de cette surveillance permettra de rassurer l'équipe obstétricale sur le bien être fœtal, de laisser progresser la présentation et de ne pas réaliser à tort une extraction instrumentale [33].

➢ L'épisiotomie

Les épisiotomies médianes employées par les anglo-saxons sont associées à une multiplication par trois à huit de la fréquence des périnées complets [1]. Elle augmente de 5,5 fois le risque d'incontinence [5]. Lors de l'expulsion, la distance séparant la paroi

vaginale du sphincter externe au niveau de la fourchette vulvaire est courte, une épisiotomie faite au niveau médian entraine donc une section partielle ou complète du sphincter externe. Elles sont donc déconseillées [33].

Les épisiotomies médio-latérales (EML), plus fréquemment pratiquées en France, chez la primipare ont un effet protecteur avec un risque de périnée complet divisé par 2,7. Chez la multipare, le risque est divisé par 4. Une étude réalisée par De Leeuw a démontré qu'en cas de périnée complet survenant chez une primipare, le risque d'IA était significativement plus faible chez les patientes qui avaient eu une EML que celles qui n'en avaient pas eu. L'auteur suggère qu'en diminuant l'étirement périnéal, l'EML diminue les lésions neurologiques et permet une récupération plus facile après un périnée complet. Aucune étude n'a été réalisée sur la taille de l'épisiotomie et sur sa précocité. Pourtant il est évident que l'EML n'a d'intérêt que si elle est assez précoce (anticipant la rupture sphinctérienne et l'étirement du nerf pudendal) et permet la section complète du muscle releveur de l'anus à distance de son insertion avec le sphincter externe, celui-ci se trouvant alors mis à distance et donc protégé. Enfin, aucune étude n'a comparé le taux de périnée complet partiel et le taux de périnée complet total selon que la patiente ait subi ou non une EML. Or, il est aujourd'hui démontré que le risque d'incontinence anale est d'autant plus élevé que la rupture sphinctérienne est étendue. Ainsi, le rôle bénéfique de l'EML pourrait être attribué non seulement à la diminution de l'étirement du périnée protégeant l'innervation, mais aussi à la protection même partielle du sphincter externe [34].

Cependant, il a été prouvé que l'épisiotomie médio-latérale ne suffit pas à prévenir les ruptures obstétricales des sphincters anaux. Elles ne doivent donc pas être réalisées en systématique. En effet, l'épisiotomie routinière ne protège pas contre les déchirures périnéales [33].

➢ La primiparité vaginale

Lors du 1er accouchement par voie basse, le risque de lésion du sphincter externe est plus important que ces lésions soient diagnostiquées d'emblée ou occultes [33].

Cependant, la neuropathie est liée à la multiparité : plus le nombre d'accouchements est important, plus le risque de lésions du nerf pudendal est élevé [1].

➢ Les présentations postérieures

Les présentations postérieures constituent également un facteur de risque de déchirures périnéales. Elles devraient être diagnostiquées pendant le travail. Cependant, des travaux ont montré les limites du diagnostic de présentation au toucher vaginal. L'échographie de présentation peut aider à prévoir les dégagements en occipito-sacré. Dans ce cas, une EML assez large et précoce est recommandée [33].

Les résultats des dernières études ont montré que la présentation en occipito-sacrée ne constitue pas à elle seule un facteur de risque significatif de déchirures périnéales sévères. Néanmoins, cette présentation est souvent associée à des conditions favorisant la survenue de déchirures sévères comme la pratique d'une extraction instrumentale. L'existence conjointe de facteurs de risque de déchirures sévères doit donc conduire à une grande prudence en cas de présentation postérieure [35].

➢ La macrosomie

Il existe une relation linéaire entre le poids du nouveau-né et le risque de périnée complet pour chaque intervalle de 500 grammes. Comme le démontrent les études, un poids fœtal supérieur à 4000 grammes fait entrer la patiente dans un groupe à haut risque de périnée complet [33].

Les macrosomies doivent être dépistées en utilisant l'interrogatoire de la patiente, la mesure de la hauteur utérine et l'estimation échographique du poids fœtal. Au-delà de 4500 grammes, il parait prudent de réaliser l'accouchement en présence de l'obstétricien afin d'avoir des conseils sur une éventuelle épisiotomie [33].

➢ Durée de la deuxième phase du travail

Concernant le déroulement du travail, il a été prouvé qu'il n'existe pas d'association entre le type d'anesthésie réalisée durant le travail et l'expulsion Il n'existe pas de lien qu'il s'agisse d'un travail avec ou sans analgésie, ou du type d'anesthésie loco-régionale et la survenue d'une lésion périnéale sévère. De même, la dose totale d'ocytocine utilisée pendant le travail n'intervient pas dans la survenue d'une déchirure sphinctérienne [36].

La durée de la première phase du travail n'est pas non plus liée à la survenue d'une lésion sphinctérienne [36]. Par contre, il existe une relation linéaire entre le taux de périnée complet et la durée de la deuxième phase du travail. Une deuxième phase du

travail supérieure à 120 minutes est un facteur de risque associé à la survenue d'une lésion périnéale de grade trois ou quatre [36]. Le taux de neuropathies est également augmenté lorsque la durée de la deuxième phase du travail est prolongée [1]. Les pièges qui peuvent induire une prolongation de cette phase doivent être évités (globe vésical, hyposinésie) [33].

➢ L'origine ethnique

Dans l'étude de De Leeuw, L'origine asiatique des patientes est également un facteur de risque de déchirures périnéales. Celui-ci est supérieur chez les femmes d'origine indienne [34].

➢ L'âge et indice de masse corporelle maternel

MacArthur a montré qu'un âge maternel élevé (supérieur à 30 ans) ou un indice de masse corporelle supérieur à 25 kg/m-2 constitue un risque accru de lésions sphinctériennes et d'IA trois mois après l'accouchement [37].

➢ Césariennes

Dès 1994, les travaux de Sultan ont montré qu'après une césarienne réalisée au cours du travail, il existait un allongement des temps de latence distale moteur du nerf pudendal [38]. La césarienne faite en cours de travail ne met donc pas les patientes à l'abri des IA post obstétricales du fait des lésions d'étirements neurologiques déjà constituées au moment de la césarienne [33].

L'étude de Hannah compare le devenir des patientes trois mois après soit une césarienne programmée, soit un accouchement par voie basse. Cette étude montre une absence d'effet bénéfique sur l'incidence des IA, qu'elles soient aux gaz ou aux solides [39].

Cependant on ne peut pas considérer que la césarienne prophylactique soit un facteur protecteur. La césarienne est un acte chirurgical et a une mortalité et une morbidité propres. De plus, les risques anesthésiques (inhalation), les risques pré-opératoires (blessures vésicales, digestives, uréthrale), les risques post-opératoires immédiats (accident thrombo-embolique, embolie amniotique) et à distance liés à l'existence d'un utérus cicatriciel pour les grossesses ultérieures (rupture utérine, placenta praévia et acréta) ne sont pas négligeables. Les risques de la césarienne doivent

être mis en balance avec ceux d'un accouchement par voie basse tant en ce qui concerne les risques maternels de lésion du sphincter anal externe et du nerf pudendal qu'en ce qui concerne les risques néonataux liés à l'extraction [33].

En conclusion, même les césariennes de convenance réalisées pour motif périnéal ne mettent pas les femmes à l'abri d'une IA.

b) Les mesures préventives

Le concept de prévention nous permet de trouver des solutions pour essayer de remédier ou de réduire la fréquence et l'incidence des déchirures de 3eme et de 4eme degré, ainsi que leurs complications [25].

La prévention de l'IA passe avant tout par la prévention des déchirures du 3eme ou 4eme degré et fait partie intégrante de notre rôle de sage-femme. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la prévention se décline en trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire.

➢ La prévention primaire

Il s'agit de tous les cas destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, en réduisant le risque d'apparition de cas nouveaux.

Il s'agit par exemple de toutes les actions réalisées avant l'accouchement. En effet les positions alternatives pendant la première phase du travail et le massage périnéal anténatal diminueraient les sutures périnéales mais n'apporteraient pas de bénéfices sur les symptômes périnéaux. L'utilisation prénatale d'un ballonnet vaginal gonflable augmenterait le nombre de périnée intact mais serait parfois à risque d'embolie gazeuse [4, 40].

De plus, une position latérale, assise, debout ou suspendue pour l'accouchement réduirait de quatre minutes la durée d'expulsion comparée à la position couchée. Cependant la position sur le coté augmenterait le nombre d'hémorragies de la délivrance. La poussée retardée (au moins deux heures après dilatation complète) diminuerait les interventions en partie moyenne (extraction instrumentales, rotation manuelle) mais ne modifierait pas le risque d'IA [4]. Le massage du périnée pendant l'expulsion spontanée diminuerait le risque de périnée complet [41].

Les études ont montré l'importance du contrôle manuel du périnée. La manœuvre de Ritgen (retenir avec la main gauche la tête du nouveau-né et la repousser vers le pubis tandis que la main droite soutien le périnée avec le pouce et l'index en crochetant avec le majeur le menton du fœtus) est cependant déconseillée même si certaines études prouvent le contraire [42].

Il est donc très important, dans le souci de protection périnéale, de ralentir l'expulsion de la tête, au petit couronnement, en particulier si une patiente accouche rapidement et sans péridurale [33].

➢ La prévention secondaire

Selon l'OMS, ce sont tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, en réduisant l'évolution et la durée.

Elle consiste à identifier des déchirures du sphincter externe et à en faire une réparation optimale. L'intervention sera au mieux réalisée par un praticien qualifié, en milieu chirurgical, avec une anesthésie suffisante. La suture d'un périnée complet doit être réalisée sous anesthésie loco-régionale ou générale permettant de relâcher le tonus de base du muscle strié sphincter externe facilitant ainsi la réparation [33].

La réparation des déchirures de troisième et quatrième degrés a une importance primordiale pour l'évolution de la guérison. Beaucoup d'études ont été réalisées sur les méthodes de réparation périnéales de ce type de déchirures. Selon la Cochrane, il existe deux méthodes de réparation reconnues pour les dommages du sphincter anal, soit la réparation bout à bout des extrémités déchirées du sphincter anal externe et leur suture sans chevauchement; soit la méthode de paletot [43]. Cette méthode consiste à suturer les extrémités déchirées du sphincter anal externe par chevauchement, d'une extrémité du muscle sur l'autre [25]. Ces méthodes sont réalisées immédiatement après avoir posé le diagnostic. Les deux méthodes semblent équivalentes [33].

De plus, l'échographie du sphincter anal réalisée juste après l'accouchement et avant la suture du périnée permet de détecter les ruptures sphinctériennes susceptibles de se compliquer d'une IA post-natale. La suture immédiate des déchirures anales diagnostiquées par échographie permet de réduire de moitié le risque d'IA sévère du post-partum [4]. Des conseils diététiques sont recommandés avec un régime riche en fibres. La patiente sera revue un mois puis trois mois après l'accouchement [33].

➢ Prévention tertiaire

Selon l'OMS, il s'agit de tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques dans une population, en réduisant au minimum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

Les femmes ayant une symptomatologie d'IA avant l'accouchement ou ayant un antécédent de périnée complet compliqué (lésion périnéale du 4eme degré) peuvent avoir une césarienne prophylactique pour protéger le complexe sphinctérien. En revanche, il n'y a pas d'argument suffisant pour valider une attitude de césarienne prophylactique en cas de lésions sphinctériennes infracliniques [33].

4) Conséquences à court, moyen et long terme : symptômes ano-rectaux, retentissement psychologique et social

a) Symptômes ano-rectaux

Les explorations fonctionnelles montent une persistance de l'altération des pressions sphinctériennes au-delà du troisième mois du post-partum, ainsi qu'une persistance d'un défect sphinctérien dans 65 à 80% des cas, en dépit de la réparation chirurgicale initiale. Toutes les femmes symptomatiques, même transitoirement, ont une rupture sphinctérienne.

Le devenir de ces femmes est mal connu. Cependant, on peut estimer qu'une grande proportion de celles qui ont un défect à l'échographie verront s'aggraver leurs symptômes lors des accouchements ultérieurs et au moment de la ménopause. Il existe un risque d'incontinence définitive après un autre accouchement chez les femmes ayant eu une incontinence transitoire après un périnée complet.

Parmi les femmes ayant une rupture sphinctérienne, seul un tiers de ces femmes est symptomatiques et 40% d'entre elles s'améliorent avant le sixième mois sans que les lésions échographiques ne se modifient. Le devenir de ces femmes asymptomatiques ou présentant des symptômes transitoires reste encore à étudier.

En ce qui concerne l'étirement du nerf pudendal suite à un accouchement par voie vaginal, on sait que la latence motrice distale du nerf est augmentée chez la moitié des femmes accouchant par voie basse. A deux mois, elle redevient normale, sauf dans 10% des cas où elle reste allongée (chez les multipares ou après forceps). A cinq ans, cette perturbation persiste et évolue en corrélation avec l'apparition d'incontinences urinaires d'effort ou d'incontinences anales aux gaz [1].

b) Retentissement psychologique et social

Le contexte de l'IA est difficile car il s'agit de femmes jeunes dont l'activité sociale et professionnelle peuvent être altérées par ces troubles fonctionnels. Le retentissement psychique est dominé par un sentiment de handicap dégradant, honteux et non avouable. Ce tabou est responsable notamment de l'absence de verbalisation de ces femmes qui n'en parlent que si on leur pose clairement la question [5].

D- Recommandations pour la pratique clinique (annexe V)

L'IA régresse généralement dans les mois qui suivent l'accouchement. Cette amélioration symptomatique s'effectue soit spontanément soit aidée des dix séances de rééducation habituellement prescrite dans le post-partum. Pour cette raison, il est recommandé de n'explorer les patientes que si les symptômes persistent au-delà de 6 mois [5].

En cas de symptômes mineurs à modérés persistants (incontinences aux gaz ou rares fuites de selles), seule la manométrie ano-rectale peut se justifier afin de quantifier l'évolution ultérieure après le traitement médical. Si l'incontinence est plus importante (incontinence aux selles avec port de protections, retentissement sur la vie sociale), un bilan plus complet se justifie avec une manométrie ano-rectale et une échographie endo-anale dans le cadre d'un bilan potentiellement pré-chirurgical.

Le traitement repose tout d'abord sur la rééducation périnéale du post-partum. Cependant, elle est rarement mise en pratique, par défaut de prescription ou de réalisation par la patiente. Il est préférable, en cas d'incontinence anale de prescrire une rééducation spécifique par biofeedback de l'anus, réalisée par un personnel motivé et spécialisé pour ce type de traitement. Exceptionnellement, lorsque l'IA est majeure, qu'elle persiste dans le temps et malgré la rééducation anale, on peut être amené à réaliser une réparation sphinctérienne. Dans ce cas il faudra mettre en évidence une rupture du sphincter externe par une échographie endoanale et la confirmer par une manométrie ano-rectale [15].

MATERIEL ET METHODE

A- Objectifs de la recherche

1) Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les connaissances des professionnels de santé des départements de l'Allier et du Puy de Dôme (les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes) concernant l'incontinence anale en post-partum.

2) Objectifs secondaires

Le premier objectif secondaire est d'évaluer les pratiques des professionnels en matière de prévention, de diagnostic et de prise en charge de l'incontinence anale en post-partum.

Le second objectif secondaire est d'interroger ces professionnels sur trois propositions de protocole de dépistage de l'incontinence anale en post-partum et savoir lequel pourrait être adopté en maternité.

B- Matériel

1) Type d'étude

Afin de répondre aux deux objectifs, nous avons réalisé une étude de type descriptive transversale basée sur des données observationnelles. Cette étude vise à réaliser un état des lieux des connaissances des professionnels de santé concernant l'incontinence anale en post-partum.

2) La population

La population cible est représentée par les professionnels de santé (sages-femmes et gynécologues-obstétriciens) des départements de l'Allier et du Puy de dôme.
L'échantillon est représenté par tous les professionnels de santé (sages-femmes et gynécologues-obstétriciens) ayant participé à l'étude et répondu au questionnaire leur ayant été distribué.

3) Critères d'inclusion et d'exclusion

a) Critères d'inclusion :

- Les sages-femmes hospitalières étant titulaires du diplôme d'état de sage-femme.
- Les sages-femmes libérales étant titulaires du diplôme d'état de sage-femme.

- Les sages-femmes exerçant dans le secteur privé étant titulaires du diplôme d'état de sage-femme.
- Les gynécologues-obstétriciens ayant une activité hospitalière.
- Les internes de spécialité en gynécologie-obstétrique.
- Les gynécologues-obstétriciens exerçant en secteur privé.

b) Critères d'exclusion :

- Les étudiants sages-femmes.
- Les cadres sages-femmes.
- Les sages-femmes enseignantes.
- Les sages-femmes exerçant en PMI
- Les gynécologues-obstétriciens exerçant en libéral.
- Les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens des départements du Cantal et de la Haute Loire.

4) Particularités éthiques

Cette étude a été réalisée dans les règles éthiques exigées, à savoir l'anonymat des professionnels de santé ayant participé à l'étude.

Au préalable à la distribution des questionnaires, des autorisations ont été obtenues par écrit auprès de monsieur Denis Savary, directeur de mémoire et madame Annick Viallon, sage-femme enseignante.

Puis, les sages-femmes cadres de chaque établissement ont d'abord été contactées par téléphone afin de leur expliquer les objectifs et le déroulement de l'étude. Puis un complément d'informations leur a été donné sur place lors du dépôt des questionnaires (sauf certains questionnaires qui ont été distribués par courrier). Leur consentement écrit ainsi que celui du médecin chef de pôles hospitaliers d'obstétrique et de gynécologie pour chacun des établissements, a ensuite été recueilli.

Le consentement des sages-femmes exerçant en libéral a, quant à lui, été recueilli oralement par téléphone avant l'envoi des questionnaires. Seules six sages-femmes n'ont pas répondu à l'appel.

C- Méthode

1) Critères de jugement

a) Critère de jugement principal :

Nombre de professionnels ayant des connaissances concernant l'incontinence anale en post-partum.

b) Critère de jugement secondaire :

Nombre de professionnels ayant des pratiques conformes aux recommandations nationales.

Nombre de professionnels de santé ayant choisi un des protocoles proposés.

2) Outils de recherche et de recueil

La méthode d'investigation pour mener à bien notre étude a reposé sur un questionnaire (voir annexe I).

Celui-ci est constitué de six parties. La première partie, intitulée « préambule » permet de classer les professionnels de santé, à savoir les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens et les internes et de distinguer leur secteur d'activité. La seconde partie apporte entre autre des renseignements sur l'activité professionnelle des personnes interrogées et pose des questions d'ordre général. Les trois parties suivantes traitent de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum et interrogent les professionnels de santé sur leurs connaissances en matière d'incontinence anale et sur leurs pratiques professionnels. La sixième et dernière partie permet de répondre à l'objectif secondaire. Elle propose trois protocoles de dépistage de l'incontinence anale en post-partum. Les professionnels sont libres de préciser lequel ou lesquels leur semblent le plus pertinent et seraient prêts à mettre en place pour leur service.

L'ensemble du questionnaire comprend 25 items, quatre questions ouvertes à réponses courtes, 21 questions fermées. Un des items comporte à la fois une question fermée et une question ouverte à réponse courte auxquelles les professionnels sont libres de répondre.

3) Indicateurs pour le questionnaire

Voir annexe II

4) Méthodes d'intervention

Avant son utilisation, le questionnaire a été testé auprès de quatre étudiantes sages-femmes en dernière année d'école de Clermont-Ferrand, une sage-femme et un interne de la maternité Estaing sur la période du dix-huit septembre au neuf octobre 2012. Le pré-test a permis d'apporter des modifications sur les questions 8, 16, 17, 19, 21 pour lesquelles il manquait les items « non concerné » ; et la question 14 a été mal comprise à l'unanimité.

Le questionnaire s'accompagnait d'une lettre explicative pour préciser les objectifs de l'étude ainsi que l'impact que pourrait avoir cette étude.

Le questionnaire a été envoyé par courrier aux 37 sages-femmes libérales des départements de l'Allier et du Puy de Dôme. Au préalable, leur consentement a été personnellement recueilli au téléphone. Seules six d'entre elles n'ont pas répondu à cet appel ; un questionnaire leur a quand même été envoyé malgré l'absence de consentement. Dans l'enveloppe était jointe au questionnaire une enveloppe de retour timbrée.

A la maternité Estaing, 50 questionnaires ont été déposés dans les casiers du courrier personnel de chacun des professionnels réalisant des consultations d'obstétrique (certaines sages-femmes, l'ensemble des internes et des gynécologues-obstétriciens) au sein du service des consultations. Pour le retour des questionnaires, une boîte de recueil intitulée « réponses questionnaires incontinence anale en post-partum » était laissée à disposition sur une table dans la même salle.

45 autres questionnaires destinés aux autres sages-femmes ont été accrochés sur chacun des casiers personnels des sages-femmes dans deux vestiaires. Une enveloppe de réponses intitulée « réponses questionnaires incontinence anale en post-partum » était laissée à disposition dans les deux vestiaires. Enfin, une boîte contenant 20 questionnaires vierges était laissée à disposition en salle de naissance, accompagnée d'une affiche laissée dans le bureau. Au total, 115 questionnaires ont été distribués au cours de la période du 15 octobre au 26 octobre 2012. A partir de la période du 30 octobre jusqu'au 11 décembre 2012, les professionnels ont, en plus, été interrogés chaque jour individuellement quant à leur participation à l'étude.

A la maternité de Montluçon, 26 questionnaires ont été distribués et récupérés par la cadre du service. Les gynécologues-obstétriciens ont refusé de participer à l'étude.

A la maternité de Moulins, 35 questionnaires ont été envoyés par courrier à la cadre du service. Dans l'enveloppe était jointe une enveloppe timbrée pour le retour. La cadre s'est elle-même occupée de la distribution et du retour des questionnaires.

A la maternité de Vichy et de Thiers, 37 et 18 questionnaires ont respectivement été déposés en main propre aux cadres du service, distribués par ceux-ci. Ils ont ensuite été récupérés en main propre.

A la maternité d'Issoire, 18 questionnaires ont été déposés dans les casiers personnels des sages-femmes, et distribués aux médecins par la cadre du service. Les questionnaires ont ensuite été récupérés en main propre.

A la clinique de la Chataigneraie, 35 questionnaires ont été déposés en main propre dans le bureau des sages-femmes, 11 questionnaires destinés aux médecins ont été distribués à chacune de leur secrétaire.

Au total, 332 questionnaires ont été distribués. La distribution a eu lieu du 15 octobre au 15 novembre 2012.

5) Traitement informatique et analyse statistique des données

Les données du questionnaire ont été relevées avec saisie informatique directe et anonyme, sur le logiciel Microsoft Office Excel 2007.

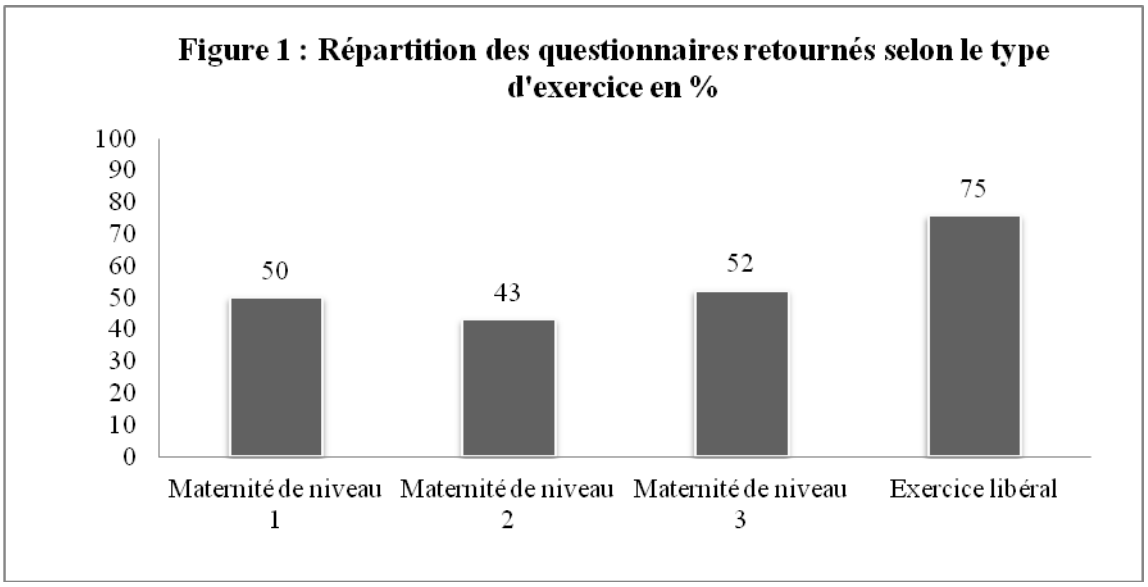
Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel « R ».

Nous avons utilisé comme test statistique le test du Chi^2. Nous avons retenu comme valeur significative sur le plan statistique, une valeur $p < 0,05$.

RESULTATS ET ANALYSES

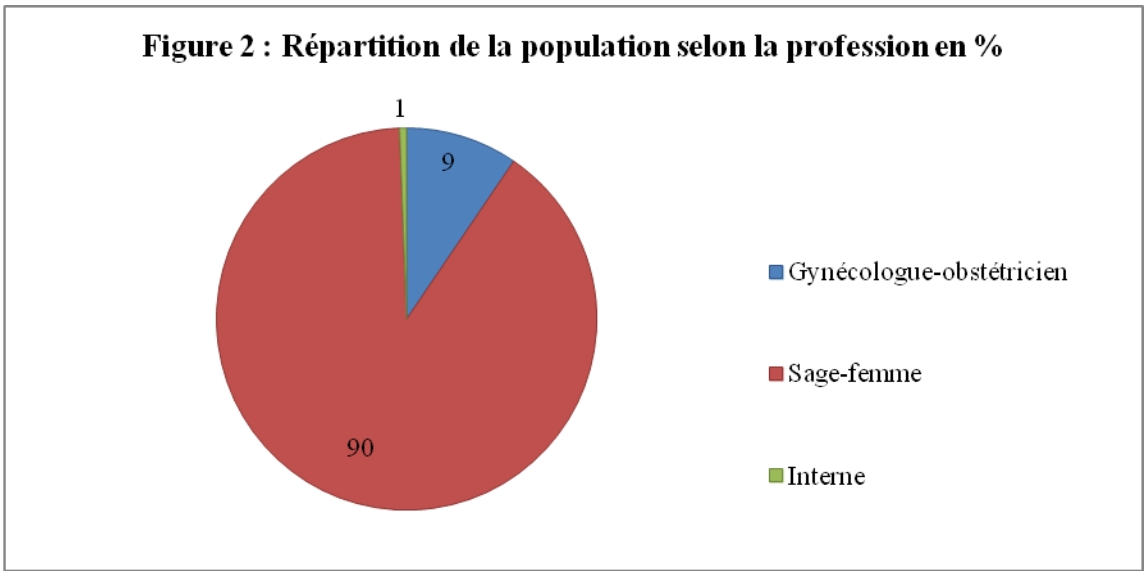
A- Description de la population étudiée

1) Le taux de participation



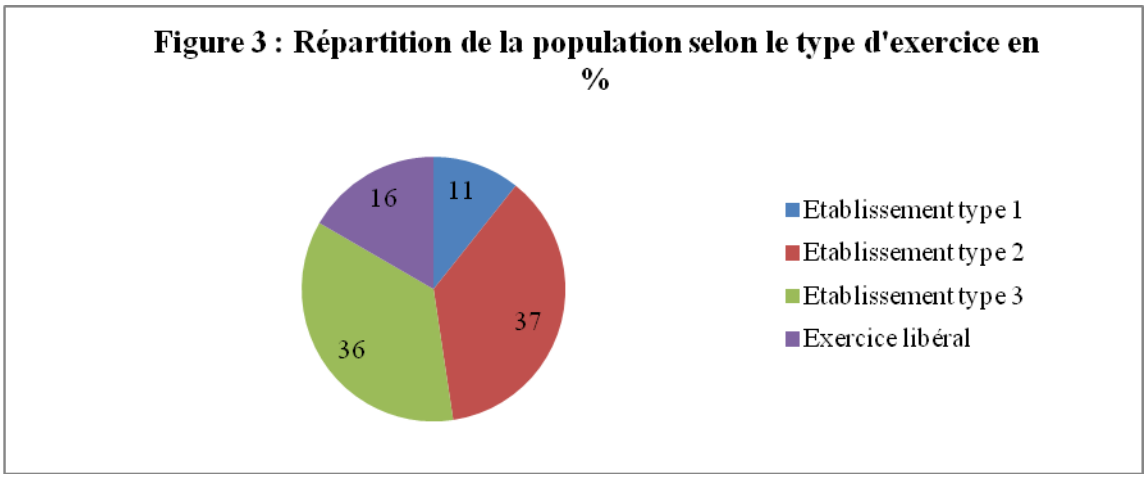
Sur 332 questionnaires distribués, seuls 168 ont été retournés. Le taux de participation était donc de 50,6 %.

2) La catégorie de praticiens

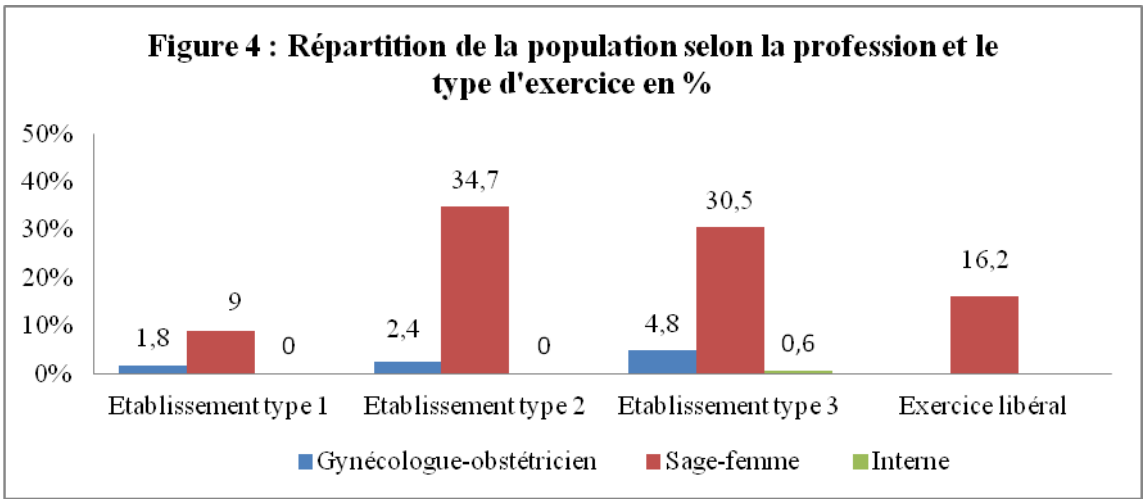


L'échantillon de la population étudiée était composé de 9% (n=16) de gynécologues-obstétriciens, de 90% (n=151) de sages-femmes et de 1% d'interne (n=1).

3) Le type d'exercice



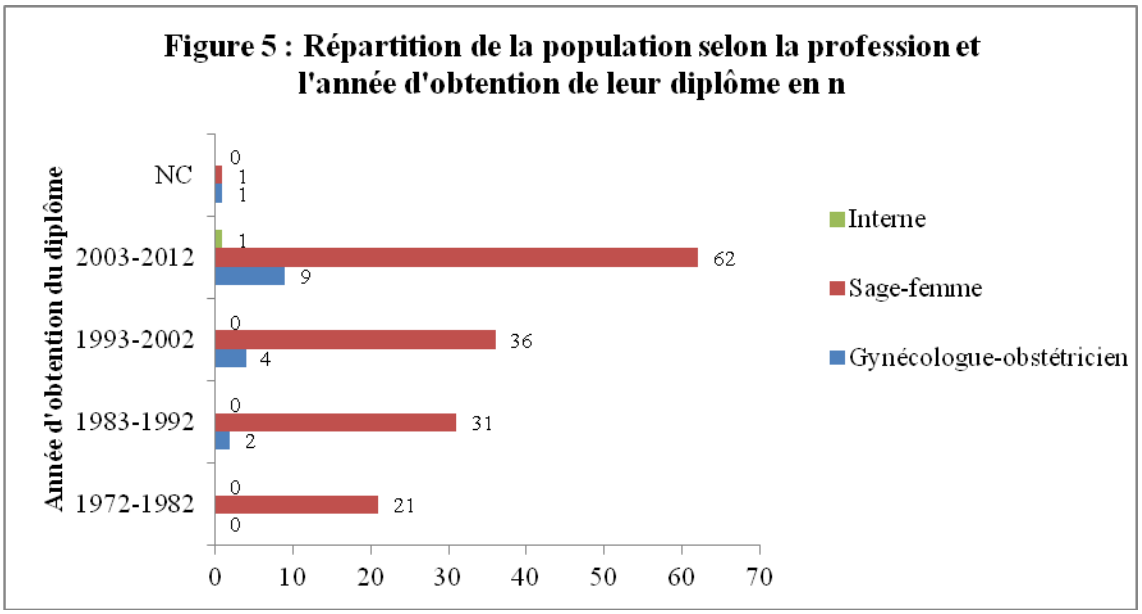
Les résultats ont montré que 11% (n=18) de l'échantillon exerçait dans un établissement de type 1, 37% (n=62) exerçait dans un établissement de type 2, 36% (n=60) exerçait dans un établissement de type 3 et 16% (n=28) exerçait en libéral.



Notre échantillon était composé de 1,8 % (n=3) de gynécologues-obstétriciens exerçant dans un établissement de type 1 ; 9 % (n=15) de sages-femmes exerçant dans un établissement de type 1 ; 2,4 % (n=4) de gynécologues-obstétriciens exerçant dans un établissement de type 2 ; 34,7 (n=58) de sages-femmes exerçant dans un établissement de type 2 ; 4,8 % (n=8) de gynécologues-obstétriciens exerçant dans un établissement de type 3 ; 30,5 % (n=51) de sages-femmes exerçant dans un établissement de type 3. Enfin l'échantillon étudié était composé de 16,6 % (n=27) de sages-femmes exerçant en libéral.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la profession exercée et le secteur d'exercice (p=0,44).

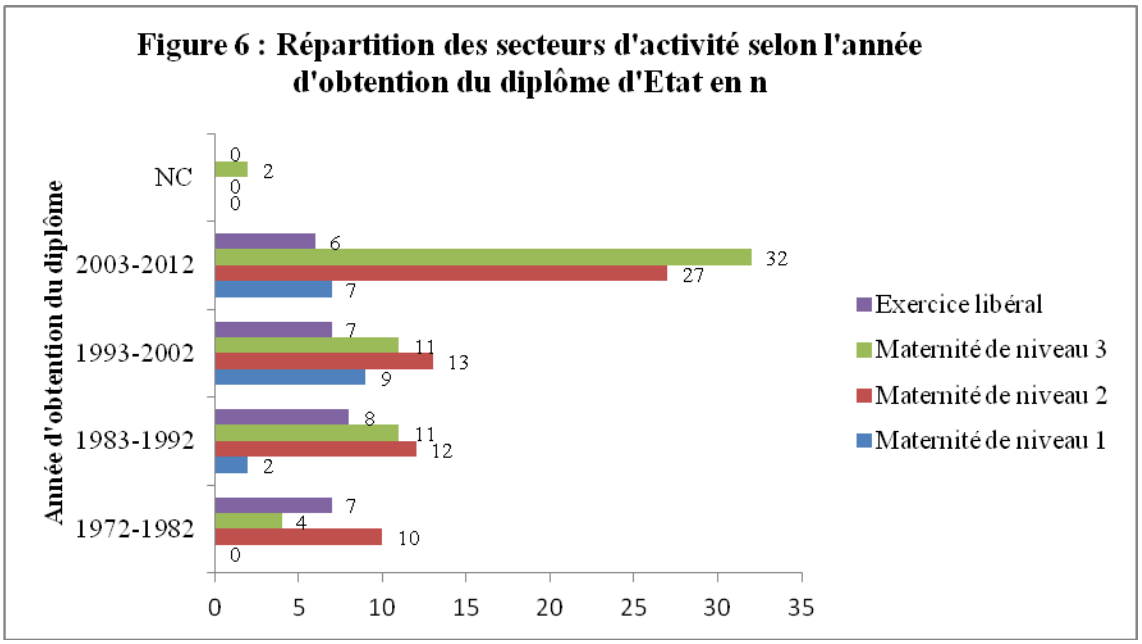
4) L'année d'obtention du diplôme d'Etat



Les professionnels de l'échantillon ont été diplômés entre 1972 et 2012.

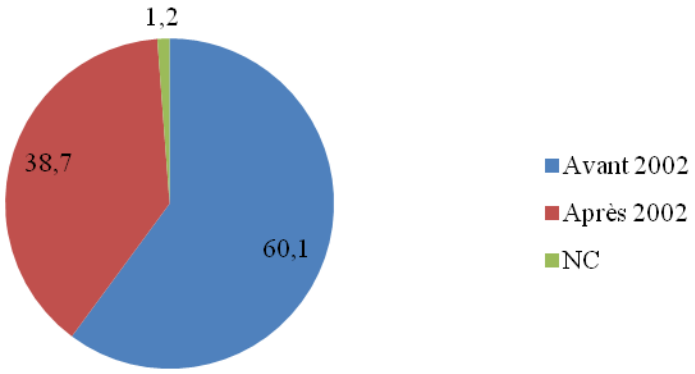
Le taux NC correspondait aux professionnels n'ayant pas donné cette information sur le questionnaire.

L'année moyenne d'obtention du diplôme d'Etat pour la profession de sage-femme était 1997, celle pour la profession de gynécologue-obstétricien était 2001, et celle pour les internes était 2010.



L'année moyenne d'obtention du diplôme d'état du secteur libéral était 1991, celle du secteur hospitalier de type 1 était de 2000, celle du secteur hospitalier de type 2 était 1997 et celle du secteur hospitalier de type 3 était 2000.

Figure 7 : Répartition de la population selon la période d'obtention du diplôme d'Etat en %



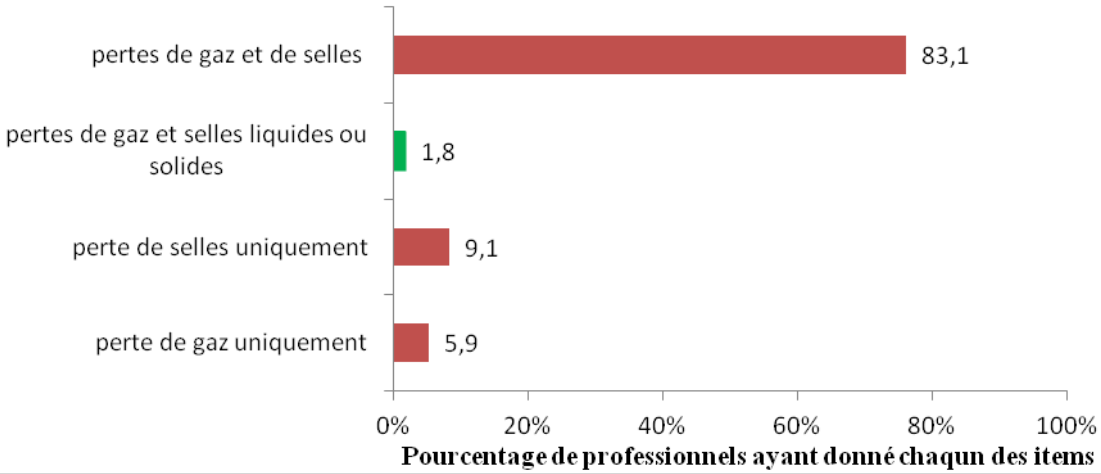
Les résultats ont montré que 60,1% (n=101) ont été diplômé avant 2002 ; 38,7% (n=65) ont été diplômés près 2002, 1,2% (n=2) n'ont pas répondu à la question.

B- A propos de l'incontinence anale

1) Connaissance des professionnels de santé sur le sujet de l'incontinence anale en post-partum

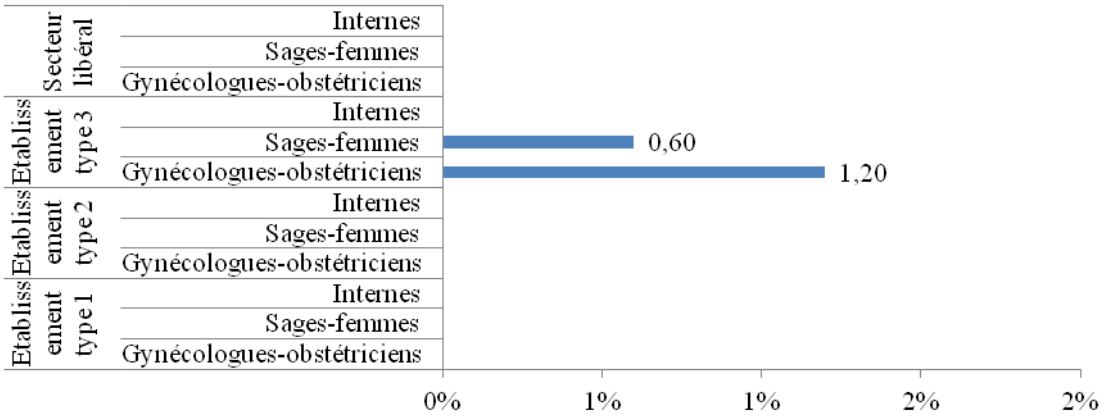
a) La définition de l'incontinence anale en post-partum

Figure 8 : Définition de l'IA selon les professionnels en %



Seuls 1,8% des professionnels ont donné la définition complète de l'IA c'est-à-dire une perte incontrôlée de gaz et ou de selles liquides et ou solides, 5,9% l'ont définit comme une perte incontrôlée de gaz uniquement, 9,1% comme une perte incontrôlée de selles uniquement, 83,1% comme une perte de gaz et ou de selles sans préciser la nature des selles.

Figure 9 : Répartition de la population ayant donnée une définition complète de l'incontinence anale en post-partum selon la profession par type type d'exercice en %

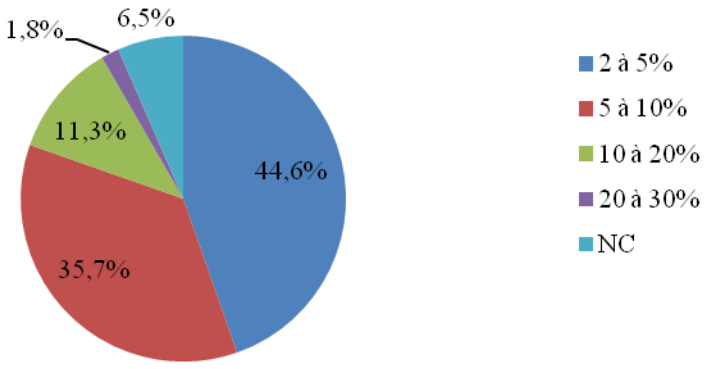


Seuls des professionnels exerçant dans un établissement de type 3 ont défini l'incontinence anale en post-partum de manière complète. 0,60% (n=1) des sages-femmes et 1,20% (n=2) des gynécologues-obstétriciens ont répondu correctement à cette question.

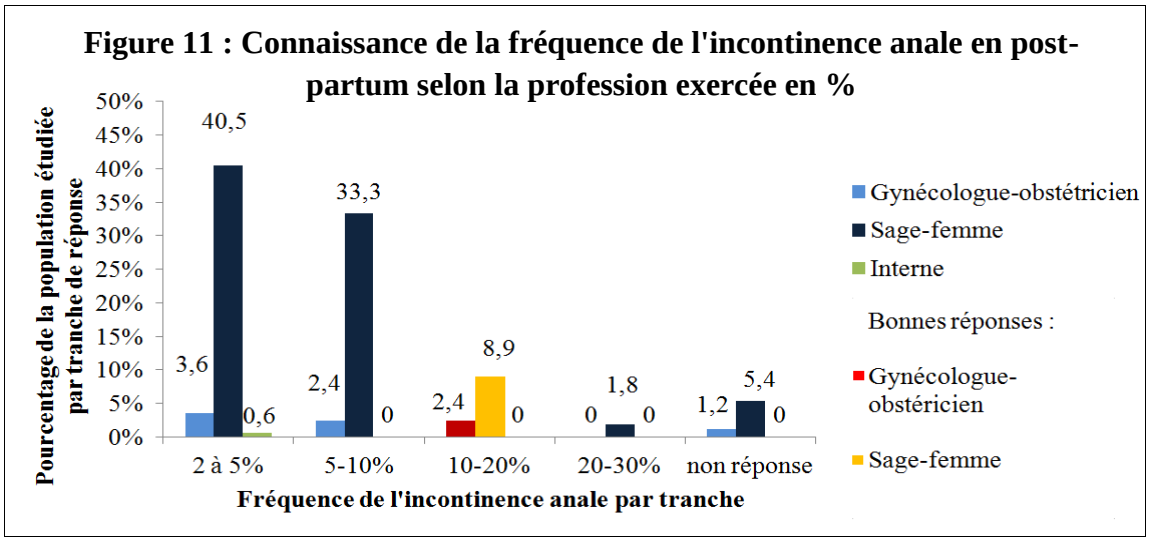
Il existe un lien statistiquement significatif entre la profession exercée et le fait d'avoir donné ou non la définition complète de l'IA en post-partum (**p=0,04**).

b) La fréquence de l'incontinence anale en post-partum

Figure 10 : Connaissance de la fréquence de l'incontinence anale en post-partum en %

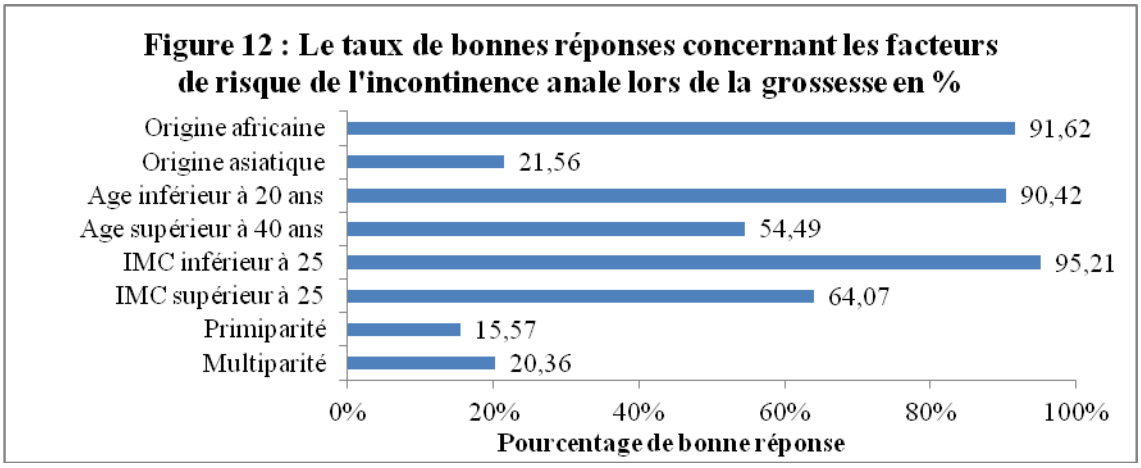


Globalement, les professionnels ont répondu, à tort, que la fréquence de l'IA en post-partum était comprise entre 2 et 5%. Seuls 11,3% (n=19) ont répondu correctement à la question (10 à 20%).



Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la profession exercée et l'opinion des professionnels concernant la fréquence de l'incontinence anale en post-partum (p=0,50).

c) Les facteurs de risque pendant la grossesse



Le graphique ci-dessus a montré que 20,36% (n=34) des professionnels ont pensé que la multiparité n'est pas un facteur de risque de l'incontinence anale pendant la grossesse ; 15,57% (n=26) ont désigné la primiparité comme facteur de risque. Concernant l'IMC, 64,07% (n=107) ont pensé que lorsqu'il est supérieur à 25, c'était un facteur de risque, 95,21% (n=159) ont pensé que s'il est inférieur à 25, ce n'était pas un facteur de risque. Le graphique a montré aussi que 54,49% (n=91) des professionnels ont pensé que la femme âgée a plus de risque, 92,42% (n=151) ont pensé que la femme très jeune est un facteur de risque. Enfin 21,56% (n=36) des professionnels ont pensé que l'origine asiatique peut constituer un facteur de risque ; 91,62% (n= 153) ont pensé que les femmes d'origine africaine ne constituent pas un facteur de risque.

Tableau I : Le taux de bonnes réponses concernant les facteurs de risque de l'incontinence anale en post-partum selon la profession exercée en %

Facteurs de risque de l'incontinence anale	Gynécologue-obstétricien	Sage-femme	Interne	p-value
Multiparité	31,3	29,3	100	0,72
Primiparité*	31,3	14	0	0,12
IMC supérieur à 25*	62,5	64	100	0,73
IMC inférieur à 25	87,5	96	100	0,26
Age supérieur à 40 ans*	62,5	60	0	0,34
Age inférieur à 20 ans	81,3	82	100	0,34
Origine asiatique*	25	21,3	0	0,77
Origine africaine	87,5	92	100	0,73

*Facteurs de risque avéré

Le tableau ci-dessus a montré que les sages-femmes ont globalement moins bien répondu au fait que la primiparité soit un facteur de risque par rapport au gynécologues-obstétriciens.

Aucun des résultats n'était significatif.

Tableau II : Le taux de bonnes réponses concernant les facteurs de risque de l'IA en post-partum selon le secteur d'exercice en %

Facteurs de risque de l'incontinence anale	Etablissement type 1	Etablissement type 2	Etablissement type 3	Exercice libéral	p-value
Multiparité	16,7	22,6	18,3	22,2	0,76
Primiparité*	11,1	12,9	13,3	29,6	0,22
IMC supérieur à 25*	61,1	56,5	68,3	74,1	0,38
IMC inférieur à 25	100	95,2	96,7	88,9	0,34
Age supérieur à 40 ans*	55,6	46,8	70	37	**0,0070**
Age inférieur à 20 ans	83,3	95,2	90	85,2	0,33
Origine asiatique*	27,8	19,4	26,7	11,1	0,30
Origine africaine	94,4	90,3	91,7	92,6	0,94

*Facteurs de risque avéré

Le tableau II ci-dessus nous a montré qu'il existait une différence statistiquement significative uniquement entre la profession exercée et le fait de bien répondre à la question « l'âge supérieur à 40 ans est un facteur de risque ». Les résultats étaient la plupart du temps similaire proportionnellement. Concernant l'origine asiatique, le tableau a montré des résultats sensiblement différents mais pas suffisamment pour qu'ils soient significatifs.

Tableau III : Le taux de bonnes réponses concernant les facteurs de risque de l'IA en post-partum selon la période d'obtention du diplôme d'état en %

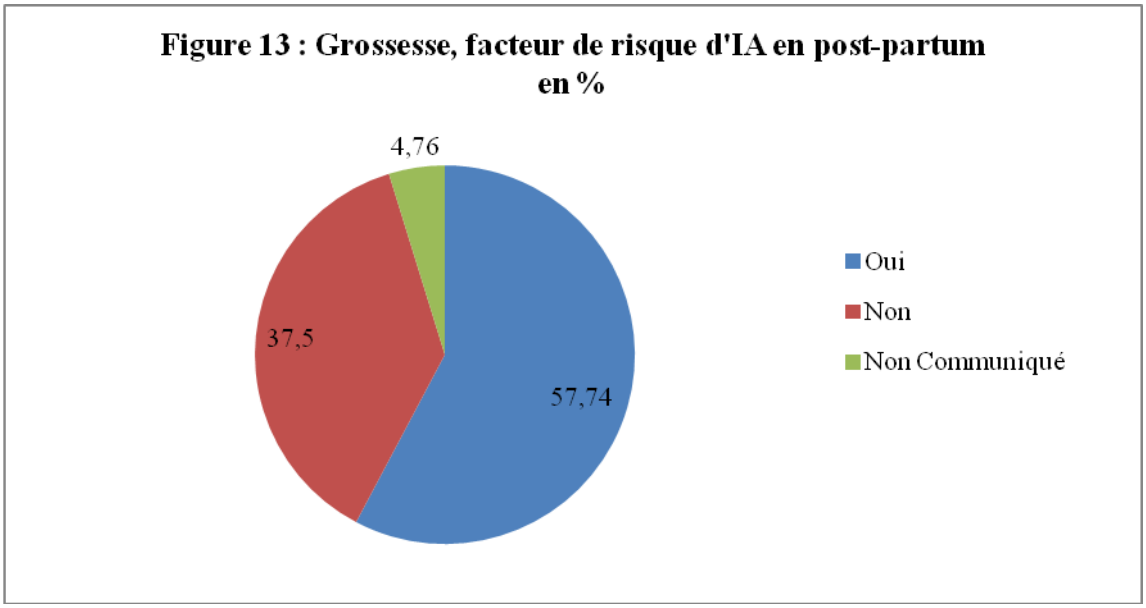
Facteur de risque de l'incontinence anale	Avant 2002	Après 2002	p-value
Multiparité	22	15,6	0,47
Primiparité*	17	14,1	0,76
IMC supérieur à 25*	61	70,3	0,32
IMC inférieur à 25	95	95,3	0,78
Age supérieur à 40 ans*	52	59,4	0,40
Age inférieur à 20 ans	90	90,6	0,89
Origine asiatique*	15	32,8	**0,01**
Origine africaine	90	93,8	0,57

*Facteurs de risque avéré

Le tableau ci-dessus a montré que les résultats étaient statistiquement significatifs uniquement pour le fait de bien répondre à la question « l'origine asiatique est un facteur de risque ».

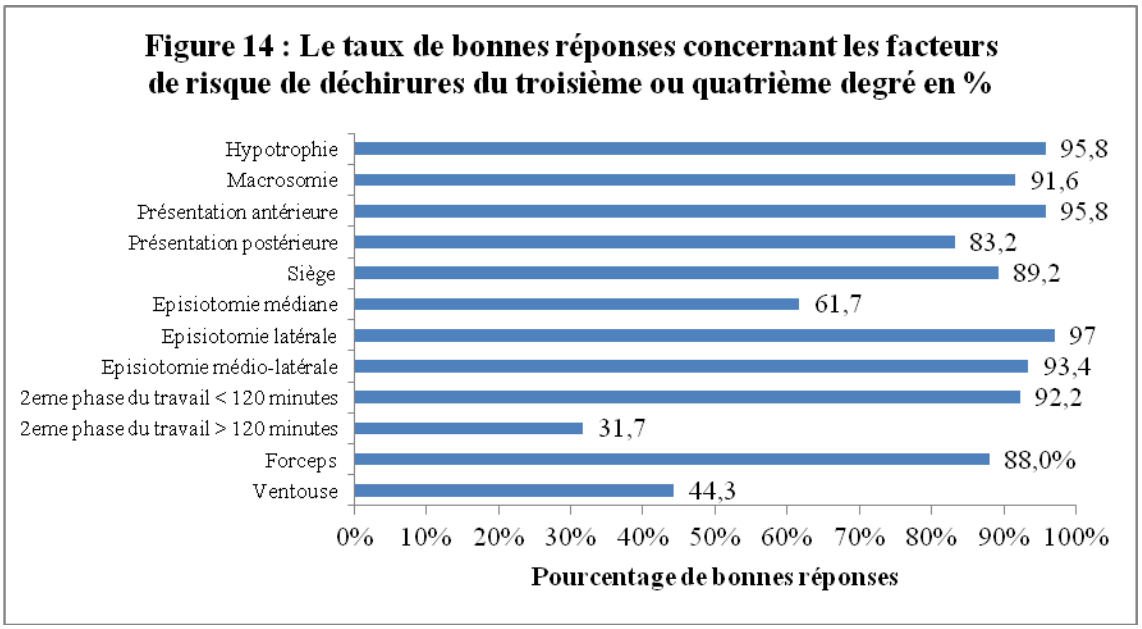
d) La grossesse en elle-même, est-elle un facteur de risque de l'IA en post-partum ?

Figure 13 : Grossesse, facteur de risque d'IA en post-partum en %



Le graphique ci-dessus a montré que 57,74%(n=97) ont répondu à tort que la grossesse était un facteur de risque de l'IA en post-partum et que 4,76%(n=8) ont répondu juste à la question et pensaient que l'incontinence anale n'a aucun lien avec la grossesse.

e) Les facteurs de risque des déchirures du 3eme ou du 4eme degré



La figure ci-dessus a montré que les professionnels avaient un taux de bonnes réponses inférieur à 50% en ce qui concernait la connaissance des facteurs de risque : la 2eme phase du travail supérieure à 120 minutes et la ventouse.

Tableau IV: Le taux de bonnes réponses concernant les facteurs de risque de déchirures du troisième ou quatrième selon la profession exercée en %

Facteurs de risque de déchirures du 3eme ou 4eme degré	Gynécologue-obstétricien	Sage-femme	Interne	p-value
Ventouse*	68,8	42,7	0	0,39
Forceps*	81,3	89,3	0	**0,02**
2eme phase du travail > 120 minutes*	43,8	30,7	0	0,34
2eme phase du travail < 120 minutes	87,5	92,7	0	0,67
Episiotomie médio-latérale	87,5	94	0	0,52
Episiotomie latérale	93,8	97,3	0	0,67
Episiotomie médiane*	81,3	59,3	100	0,079
Siège	100	88	0	0,34
Présentation postérieure*	87,5	82,7	100	0,48
Présentation antérieure	100	95,3	0	0,67
Macrosomie*	93,8	91,3	100	0,44
Hypotrophie	100	95,3	0	0,67

*Facteurs de risque avéré

Le tableau ci-dessus a montré que malgré des réponses bien différentes entre les différents professionnels, les résultats n'étaient significatifs que pour le facteur de risque « forceps ». Les autres résultats n'étaient pas significatifs.

Tableau V : Le taux de bonnes réponses concernant les facteurs de risque de déchirures du troisième ou quatrième degré selon le secteur d'exercice en %

Facteurs de risque de déchirure du 3eme ou 4eme degré	Etablissement type 1	Etablissement type 2	Etablissement type 3	Exercice libéral	p-value
Ventouse*	50	53,2	31,7	48,1	0,06
Forceps*	88,9	93,5	80	92,6	0,22
2eme phase du travail > 120 minutes*	50	25,8	36,7	22,2	0,11
2eme phase du travail < 120 minutes	100	93,5	95	77,8	**0,02**
Episiotomie médio-latérale	83,3	96,8	91,7	96,3	0,18
Episiotomie latérale	88,9	98,4	96,7	100	0,14
Episiotomie médiane*	72,2	53,2	70	55,6	0,12
Siège	94,4	9,7	88,3	85,2	0,79
Présentation postérieure*	72,2	87,1	81,7	85,2	0,52
Présentation antérieure	88,9	98,4	96,7	92,6	0,27
Macrosomie*	77,8	93,5	90	100	0,13
Hypotrophie	94,4	96,8	96,7	92,6	0,81

*Facteurs de risque avéré

Le tableau ci-dessus montre que seul le facteur de risque « 2eme phase du travail <120 minutes » est statistiquement significatif. Les autres résultats montrent parfois des différences mais ne sont pas statistiquement significatifs.

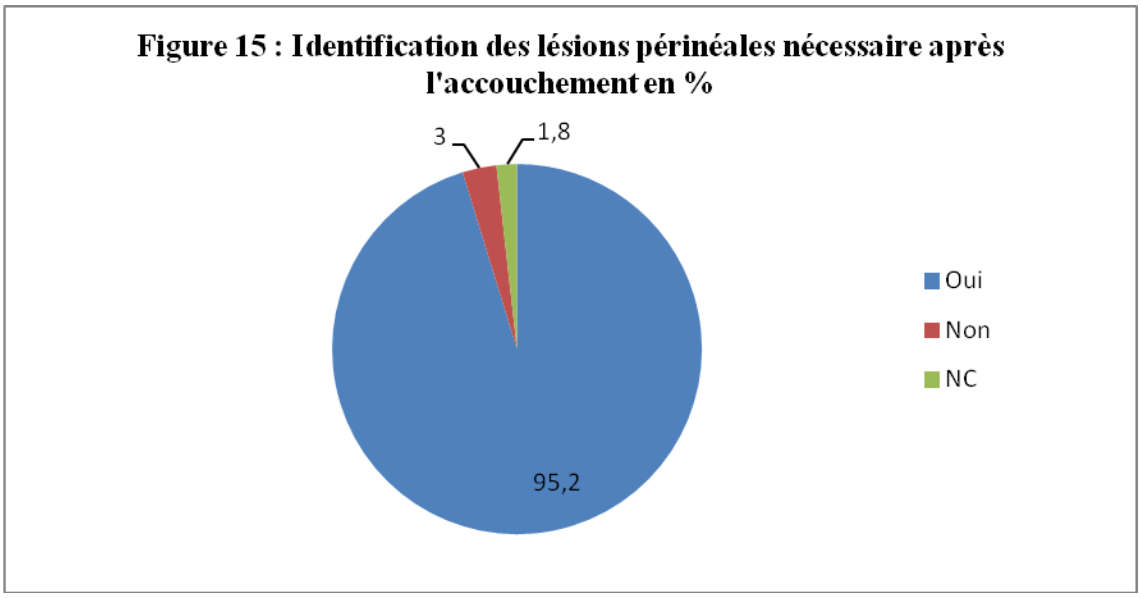
Tableau VI : Le taux de bonnes réponses concernant les facteurs de risque de déchirures du troisième ou quatrième degré selon la période d'obtention du diplôme d'État en %

Facteurs de disque de déchirure du 3eme ou 4eme degré	Avant 2002	Après 2002	p-value
Ventouse*	50,5	35,4	0,07
Forceps*	91,1	86,2	0,59
2eme phase du travail > 120 minutes*	23,8	44,6	**0,008**
2eme phase du travail < 120 minutes	93,1	90,8	0,80
Episiotomie médio-latérale	93,1	93,8	0,90
Episiotomie latérale	97	96,9	0,67
Episiotomie médiane*	54,5	73,8	**0,01**
Siège	91,1	86,2	0,45
Présentation postérieure*	82,2	84,6	0,84
Présentation antérieure	94,1	98,5	0,32
Macrosomie*	91,1	92,3	0,99
Hypotrophie	97	93,8	0,54

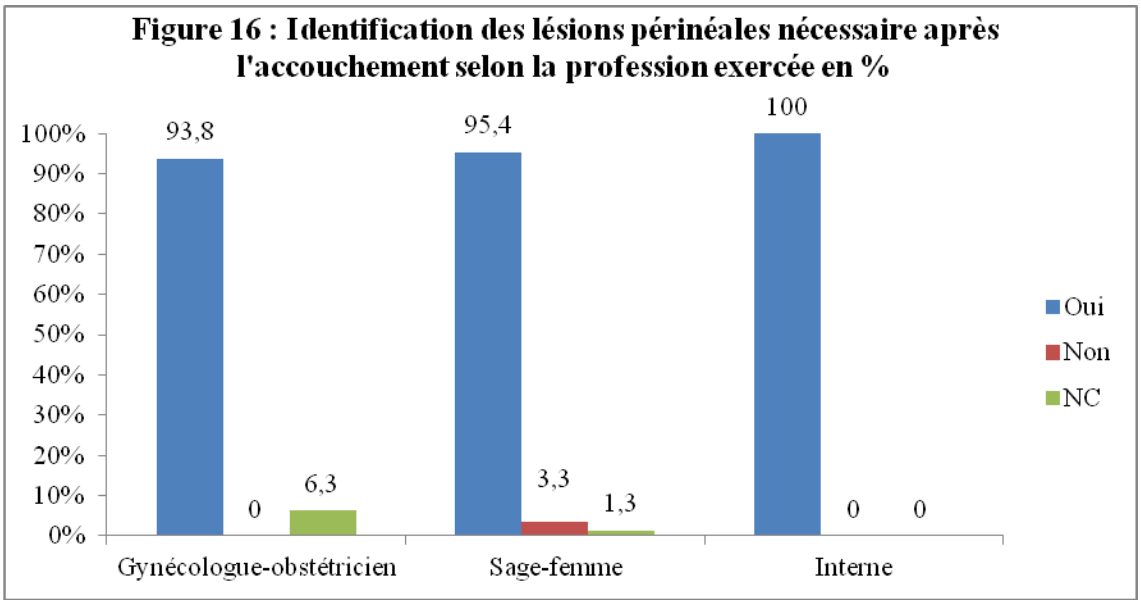
*Facteurs de risque avéré

Deux des résultats étaient statistiquement significatifs : la 2eme phase du travail > 120 minutes et l'épisiotomie médiane. Les autres résultats ont montré parfois des différences mais n'étaient pas statistiquement significatifs.

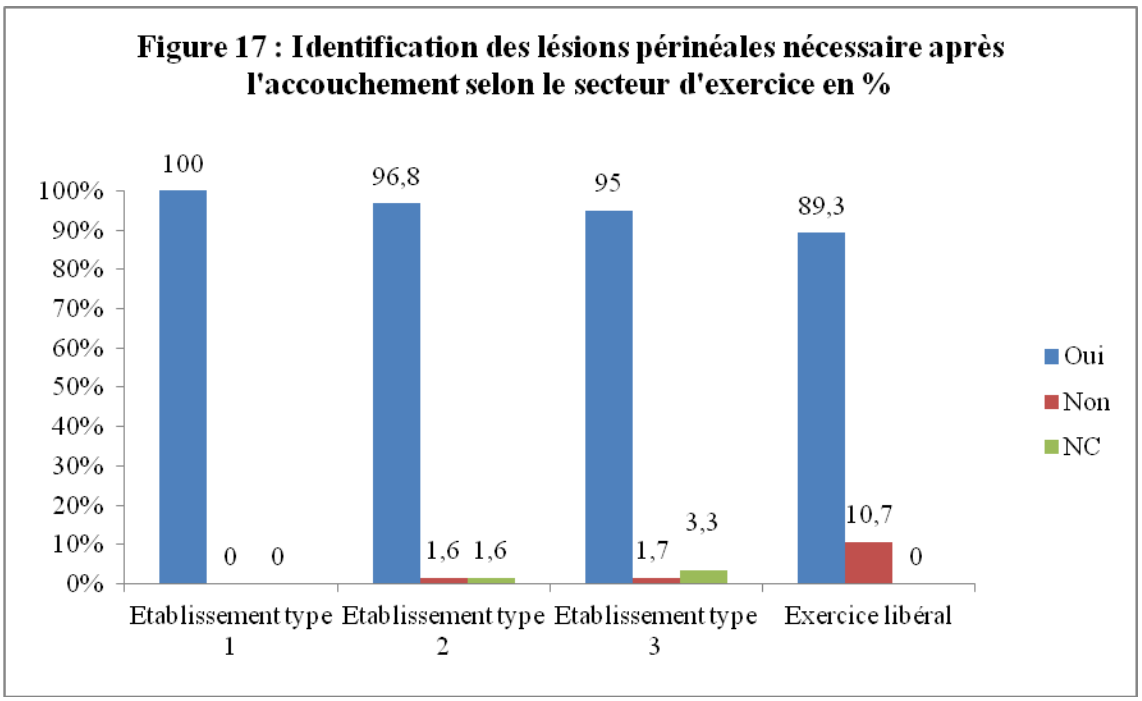
f) L'identification des lésions périnéales



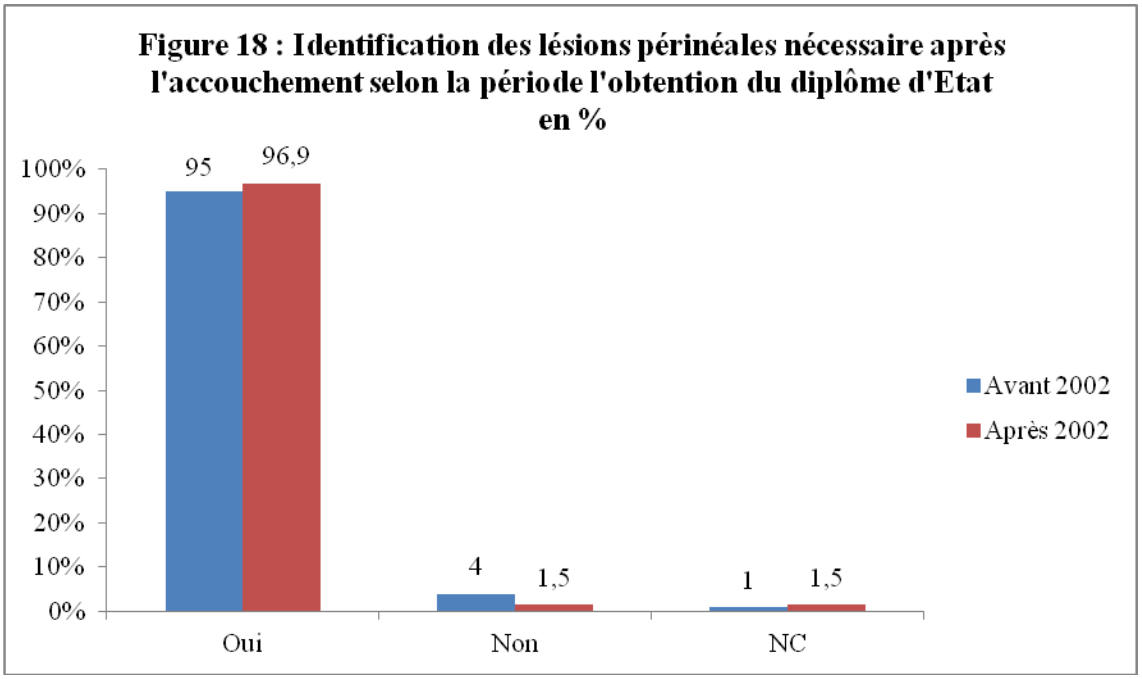
Parmi les professionnels interrogés, 95,2% (n=160) ont pensé que l'identification des lésions périnéales après un accouchement était indispensable, 3% (n=5) ont pensé qu'il n'y avait aucun intérêt à faire un bilan d'identification de ces lésions, et 1,8% (n=3) n'ont pas donné leur avis sur la question.



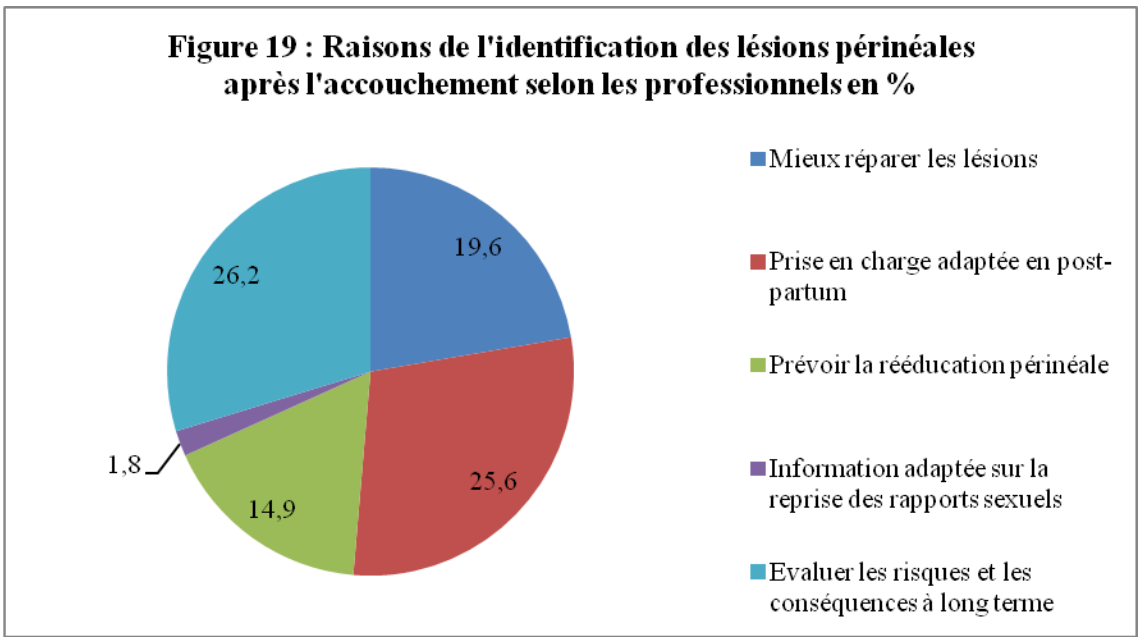
La figure ci-dessus a montré que les résultats n'étaient pas significatifs (p=0,75).



La figure ci-dessus a montré que les résultats n'étaient pas significatifs (p=0,07).



La figure ci-dessus a montré que les résultats n'étaient pas significatifs (p= 0,67).



Parmi les professionnels interrogés, 19,6% (n=33) ont pensé qu'il était indispensable d'identifier les lésions périnéales après un accouchement pour pouvoir mieux les réparer ; 25,6% (n=43) ont pensé qu'elle permettait une meilleure prise en charge et un prise en charge adaptée pendant le séjour en post-partum ; 14,9% (n=25) ont pensé qu'elle permettait de mieux mettre en place de la rééducation périnéale en post-partum ; 1,8% (n=3) qu'elle permettait de donner une information adaptée concernant la reprise des rapports sexuels ; 26,2% (n=44) ont pensé qu'elle permettait de mieux évaluer les risques et les conséquences à long terme.

Tableau VII : Les connaissances concernant les raisons de l'identification des lésions périnéales après l'accouchement selon la profession exercée en %

Raison de l'identification des lésions périnéales	Gynécologue-obstétricien	Sage-femme	Interne	p-value
Mieux réparer les lésions	37,5	17,9	0	0,15
prise en charge adaptée en post-partum	18,8	26,5	0	0,66
Prévoir la rééducation périnéale	6,3	15,9	0	0,53
Information adaptée sur la reprise des rapports sexuels	6,3	1,3	0	0,36
Evaluer les risques et les conséquences à long terme	25	26,5	0	0,82

Le tableau ci-dessus montre qu'aucun des résultats n'était statistiquement significatif.

Tableau VIII : Les connaissances concernant les raisons de l'identification des lésions périnéales après l'accouchement selon le type d'exercice en %

Raison de l'identification des lésions périnéales après l'accouchement	Etablissement type 1	Etablissement type 2	Etablissement type 3	Exercice libéral	p-value
Mieux réparer les lésions	5,6	24,2	25	7,1	0,07
prise en charge adaptée en post-partum	16,7	24,2	30	25	0,69
Prévoir la rééducation périnéale	0	0	0	89,3	**<2,2e-16**
Information adaptée sur la reprise des rapports sexuels	5,6	3,2	0	0	0,28
Evaluer les risques et les conséquences à long terme	11,1	27,4	28,3	28,6	0,49

Le tableau ci-dessus a montré que seule la variable « prévoir une rééducation périnéale » était statistiquement significative.

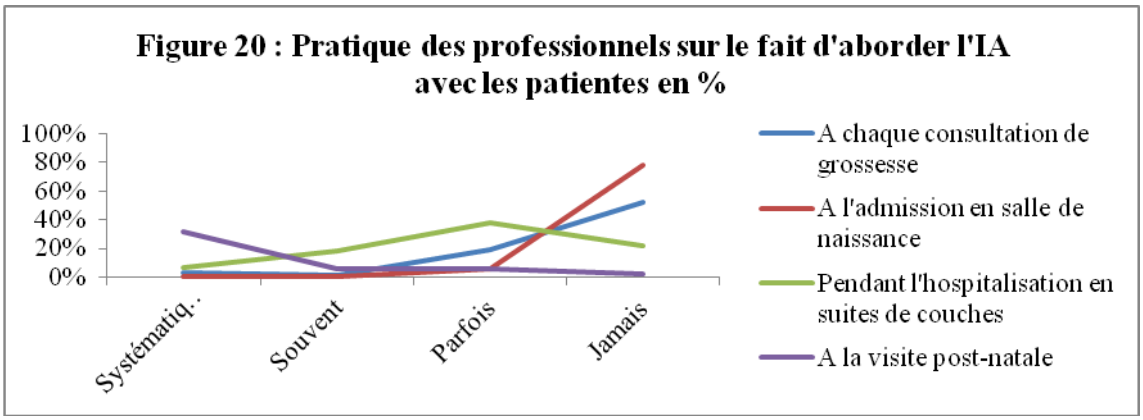
Tableau IX : Les connaissances concernant les raisons de l'identification des lésions périnéales après l'accouchement selon l'année d'obtention du diplôme d'État en %

Raison de l'identification des lésions périnéales	Avant 2002	Après 2002	p-value
Mieux réparer les lésions	20,8	18,5	0,86
prise en charge adaptée en post-partum	23,8	29,2	0,54
Prévoir la rééducation périnéale	22,8	3,1	**0,001**
Information adaptée sur la reprise des rapports sexuels	2	1,5	0,69
Evaluer les risques et les conséquences à long terme	24,8	29,2	0,64

Le tableau ci-dessus a montré que seule la variable « prévoir une rééducation périnéale » était statistiquement significative.

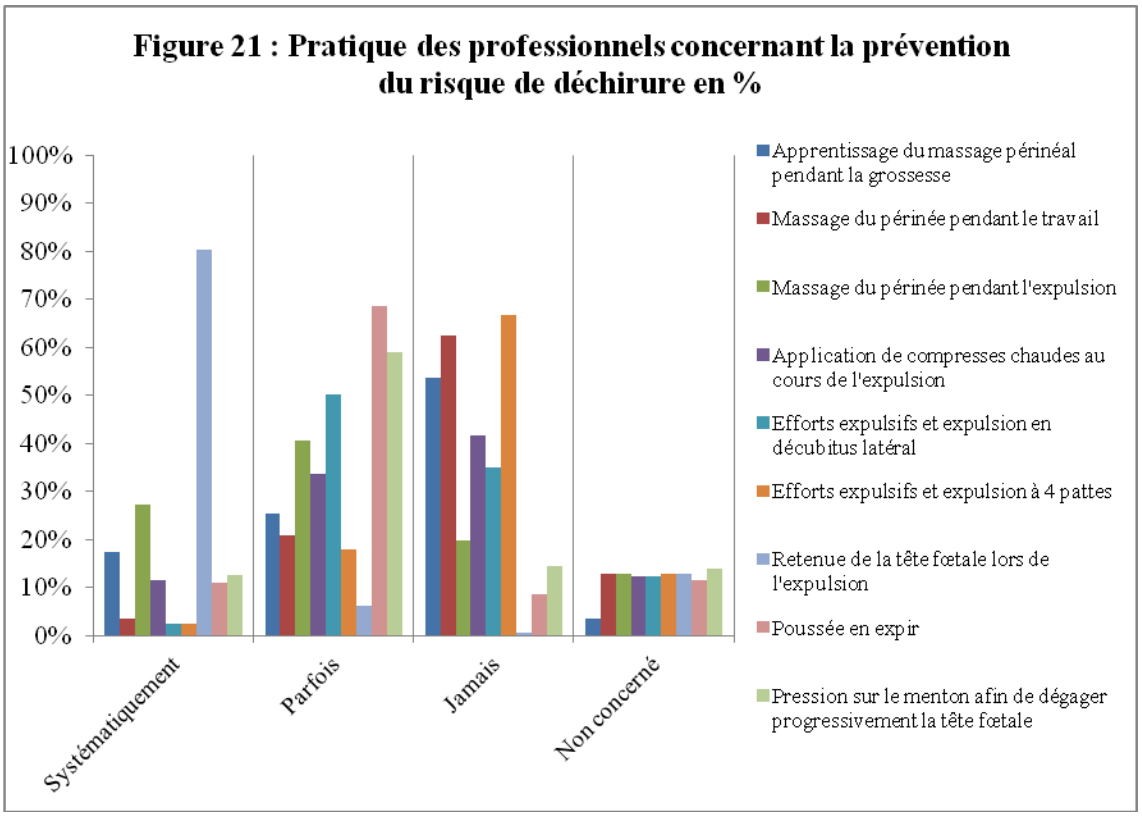
2) Pratique des professionnels

a) Le fait d'aborder la question de l'incontinence anale avec chaque patiente



La figure ci-dessus a montré que moins de 50% des professionnels abordaient systématiquement l'IA avec chaque patiente. En revanche plus de 80% des professionnels ne l'abordaient jamais à l'admission en salle de naissance.

b) La prévention du risque de déchirure

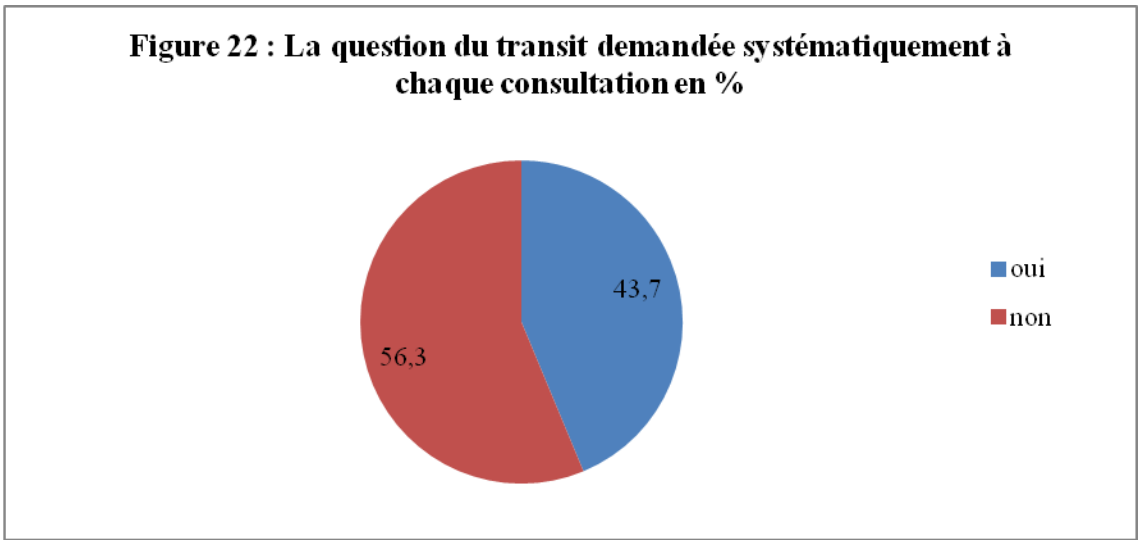


Seule « la retenue de la tête fœtale pendant l'expulsion » était une mesure préventive du risque de déchirure pour environ 80% des professionnels interrogés. Les autres mesures préventives n'étaient utilisées de manière systématique que pour moins de 30% des professionnels.

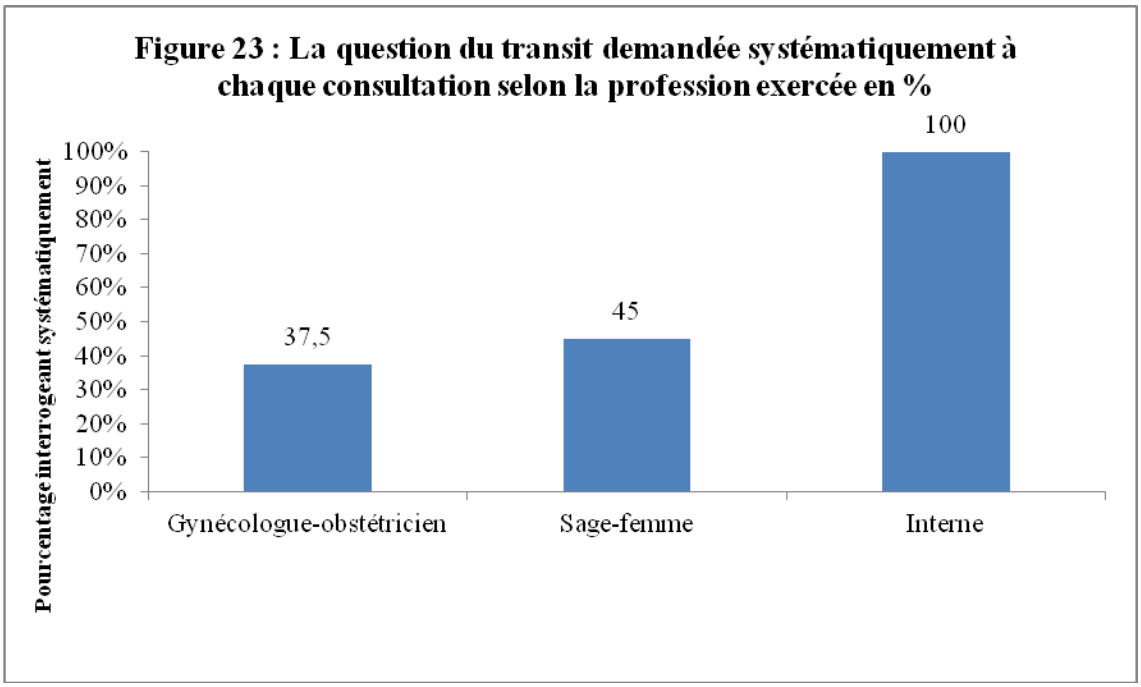
Les efforts expulsifs à quatre pattes ou en décubitus latéral, ainsi que le massage du périnée pendant le travail n'étaient jamais pratiqués respectivement pour environ de 70%, 65% et 55% des professionnels interrogés.

La poussée en expire et la pression sur le menton afin de dégager progressivement la tête fœtale étaient parfois pratiqués pour environ 70% et 60% des professionnels.

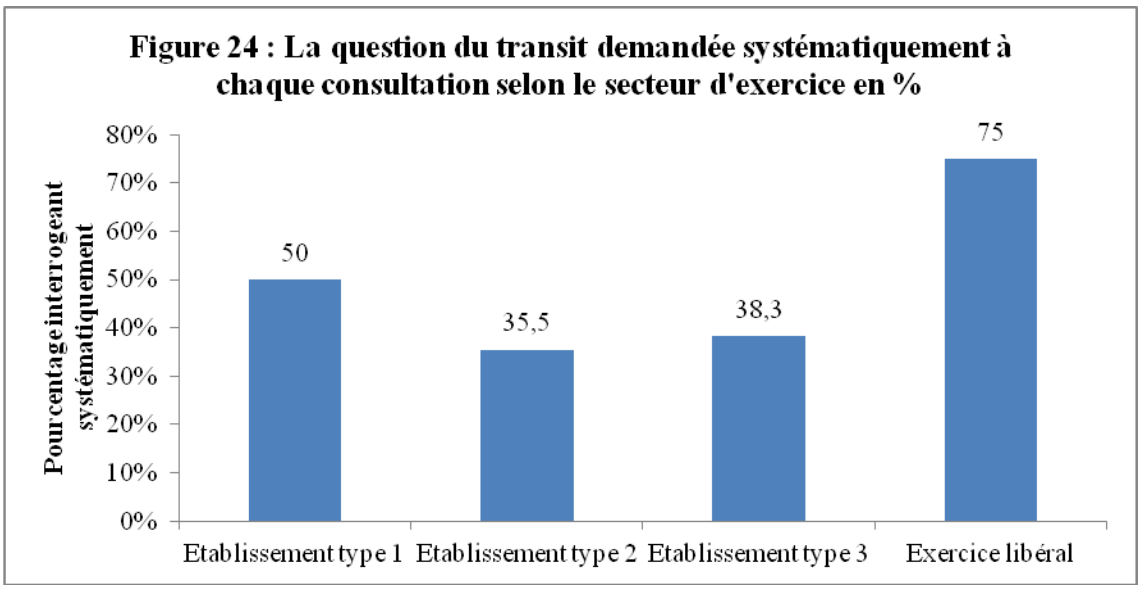
c) Le fait d'aborder la question du transit pendant la consultation



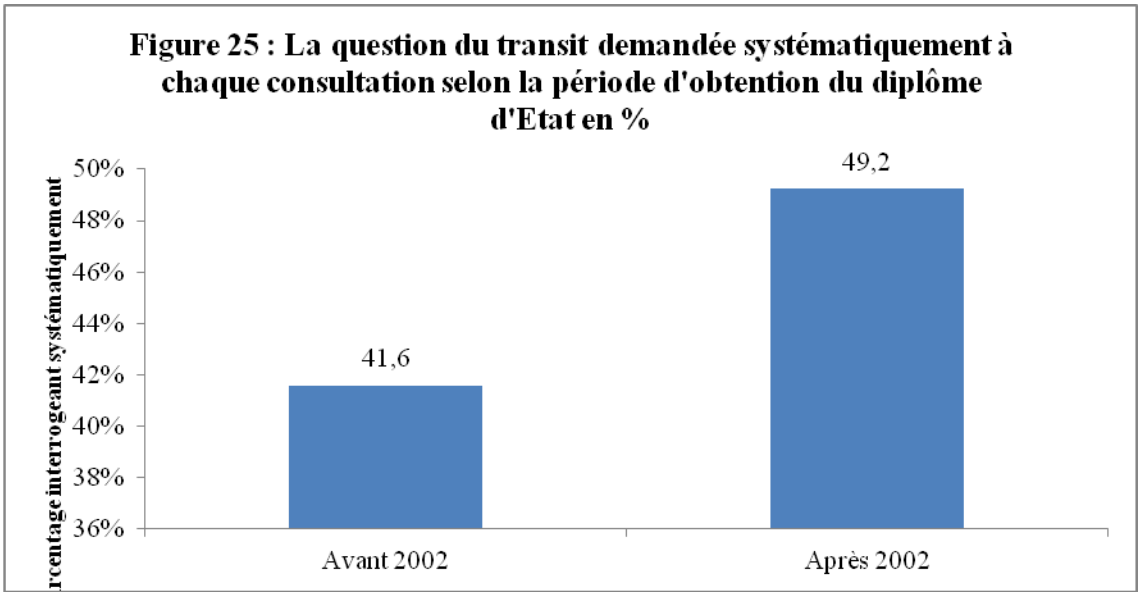
Les résultats ont montré que 43,7% (n=73) interrogeaient systématiquement les patientes au sujet de leur transit à chaque consultation.



La figure ci-dessus a montré que les résultats étaient statistiquement significatifs (**p=0,04**).



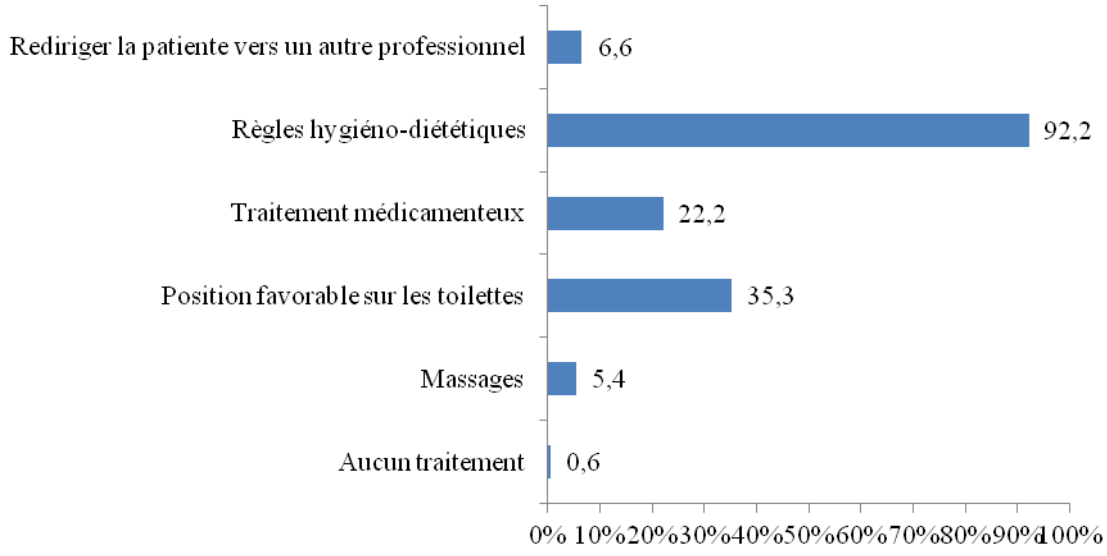
La figure ci-dessus a montré que les résultats étaient statistiquement significatifs (**p=0,002**).



La figure ci-dessus a montré que les résultats étaient statistiquement significatifs (**p=0,01**).

d) Le traitement de première intention des troubles du transit pendant la grossesse

Figure 26 : Le traitement de 1ere intention en cas de trouble du transit en %



La figure ci-dessus a montré que 92,2% (n=154) des professionnels mettaient en place des règles hygiéno-diététiques ; 35,3% (n=59) conseillaient aux patientes une position plus favorable sur les toilettes ; 22,2% (n=37) mettaient en place en traitement médicamenteux ; 6,6% (n=11) redirigeaient directement la patiente vers un autre professionnel plus qualifié ; 5,4% (n=9) conseillaient de réaliser des massages : enfin 0,6% (n=1) ne proposaient aucun traitement.

Tableau X : Le traitement de première intention instauré en cas de troubles du transit pendant la grossesse selon la profession exercée en %

Traitement de 1ere intention d'un trouble du transit	Gynécologue-obstétricien	Sage-femme	Interne	p-value
Aucun traitement	0	0,7	0	0,94
Massages	0	6	0	0,60
Position favorable sur les toilettes	0	38,4	100	**0,004**
Traitement médicamenteux	25	21,2	100	0,15
Règles hygiéno-diététiques	93,8	91,4	100	0,47
Rediriger la patiente vers un autre professionnel	0	7,3	0	0,53

Tableau XI : Le traitement de première intention instauré en cas de troubles du transit pendant la grossesse selon le secteur d'activité en %

Traitement de 1ere intention d'un trouble du transit	Etablissement type 1	Etablissement type 2	Etablissement type 3	Exercice libéral	p-value
Aucun traitement	0	1,6	0	0	0,63
Massages	5,6	3,2	5	10,7	0,54
Position favorable sur les toilettes	27,8	37,1	20	67,9	**0,0002**
Traitement médicamenteux	27,8	21	21 ,7	21,4	0,94
Règles hygiéno-diététiques	94,4	91,9	86,7	100	0,27
Rediriger la patiente vers un autre professionnel	0	11,3	5	3,6	0,24

Les deux tableaux ci-dessus ont montré que seul le conseil d'avoir une bonne position sur les toilettes était statistiquement significatif.

Tableau XII : Le traitement de première intention instauré en cas de troubles du transit pendant la grossesse selon le secteur d'activité en %

Traitement de 1ere intention d'un trouble du transit	Avant 2002	Après 2002	p-value
Aucun traitement	1	0	0,82
Massages	7,9	1,5	0,15
Position favorable sur les toilettes	39,6	27,7	0,16
Traitement médicamenteux	23,8	20	0,70
Règles hygiéno-diététiques	93,1	90,8	0,80
Rediriger la patiente vers un autre professionnel	8,9	3,1	0,24

Le tableau ci-dessus a montré qu'aucun des résultats n'était statistiquement significatif.

e) La réalisation d'un toucher rectal en salle d'accouchement après l'accouchement

Figure 27 : Quand réaliser un toucher rectal en %

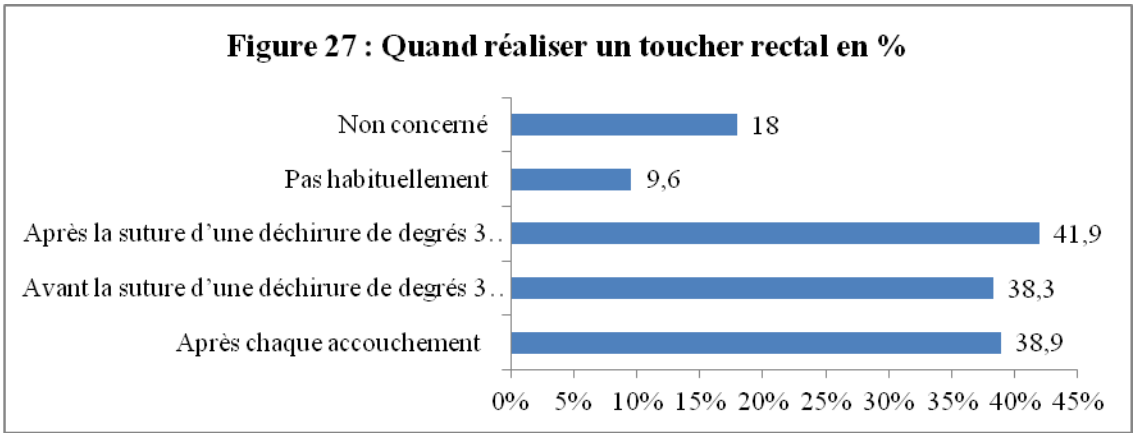


Tableau XIII : La réalisation d'un toucher rectale après l'accouchement selon la profession exercée en %

La réalisation d'un toucher recale	Gynécologue-obstétricien	Sage-femme	Interne	p-value
Après chaque accouchement	50	37,1	100	0,22
Avant la suture d'une déchirure de degrés 3 ou 4	62,5	35,8	0	**0,04**
Après la suture d'une déchirure de degrés 3 ou 4	62,5	39,7	0	0,09
Pas habituellement	18,8	8,6	0	0,34
Non concerné	0	19,9	0	0,14

Le tableau ci-dessus a montré que seule la variable « Avant la suture d'une déchirure de degrés 3 ou 4 » était statistiquement significative.

Tableau XIV : La réalisation d'un toucher rectale après l'accouchement selon le secteur d'activité en %

La réalisation d'un toucher recale	Etablissement type 1	Etablissement type 2	Etablissement type 3	Exercice libéral	p-value
Après chaque accouchement	27,8	35,5	60	7,1	**1,47E-05**
Avant la suture d'une déchirure de degrés 3 ou 4	50	46,8	31,7	2	0,10
Après la suture d'une déchirure de degrés 3 ou 4	55,6	46,8	40	25	0,13
Pas habituellement	11,1	12,9	1,7	17,9	0,06
Non concerné	5,6	9,7	10	60,7	**4,93E-09**

Le tableau ci-dessus a montré que « Après chaque accouchement » était une variable statistiquement significative.

Tableau XV : La réalisation d'un toucher rectale après l'accouchement selon la période d'obtention du diplôme d'État en %

La réalisation d'un toucher recale	Avant 2002	Après 2002	p-value
Après chaque accouchement	33,7	46,2	0,16
Avant la suture d'une déchirure de degrés 3 ou 4	37,6	40	0,92
Après la suture d'une déchirure de degrés 3 ou 4	36,6	50,8	0,11
Pas habituellement	9,9	9,2	0,91
Non concerné	25,7	6,2	**0,002**

f) Le mode de prise en charge suite à une déchirure sphinctérienne anale

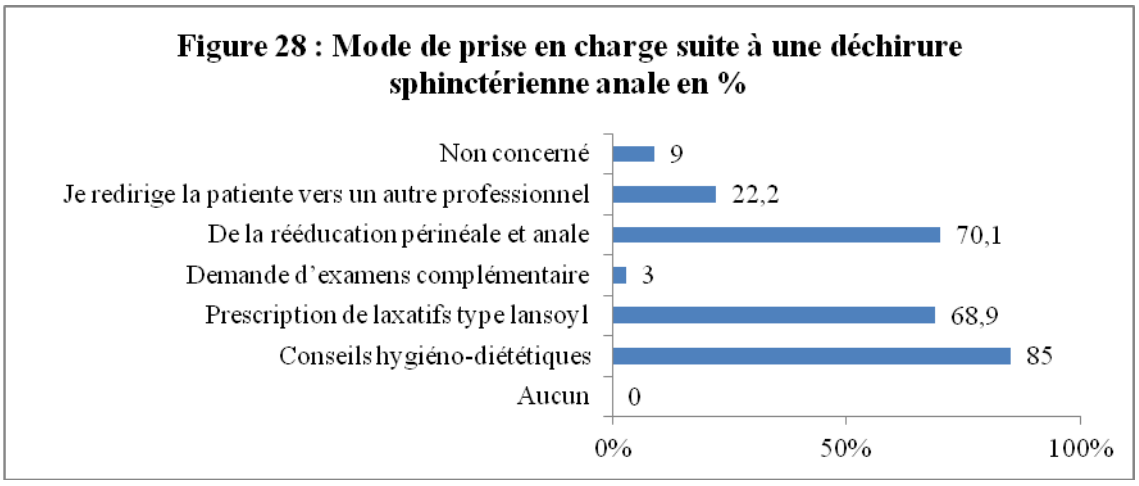


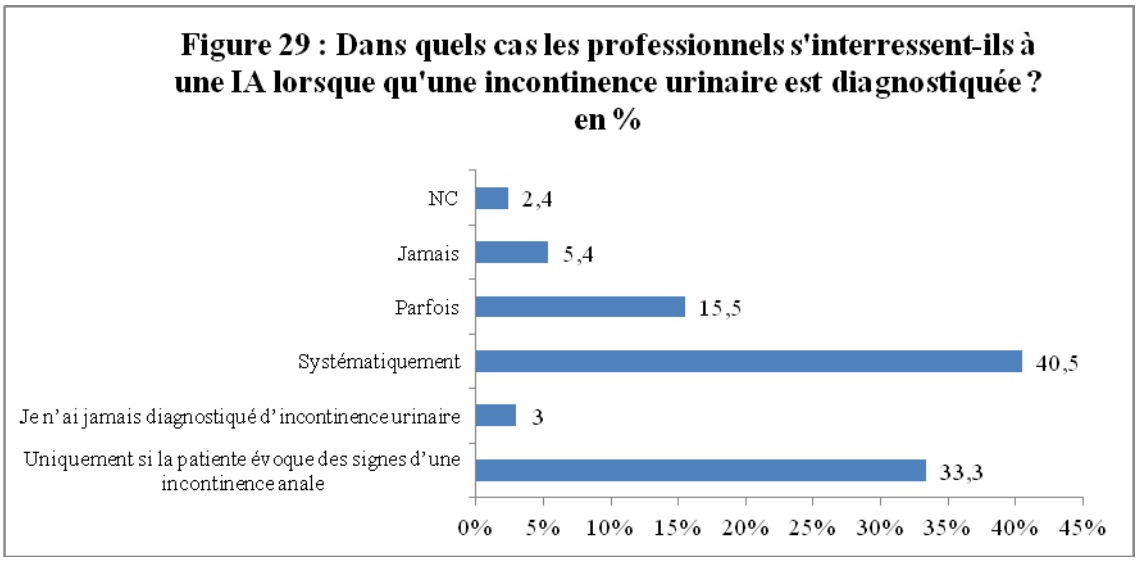
Tableau XVI : Les modes de prise en charge suite à une déchirure sphinctérienne anale selon la proffession exercée en %

Mode de prise en charge suite à une déchirure sphinctérienne annale	Gynécologue-obstétricien	Sage-femme	Interne
Aucun	0	0	0
Conseils hygiéno-diététiques	87,5	84,1	100
Prescription de laxatifs type lansoyl	62,5	70,2	100
Demande d'examens complémentaire	18,8	1,3	0
De la rééducation périnéale et anale	75	71,5	100
Je redirige la patiente vers un autre professionnel	12,5	21,9	100
Non concerné	0	9,3	0

Tableau XVII : Les modes de prise en charge suite à une déchirure sphinctérienne anale selon le secteur d'exercice en %

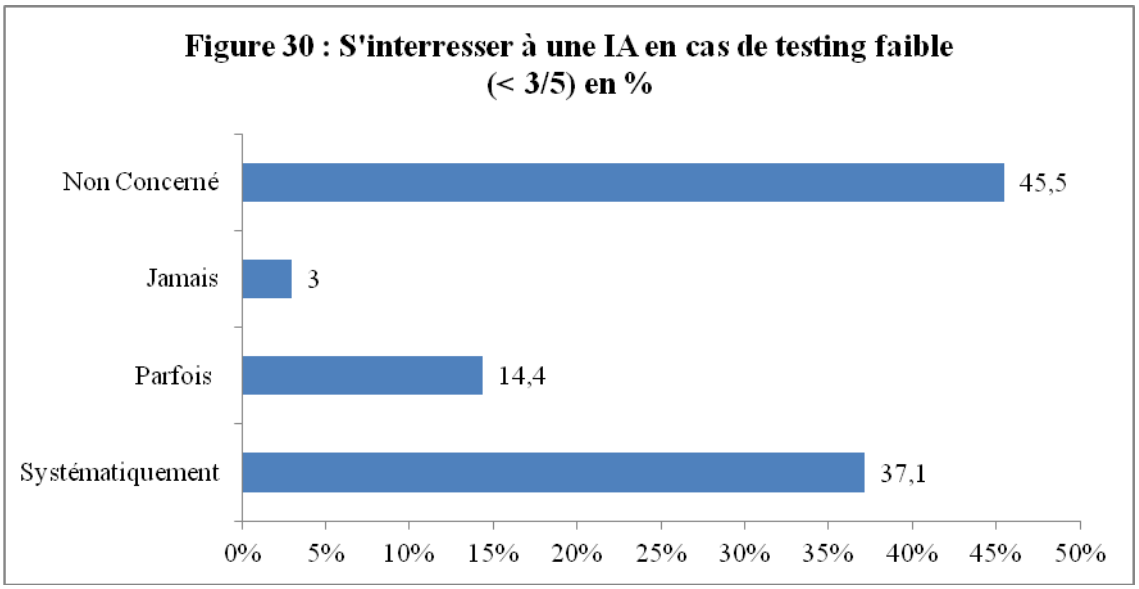
Mode de prise en charge suite à une déchirure sphinctérienne annale	Etablissement type 1	Etablissement type 2	Etablissement type 3	Exercice libéral
Aucun	0	0	0	0
Conseils hygiéno-diététiques	94,4	90,3	86,7	64,3
Prescription de laxatifs type lansoyl	55,6	87,1	66,7	35,7
Demande d'examens complémentaire	16,7	1,6	1,7	0
De la rééducation périnéale et anale	77,8	67,7	71,7	64,3
Je redirige la patiente vers un autre professionnel	11,1	19,4	30	14,3
Non concerné	5,6	3,2	5	25

g) Le lien entre incontinence anale et urinaire



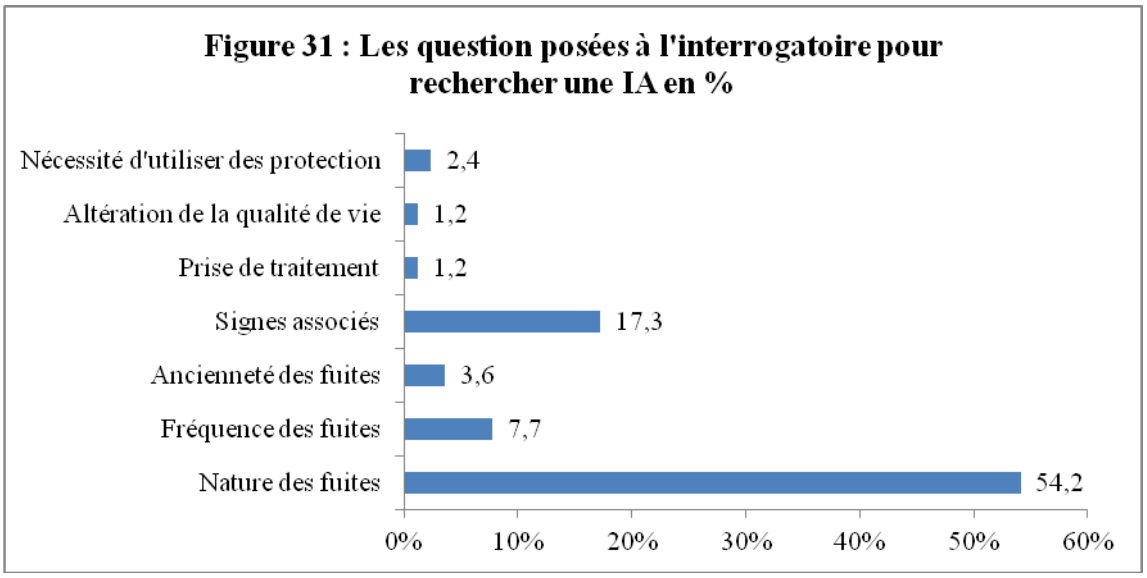
Parmi les professionnels interrogés, 40,4% (n=68) s'intéressaient systématiquement à une IA en cas d'incontinence urinaire diagnostiquée. 33,3% (n=56) s'y intéressaient uniquement si la patiente évoque des signes d'incontinence anale.

h) Le lien entre incontinence anale et faible tonicité des muscles périnéaux



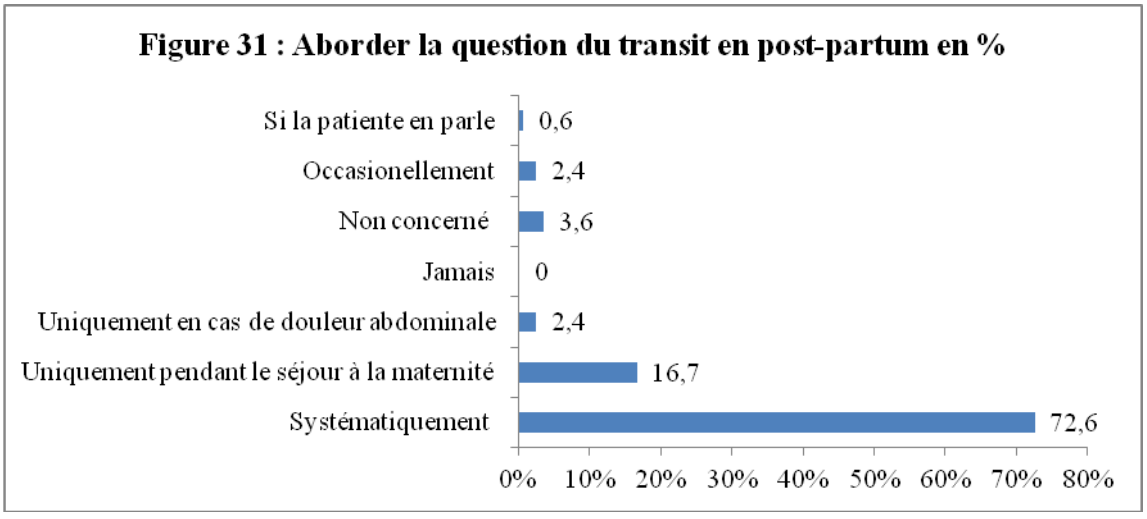
Parmi les professionnels interrogés, 37,1% (n=62) s'intéressaient systématiquement à un IA en cas de testing faible des releveurs de l'anus. 45,5% (n=76) ne se sentaient pas concerné par cette question. 14,4% (n=24) s'y intéressaient parfois et 3% (n=5) ne s'y intéressaient jamais.

i) L'interrogatoire pour rechercher une incontinence anale



Les résultats ont montré que 54,2% (n=91) interrogeaient les patientes concernant la nature des fuites, 17,3% (n=29) les questionnaient sur le fait d'avoir ou non des signes associés aux fuites ; 7,7% (n=13) se renseignaient sur la fréquence des fuites ; 3,6% (n=6) se renseignaient sur l'ancienneté des fuites ; moins de 3% de la population de renseignaient sur la nécessité d'utiliser des protections, sur la prise de traitement et sur l'altération de la qualité de vie.

j) Le fait d'aborder la question du transit en post-partum



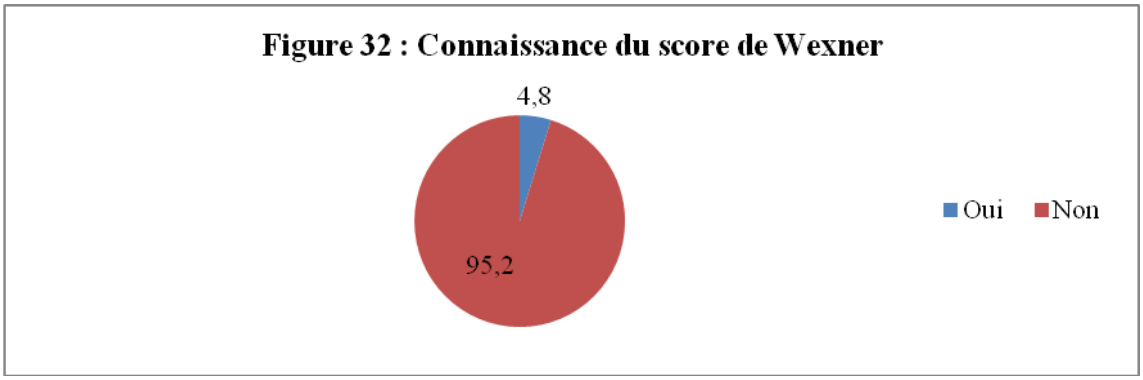
Parmi les professionnels interrogés, 72,6% (n=122) abordaient systématiquement la question du transit en post-partum.

Tableau XVIII : Aborder la question du transit en post-partum selon la profession exercée en %

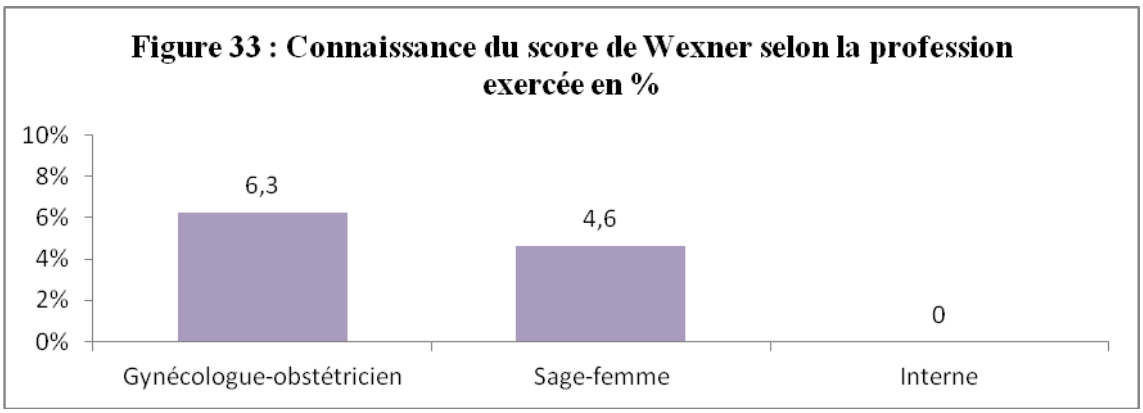
Aborder la question du transit en post-partum	Gynécologue-obstétricien	Sage-femme	Interne
Systématiquement	43,8	75,5	100
Uniquement pendant le séjour à la maternité	0	18,5	0
Uniquement en cas de douleur abdominale	25	0,7	0
Jamais	0	0	0
Non concerné	0	4	0
Occasionnellement	12,5	1,3	0
Si la patiente en parle	6,3	0	0

3) La mise en place d'un protocole permettant de mieux dépister une incontinence anale en post-partum

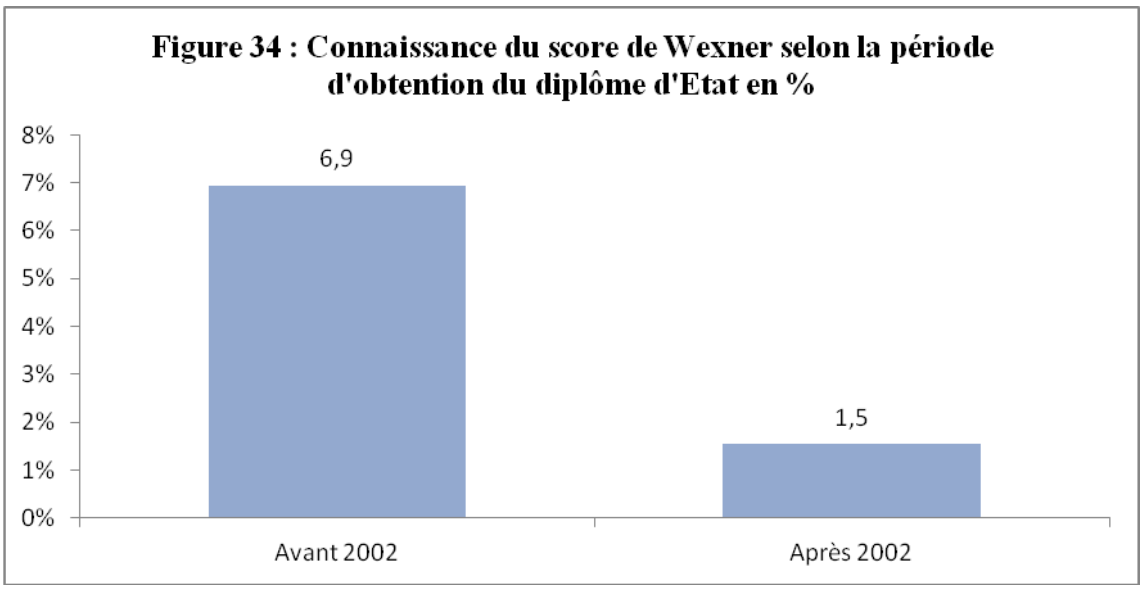
a) La connaissance du score de Wexner (annexe III)



Les résultats ont montré que 95%(n=159) des professionnels interrogés ne connaissaient pas ce score.



La figure ci-dessus a montré que parmi les professionnels connaissant ce score, la majorité était des sages-femmes. La différence n'était pas significative (p= 0,91)



La figure ci-dessus a montré que les professionnels connaissant le plus ce score étaient des professionnels ayant été diplômés avant 2002. La différence n'était pas significative (p= 0,22)

b) L'avis des professionnels concernant le protocole le plus pertinent

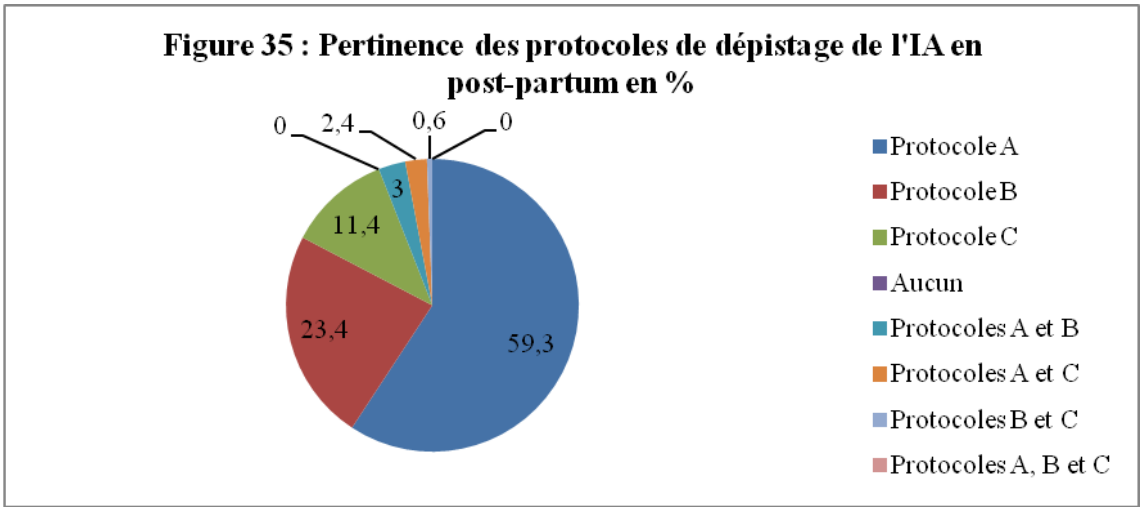
Rappel des trois protocoles proposés (annexe IV):

A : Demander en suites de couches au cours de l'hospitalisation et au cours de la visite post natale, simplement et systématiquement si la patiente a ou non une incontinence anale, en précisant s'il s'agit d'une perte de gaz, de selles molles et/ou de selles solides.

B : Sensibiliser au risque d'incontinence anale et donner aux patientes un questionnaire spécifique de l'incontinence anale à la sortie de la maternité et à retourner à la visite post- natale.

C : Proposer à la visite post-natale un questionnaire validé aux patientes uniquement sur signes d'appel d'incontinence anale.

Figure 35 : Pertinence des protocoles de dépistage de l'IA en post-partum en %



Les figures ci dessus ont montré que 59,3%(n=99) des professionnels pensaient que le protocole A était le plus pertinent.

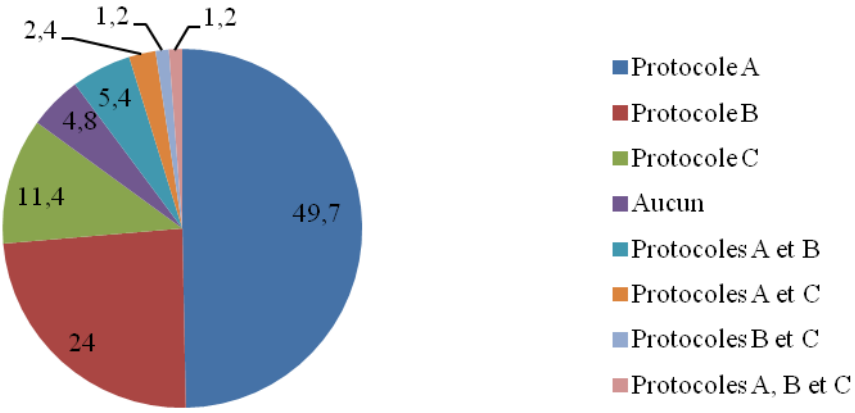
Le protocole C semblait le moins pertinent pour les professionnels interrogés.

Tableau XIX : L'avis des professionnels concernant la pertinence des protocoles de dépistage proposés selon la profession exercée en %

Pertinence du protocole de dépistage de l'IA en post-partum	Gynécologue-obstétricien	Sage-femme	Interne
Protocole A	81,3	56,3	100
Protocole B	6,3	25,2	0
Protocole C	6,3	11,9	0
Aucun	0	0	0
Protocoles A et B	0	3,3	0
Protocoles A et C	0	2,6	0
Protocoles B et C	0	0,7	0
Protocoles A, B et C	0	0	0

c) L'avis des professionnels concernant le protocole qu'ils seraient prêt à mettre en place

Figure 36 : L'avis des professionnels concernant la mise en place d'un des protocoles de dépistage proposés en %



Les résultats ci-dessus ont montré que le protocole A était le protocole que 49,7%(83) des professionnels étaient prêts à mettre en place. Le protocole B a été choisi par 24%(n=40) des professionnels, et le protocole C par 11,4%(n=19) d'entre eux. Les résultats ont montré également que 4,8%(n=8) ne metteraient aucun des trois protocoles proposés en place.

Tableau XXII : L'avis des professionnels concernant la mise en place d'un des protocoles de dépistage proposés selon la le secteur d'exercice en %

Mise en place d'un ou plusieurs protocoles de dépistage	Etablissement type 1	Etablissement type 2	Etablissement type 3	Exercice libéral
Protocole A	61,1	51,6	48,3	39,3
Protocole B	27,8	29	23,3	10,7
Protocole C	5,6	8,1	10	25
Aucun	0	3,2	3,3	14,3
Protocoles A et B	5,6	4,8	6,7	3,6
Protocoles A et C	0	1,6	5	0
Protocoles B et C	0	1,6	0	3,6
Protocoles A, B et C	0	0	1,7	3,6

DISCUSSION

A- Les forces et limites de l'étude

1) Les forces de l'étude

On a retrouvé plusieurs forces méthodologiques dans cette étude :

Tout d'abord, l'effectif de l'échantillon n'était pas négligeable. En effet, 168 personnes ont participé à l'étude. Avec un effectif de cet ordre, les résultats pouvaient avoir un impact et une signification.

De plus, le pourcentage correspondant à l'effectif était intéressant puisqu'il représentait 51% des professionnels donc plus de la moitié. Ceci est habituel pour ce type d'enquête.

Le questionnaire était anonyme donc a priori les réponses étaient fiables.

Enfin, des pré-tests ont été effectués pour une meilleure compréhension des questions.

Une force non méthodologique a été retrouvée :

Envisager l'incontinence anale en post-partum est délicat car il s'agit de femmes jeunes dont l'activité sociale et professionnelle peut être altérée par ce trouble. Le retentissement psychique est dominé par un sentiment de handicap dégradant, honteux et non avouable. Ce tabou est responsable de l'absence de verbalisation par ces femmes qui osent en parler que si on leur pose clairement la question. Il importe donc que les professionnels connaissent cette pathologie et ses mécanismes pour mieux les prendre en charge [5]. Notre étude pourrait sensibiliser les professionnels de santé de l'Allier et du Puy de Dôme ayant pris le temps de répondre au questionnaire.

Les résultats montraient que les professionnels ont tendance à sous-estimer le risque d'IA en post-partum ; en ce sens l'étude pourrait sensibiliser les professionnels de santé et permettre un meilleur diagnostic et une prise en charge adaptée de cette pathologie.

2) Les limites de l'étude

Nous pouvons émettre plusieurs limites à l'étude :

Malgré les deux « questionnaires tests » réalisés avant le début de l'étude, plusieurs erreurs ont été commises dans la rédaction du questionnaire. En effet, certaines questions ont dû être adaptées notamment la question 14, car certains professionnels

n'exerçant pas en salle de naissances ne se sentaient pas concernés par la question ; or aucun item ne permettait de le signifier.

De plus, les questionnaires n'étaient pas évalués selon une méthodologie stricte.

Il existait dans notre étude un biais de sélection pour plusieurs raisons :
L'échantillon étudié concernait tous les professionnels de santé (sages-femmes et gynécologues-obstétriciens) des départements de l'Allier et du Puy de Dôme. Or, les réponses aux questionnaires distribués étaient sur la base du volontariat. Sur les 332 questionnaires distribués, seuls 168 questionnaires ont été récupérés ce qui correspondait à un pourcentage de 50,6%. On peut donc se poser la question de la représentativité de l'enquête.

Certains professionnels notamment les médecins ne souhaitaient pas participer à l'étude et ont indiqué clairement leur refus. C'était le cas des médecins de l'hôpital de Montluçon. Cependant ces derniers n'étaient que quatre parmi tous ceux inclus dans l'étude. Ils étaient donc nombreux à être inclus dans l'étude (56) et peu nombreux à répondre. Certains professionnels ont donc été sous représentés.

De plus, l'échantillon ne représentait pas toute l'Auvergne, il y a donc eu un sous-effectif de la population étudiée. Mais pour des raisons de budget et parce que la quantité de professionnels était beaucoup moins importante dans les deux autres départements de l'Auvergne, ils ont été exclus.

Du fait de ce choix, les différents types de maternité étudiés n'étaient pas tous représentés équitablement. Seuls deux types I, quatre types II et un type III ont été étudiés.

Les sages-femmes libérales ont été recrutées avec beaucoup de soin ; l'envoi des questionnaires ayant était précédé d'un appel téléphonique afin d'obtenir leur consentement oral. Les professionnels du CHU Estaing ont été recrutés grâce à des questionnaires déposés directement dans leur casier. Pour les autres établissements, les cadres s'étaient chargées de la distribution, d'où un recueil parfois moins complet.

On pourrait se demander si les personnes ayant répondues n'étaient pas celles étant les plus concernées et donc celles les plus connaisseuses du sujet.

Enfin, la durée de l'étude était brève, et certains questionnaires étaient retournés après la date d'arrêt de l'étude et ont donc été exclus.

B- Description de la population étudiée

1) Le taux de participation

Parmi les questionnaires distribués, seuls 168 étaient retournés, ce qui correspond à un taux de 50,6% (figure 1). Notre population était constituée de 90% de sages-femmes (figure 2). Cette disproportion pourrait s'expliquer par le fait qu'il y a beaucoup plus de sages-femmes que de médecins dans le secteur hospitalier.

Les résultats ont montré que 11% de l'échantillon exerçaient dans un établissement de type I, 37% exerçaient dans un établissement de type 2, 36% exerçaient dans un établissement de type 3 et 16% exerçaient en libéral (figure 3). Les professionnels des établissements de type I étaient sous-représentés en raison du faible taux de réponses de la part des professionnels ; de même que le secteur libéral du fait que les gynécologues-obstétriciens du secteur libéral ont été exclus pour des raisons de budget, les sages-femmes libérales étaient quant à elles en faible effectif en comparaison des sages-femmes hospitalières.

Les résultats ont montré que 60,1% des professionnels étaient diplômés avant 2002 ; 38,7% étaient diplômés après 2002 (figure 7). Il y avait donc beaucoup plus de professionnels diplômés avant 2002. On pourrait penser que les professionnels diplômés avant 2002 s'intéressent plus aux conséquences néfastes d'un accouchement et que les plus jeunes s'intéressent d'avantage à la mécanique proprement dite de l'accouchement. Cette distinction était intéressante car depuis décembre 2002, des recommandations permettent aux professionnels de donner une meilleure information dès les premiers jours après l'accouchement sur l'évolution spontanée des déficiences périnéales.

L'année moyenne d'obtention du diplôme d'état du secteur libéral était 1991, celle du secteur hospitalier était comprise entre 1997 et 2000 (figure 6). Les professionnels libéraux étaient diplômés plus tôt ; en effet, pour la plupart des sages-

femmes libérales il s'agit d'une « reconversion » professionnelle, les jeunes diplômées cherchent majoritairement dans un premier temps à exercer en secteur hospitalier.

C- A propos de l'incontinence anale en post-partum

1) La connaissance des professionnels de santé sur le sujet de l'incontinence anale en post-partum

a) La définition de l'incontinence anale en post-partum

Rares étaient les professionnels connaissant la définition exacte de l'incontinence anale en post-partum (figure 9).

D'après les résultats, 9,1% ont défini l'IA comme une perte incontrôlée de selles uniquement (figure 8). Ces professionnels ne savent donc pas qu'une perte de gaz est un IA. On a donc pu supposer que ces professionnels ne pouvaient pas dépister correctement cette pathologie.

Il existait une différence statistiquement significative entre la profession exercée et la connaissance de la définition exacte de l'IA (figure 9). Cependant cette différence était difficilement interprétable du fait du très faible pourcentage de bonne réponse dans les groupes étudiés.

b) La fréquence de l'incontinence anale en post-partum (figure 10 et 11)

Globalement, la fréquence de l'incontinence anale en post-partum était sous-estimée puisque 44,6% pensaient qu'elle est comprise entre 2 et 5%, et 35,7% entre 5 et 10%. La fréquence était sous-estimée par environ 80% de la population. Cette réponse peut être expliquée non seulement par la méconnaissance et le tabou du sujet mais aussi par les recommandations de l'HAS de décembre 2002 stipulant que la fréquence de l'IA était comprise entre 1 et 5%. Or d'après la plupart des études, la fréquence de l'IA réelle était comprise entre 10 et 20% [5]. L'incidence de l'IA après un premier accouchement était évaluée à 13% dans une étude prospective de Sultan [30].

Seuls 11,3% des professionnels interrogés ont estimé ce risque entre 10 et 20%. Il était difficile de savoir si les professionnels avaient évalué ce risque grâce à des connaissances précises ou s'ils étaient dans l'obligation de donner une réponse à la question et que le hasard a permis à 11,3% d'entre eux de donner la réponse exacte.

Ce pourcentage pouvait s'expliquer par le fait que les professionnels sont rarement confrontés à ce problème. Il a été prouvé que la prévalence de l'IA a été sous-évaluée ; moins de 20% des femmes affectées par des symptômes d'IA en parlent à leur médecin [44]. De plus, dans de nombreux cas, l'IA concerne une incontinence simplement aux gaz, et un grand nombre de professionnels a négligé cette partie de la définition de l'IA (figure 8).

Il était retrouvé un plus grand pourcentage de sages-femmes connaissant cette fréquence par rapport aux gynécologues-obstétriciens. Cependant cette différence n'est pas significative. De plus les deux groupes étaient très disproportionnés.

c) Les facteurs de risque pendant la grossesse (figure 12)

Seuls 20,36% des professionnels pensaient que la multiparité n'était pas un facteur de risque de l'incontinence anale. Donc la majorité a pensé que la multiparité était un facteur de risque de l'IA en post-partum ; en revanche, seuls 15,57% désignaient la primiparité comme facteur de risque de l'IA en post-partum.

Une étude a montré que la primiparité était un facteur de risque avéré en comparant le registre européen et le registre américain. Dans cette étude, l'odd ratio de la primiparité (IC 95%) était de 2,39 (2,24-2,56) pour le registre européen et 6,6 (6,6-7,14) pour le registre américain. Le risque d'IA était donc multiplié respectivement par 2,39 et 6,6 pour les primipares par rapport aux multipares. Le risque n'était donc pas négligeable et était directement lié au risque de périnée complet chez les primipares. On pourrait donc penser que la plupart des professionnels ne prêtent pas d'avantage attention aux risques de périnée complet chez une primipare. Lorsqu'on a comparé les réponses selon la profession exercée (tableau I), les résultats n'étaient pas significatifs, pourtant, deux fois moins de sages-femmes savaient répondre à la question par rapport aux gynécologues-obstétriciens. Cette différence a pu s'expliquer du fait du sous-effectif de certaines populations.

Concernant l'IMC, 64,07% pensaient que lorsqu'il était supérieur à 25, c'était un facteur de risque ; 95,21% pensaient que s'il était inférieur à 25, ce n'était pas un facteur de risque. La majorité des professionnels a donné la bonne réponse. La plupart savait que l'IMC inférieur à 25 n'est pas un facteur de risque. En revanche seulement 64,07% savaient dire que les femmes en surpoids et obèses avaient un risque d'IA en post-

partum. Ceci est assez logique car il est bien connu que les femmes obèses et parfois diabétiques ont tendance à mettre au monde des enfants de fort poids constitutionnel.

Les résultats ont montré que 54,5% des professionnels pensaient que la femme âgée de plus de 40 ans avait plus de risque d'IA en post-partum. Pourtant, l'âge maternel supérieur à 40 était bien un risque statistiquement significatif [37]. Nous retrouvions également cette différence significative en comparant les différents secteurs d'exercice (tableau II) : les professionnels exerçant en libéral étaient ceux ayant le moins biens répondu (37%), les professionnels exerçant en établissement de type III étaient ceux ayant le mieux répondu (70%), les professionnels exerçant en établissements de type I et II ont répondu juste respectivement pour 55,6% et 46,8%. Cette différence pouvait s'expliquer par le fait que les professionnels exerçant en libéral n'étaient que des sages-femmes. De plus en Auvergne, malgré l'existence d'un plateau technique, il ne concerne que très peu de professionnels en libéral. Les sages-femmes libérales se sentaient peut-être moins concernées du fait qu'elles ne pratiquent pas d'accouchement. Cependant elles réalisent une très grande partie de la rééducation périnéale en post-partum et devraient savoir que les femmes de plus de 40 ans ont un risque majeur d'IA en post-partum et devraient prendre en considération ce risque.

La meilleure réponse des professionnels exerçant en établissement de type III pourrait s'expliquer par le fait que le taux de réponses au questionnaire pour les gynécologues-obstétriciens était plus important pour ce secteur d'activité (4,8% vs 1,8% en type I, 2,4% en type II et 0% en libéral) (figure 4). De plus, malgré la disproportion des deux groupes de professionnels étudiés, les gynécologues-obstétriciens (62,5%) ont mieux répondu à la question que les sages-femmes (60%). Cette différence de niveau de connaissances pouvait s'expliquer par le fait que les médecins rencontrent peut-être plus fréquemment des femmes venant consulter pour ce problème que les sages-femmes. En effet, les gynécologues peuvent plus facilement proposer un traitement médicamenteux voire chirurgical ; les sages-femmes doivent indiquer à ces femmes de consulter un gynécologue ou un gastro-entérologue et ne pourront pas leur proposer directement de traitement.

Enfin, en ce qui concerne l'origine ethnique des patientes, les résultats étaient mauvais : seulement 21,56% des professionnels ont pensé que l'origine asiatique pouvait constituer un facteur de risque. Pourtant il est clairement reconnu que les asiatiques ont des tissus beaucoup plus fragiles que les femmes d'origine africaine [34]. Ces résultats ont pu s'expliquer éventuellement parce que les professionnels n'ont peut-être pas fait le lien entre IA et déchirure périnéale sévère. Si la question avait été claire « les asiatiques ont-elles plus de risque de faire un périnée complet ? », les professionnels auraient certainement répondu majoritairement « oui ». En ce qui concerne cette caractéristique, les professionnels ayant été diplômés avant 2002 ont beaucoup moins bien répondu à la question que les professionnels diplômés après 2002(15% vs 32,8) (tableau III). La différence était statistiquement significative et pouvait s'expliquer par le fait que les professionnels diplômés après 2002 étaient plus sensibilisés à ce problème suite à la parution de recommandations en décembre 2002 concernant la prise en charge rééducative globale suite à un accouchement [24]. On pourrait également penser que les programmes de l'école de sages-femmes ont évolué et ont davantage sensibilisé les futurs professionnels. De plus, les lois actuelles obligent toutes les sages-femmes à réaliser des formations ; celles-ci ont peut-être des effets bénéfiques. Le Développement Professionnel Continu (DPC) est un dispositif d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé. La loi HPST a instauré l'obligation de DPC pour l'ensemble des professionnels de santé. Selon l'article 59 de cette loi, le DPC a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Les professionnels pensaient pour la grande majorité d'entre eux, que l'origine africaine n'était pas un facteur de risque. En effet, il existait des différences de taux de déchirures sévères après un accouchement lorsqu'on a comparé un groupe test constitué de plusieurs ethnies différentes et un groupe témoin. Il existait une différence statistiquement significative entre ces groupes pour la caractéristique « origine africaine » (40% pour le groupe témoin, 63% pour le groupe test). L'origine africaine apparaissait donc comme un facteur protecteur des déchirures sévères [36].

d) La grossesse en elle-même, est-elle un facteur de risque de l'IA en post-partum ? (figure 13)

Les résultats ont montré que 57,74% des professionnels pensaient que la grossesse était un facteur de risque de l'IA en post-partum. Pourtant, la pression s'exerçant sur le périnée pendant la grossesse est certes augmentée mais, du fait de l'antéversion de l'utérus, elle s'oriente vers la fente vulvaire et non vers la région ano-coccygienne. Les pressions de base et la contraction volontaire pendant la grossesse ne sont pas différentes de celles des sujets témoins à la manométrie ano-rectale [1]. En revanche, de nombreuses études ont montré que, au cours de la grossesse, on pouvait observer une augmentation de la prévalence de l'incontinence urinaire. La grossesse était le principal facteur de risque de l'incontinence urinaire du post-partum. Ceci montrait que la grossesse est en effet un facteur de risque de l'incontinence urinaire [32]. Il est probable que la plupart des professionnels avaient connaissance de cela puisque ceci a été étudié dans de nombreuses études et depuis très longtemps. IU et IA ont pu être confondues.

e) Les facteurs de risque des déchirures du 3eme ou du 4eme degré (figure 14)

Concernant les extractions instrumentales, 88% des professionnels savaient que l'utilisation de forceps était néfaste pour le périnée et était susceptible d'entrainer une IA. Cependant, seuls 44,3% savaient que l'utilisation de la ventouse était un facteur de risque. Selon une étude de Beucher concernant les complications maternelles des extractions instrumentales, le risque de déchirure du sphincter anal suite à un accouchement par forceps était multiplié par 3,53 pour le registre européen ; il était multiplié par 1,68 en cas d'accouchement par ventouse. Le risque était donc moins important en cas d'utilisation de ventouse mais non négligeable pour autant [2]. Dans une étude cas-témoin rétrospective il a également été prouvé que le risque d'incontinence anale était identique six à trente-quatre semaines après un accouchement spontané assisté par ventouse mais que les défects sphinctériens à l'échographie endo-anale était plus fréquents après une ventouse (27% vs 10%, $p<0,05$). Ces résultats ne pouvaient donc pas exclure l'apparition d'une IA dans les mois ou les années suivantes [45]. On a pu remarquer par exemple qu'au CHU de Clermont-Ferrand, les médecins étaient majoritairement formés à la pratique de la ventouse et peu du forceps. Ceci est probablement lié au fait que localement il existe une sensibilisation particulière aux

risques périnéaux de l'accouchement et au sur risque lié au forceps. Or une grande partie de la population ignorait que l'utilisation de la ventouse était néfaste pour le périnée. Les extractions instrumentales sont-elles parfois utilisées à tort et de manière abusive par les médecins ?

En comparant les réponses selon la profession exercée (tableau IV), la différence était statistiquement significative en ce qui concerne la caractéristique « forceps ». Les sages-femmes étaient plus nombreuses à savoir que l'utilisation de forceps était néfaste pour le périnée (89,3% vs 81,3). En effet, les sages-femmes seraient les témoins de toutes les extractions instrumentales puisqu'elles sont présentes pour chacun des accouchements. Elles seraient peut être capable d'analyser les différences entre les types d'extractions sur le périnée. Cependant, en ce qui concerne les ventouses, les gynécologues-obstétriciens étaient plus nombreux à savoir qu'il s'agissait d'un facteur de risque de périnée complet (68,8% vs 42,7%).

Les épisiotomies médianes étaient un facteur de risque pour seulement 61,7% des professionnels interrogés. Malgré les nombreuses études sur ce sujet, et les recommandations pour privilégier les épisiotomies médio-latérales, de nombreux professionnels ne savaient pas quel était le risque de réaliser une épisiotomie médiane. Cette pratique était inhabituelle en France depuis de nombreuses années. Le risque de périnée complet suite à une épisiotomie médiane pour un accouchement spontané était pourtant multiplié par 22 [46]. En comparant les pratiques françaises et Canadiennes pratiquant d'avantage d'épisiotomie médianes, il a été montré que l'épisiotomie médio-latérale était moins associée à des déchirures périnéales sévères que l'épisiotomie médiane [47].

La différence selon la période d'obtention du diplôme d'Etat était statistiquement significative (tableau VI). Les professionnels diplômés après 2002 ont mieux répondu à la question (54,5% vs 73,8%). La différence a pu s'expliquer encore par la mise en place de recommandation en décembre 2002 concernant la prise en charge rééducative globale suite à un accouchement. Ces recommandations ont permis de mettre un accent sur les risques de l'accouchement sur le périnée. Les professionnels diplômés avant 2002, ont éventuellement eu l'occasion de pratiquer des épisiotomies médianes sans pour autant réaliser un périnée complet associé.

Les résultats ont montré que 93,4% des professionnels ont considéré que la réalisation d'une épisiotomie médio-latérale n'était pas un facteur de risque. Ce point est positif et sans doute récent. Le taux de bonnes réponses aurait certainement été beaucoup plus bas avant la parution des recommandations. Initialement, l'épisiotomie était quasi systématique pour protéger le périnée. Depuis 2005, une politique restrictive d'épisiotomie est apparue en France. Il a été prouvé dans de nombreuses études qu'il ne s'agissait pas non plus d'un facteur protecteur de déchirures du troisième ou quatrième degré. Les épisiotomies médio-latérales ne suffisent pas à prévenir les ruptures obstétricales des sphincters anaux [30].

f) L'identification des lésions périnéales

La grande majorité des professionnels (95,2%) a pensé que l'identification des lésions périnéales suite à un accouchement était indispensable (figure 15). En regardant les comparaisons de réponses à cette question selon le secteur d'exercice (figure 17), on pouvait voir que parmi les professionnels ayant donné la bonne réponse, la majorité étaient des sages-femmes exerçant en libéral (10,7% vs 0%, 1,6% et 1,7% pour les secteurs hospitaliers). Cependant ces résultats n'étaient pas significatifs mais restaient pour autant très différents.

Cependant, la plupart des professionnels étaient incapables d'expliquer pourquoi l'identification était indispensable. Lorsque l'on a comparé les professionnels selon les secteurs d'exercice (tableau VIII), on pouvait remarquer que seules les sages-femmes exerçant en libéral ont pensé à justifier ce fait par le besoin d'une éventuelle rééducation périnéale. Aucun des autres professionnels n'a donné cette justification. Cette différence était significative et a pu s'expliquer par le fait que les sages-femmes exerçant en libéral se sentaient très concernées par la rééducation du post-partum puisque leur activité est en grande partie réservée à la rééducation du post-partum. Pourtant les professionnels exerçant en secteur hospitalier se doivent d'orienter les patientes en cas de besoin de rééducation périnéale après l'accouchement. Les résultats n'ont pas donné l'impression qu'ils se sentaient concernés par cela.

On a retrouvé également une différence significative en ce qui concerne la rééducation périnéale lorsqu'on a comparé les professionnels selon la période d'obtention du diplôme d'Etat (tableau IX). Les professionnels diplômés avant 2002 avaient un meilleur taux de bonne réponse (22,8% vs 3,1%) concernant ce point. Cette

différence pouvait s'expliquer par le fait que les professionnels exerçant en libéral étaient majoritairement diplômés avant 2002 (figure 6).

Réparer au mieux les lésions périnéales était la raison la plus attendue de l'identification de celles-ci car elle semblait être la plus évidente. Pourtant, uniquement 19,6% des professionnels ont donné cette réponse (figure 19). On pouvait observer que les sages-femmes exerçant en libéral ont le moins bien répondu. Cette constatation pouvait s'expliquer par le fait que les libéraux sont les professionnels réalisant le moins d'accouchements. Elles ont eu tendance à donner des bonnes réponses pour les activités professionnelles les concernant le plus.

2) Pratique des professionnels

a) Aborder la question de l'incontinence anale avec chaque patiente (figure 20)

Environ 80% des professionnels ont répondu ne jamais aborder l'IA à l'admission en salle de naissance. On pourrait penser que poser la question de l'IA pendant la grossesse n'a aucune importance étant donné que la grossesse n'est pas un facteur de risque. Pourtant, Comme nous l'avons vu précédemment, l'IA est un sujet tabou et il a été reconnu qu'il était très difficile pour les femmes atteintes d'en parler spontanément [5]. Pour aider ces patientes, il serait nécessaire d'instaurer un climat de confiance entre un professionnel et la patiente afin qu'elles puissent se confier dans tous les domaines.

Entre 30 et 40% des professionnels abordaient ce sujet systématiquement à la visite post-natale. Moins de 10% d'entre eux l'abordaient systématiquement pendant le séjour en suite de couche. Ces taux étaient très faibles quand on connait l'ensemble des facteurs de risque de l'IA en post-partum. De plus, même en cas d'accouchement spontané par voie basse sans aucun facteur de risque, il existe un risque d'étirement du nerf pudendal [31]. Il serait donc indispensable de sensibiliser les professionnels à ce sujet car, s'il existe un moment privilégié où il faudrait en parler, l'idéal serait au moment de la visite post-natale. Le séjour en post-partum peut être considéré par les professionnels comme le mauvais moment pour discuter de cela, les professionnels avaient peut-être pensé que ce temps devenant de plus en plus court, d'autres sujets étaient à privilégier comme l'allaitement maternel, le retour à la maison, la contraception… Cependant, la majorité des IA surviennent dans les jours suivants l'accouchement.

b) La prévention du risque de déchirure (figure 21)

Environ 80% des professionnels agissaient au mieux en ce qui concerne la retenue de la tête fœtale. En effet, cette manœuvre diviserait le risque de périnée complet par 13 [33].

Les efforts expulsifs à quatre pattes ou en décubitus latéral, ainsi que le massage du périnée pendant le travail n'étaient jamais pratiqués pour respectivement 70%, 65% et 55% des professionnels interrogés. Les professionnels ont tort de ne pas avoir recours à ces alternatives. En effet la position d'accouchement latéral, assise, suspendue ou debout, réduit de quatre minutes la durée d'expulsion, diminue de 17% le nombre d'épisiotomies et de 20% les extractions instrumentales. Cependant l'effet sur les symptômes périnéaux n'est pas connu [40]. Le massage périnéal anténatal diminue de 9% le risque de suture périnéale et de 16% le nombre d'épisiotomie mais n'a pas d'effet sur les symptômes périnéaux [41].

On pourrait penser que les positions alternatives citées précédemment sont rarement utilisées pour des raisons de facilité. En effet, en particulier en établissements de type III, les patientes ont pour la plupart une péridurale et se mobilisent très peu. Elles sont donc préférentiellement installées en décubitus dorsal. Ceci est valable également pour les patientes car les sages-femmes pensent surtout à l'éventualité d'une anomalie du rythme cardiaque fœtal et donc au besoin d'une aide instrumentale pour accélérer l'expulsion. De plus, la culture de notre pays veut que les femmes françaises ne connaissent pas d'autres positions pour accoucher que le décubitus dorsal.

En ce qui concerne le massage périnéal en anténatal, les sages-femmes exerçant en libéral ont répondu pratiquer pour la plupart l'apprentissage du massage périnéal pendant la grossesse, cependant il est difficile de savoir si les patientes pratiquent réellement cet acte chez elles.

c) Aborder la question du transit pendant la consultation

Moins de la moitié des professionnels (43,7%) ont répondu interroger systématiquement les patientes au sujet de leur transit à chaque consultation (figure 22). L'existence d'un fécalome est un facteur de risque d'IA future [14]. Il est donc nécessaire d'éviter une constipation permanente pendant la grossesse afin de prévenir le risque d'IA future.

Les consultations anténatales sont des moments privilégiés entre un professionnel et une patiente pour entretenir une relation de confiance. Le problème en Auvergne est que les patientes sont obligées de rencontrer plusieurs professionnels différents pour le suivi de leur grossesse. L'idéal pour elles serait de consulter un même professionnel tout au long de la grossesse et en post-partum. Cela leur permettrait de se sentir en confiance et de parler plus naturellement de leurs problèmes. C'est parfois le cas lorsque les patientes consultent en secteur libéral ou au sein de certains établissements de santé. Mais si cette pratique était instaurée, le professionnel s'occupant d'une patiente en particulier se devrait d'instaurer une relation de confiance avec elle et de poser toutes les questions indispensables au bon suivi de sa grossesse et de sa vie future en particulier concernant le transit et la continence anale. Les recommandations de l'HAS de mai 2007 relatives au suivi et à l'orientation des femmes enceintes visent à améliorer la qualité de l'accompagnement global et à mieux prendre en compte les souhaits des femmes et des couples. En effet, il est recommandé que le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par la même personne. Il est nécessaire de souligner l'importance de la coordination et de la collaboration entre les professionnels afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens [48].

Lorsqu'on a comparé les réponses des professionnels selon la profession exercée (figure 23), on pouvait remarquer que la différence était statistiquement significative. Les sages-femmes ont mieux répondu à la question par rapport au gynécologues-obstétriciens (45% vs 37,5%). Cette différence pouvait s'expliquer car les gynécologues-obstétriciens ont la plupart du temps des créneaux de consultation plus courts que les sages-femmes. On pourrait donc penser que les médecins se concentrent plus particulièrement sur le suivi de base, sur les risques médico-légaux de la grossesse sans laisser le temps aux patientes de se confier sur des sujets délicats pour elles. Les sages-femmes ont généralement plus de temps par consultation pour partager un dialogue plus personnel avec la patiente. Cependant, il était difficile de tirer des conclusions car les deux groupes sont très disproportionnés. De plus, notre étude prenait en compte les internes, or un seul interne a participé à l'étude et celui-ci a donné la bonne réponse à cette question.

Les résultats étaient également significatifs lorsqu'on a comparé les réponses des professionnels selon le secteur d'exercice (figure 24). Les sages-femmes libérales étaient les professionnels ayant le mieux répondu à la question (75%). Cette différence a montré que les sages-femmes libérales prenaient certainement plus de temps avec leurs patientes pour chaque question de la grossesse. En Auvergne, les sages-femmes libérales sont les sages-femmes qui réalisent le moins de suivis de grossesse. De plus, les patientes ne voient qu'une seule sage-femme au cours de la grossesse et un professionnel pour les échographies obligatoires. L'accompagnement global de la grossesse est donc idéal dans ces situations. La confiance est plus facile à établir. De plus, elles réalisent également la préparation à la naissance et à la parentalité leur permettant d'être d'autant plus proches.

d) Aborder la question du transit en post-partum (figure 31)

Parmi les professionnels interrogés, 72,6% ont répondu aborder systématiquement la question du transit en post-partum. Mais encore 27,4% des professionnels ne poseraient pas la question systématiquement.

Pourquoi autant de différence de pourcentage entre le post-partum et la grossesse ? Certes, les troubles du transit sont plus fréquents en post-partum mais surtout il existe beaucoup plus d'appréhension de la part des patientes en cas de difficultés à aller à la selle en particulier si l'accouchement a entraîné des déchirures.

e) Le traitement de première intention des troubles du transit pendant la grossesse (figure 26)

Les mesures hygiéno-diététiques étaient préférentiellement utilisées telles que l'augmentation de la ration hydrique quotidienne, une activité physique adaptée à la grossesse, avoir une alimentation riche en fibres. Ces mesures hygiéno-diététiques sont recommandées en première intention en cas de troubles du transit chez l'adulte [49].

On a remarqué que la majorité des professionnels suivaient ces recommandations (92,2%).

Quant aux conseils d'aide à la défécation, ils doivent être adaptés individuellement. L'utilisation d'un marche pied favorise la progression des selles dans le canal anal [49]. Ces mesures sont considérées dans la littérature comme des mesures hygiéno-diététiques, or seuls 35,3% des professionnels la proposaient en première intention. Les professionnels savaient-ils réellement que le marche pied rentre dans le cadre des mesures hygiéno-diététiques pour traiter d'une constipation pendant la grossesse ? Quelles mesures proposent les professionnels aux patientes atteintes de ce trouble pendant la grossesse ? Il a été déduit que pour de nombreux professionnels avoir une bonne position sur les toilettes pour améliorer la défécation ne constituait pas une mesure hygiéno-diététique. Cependant les résultats ne permettaient pas de savoir si les professionnels ayant répondu « position favorable sur les toilettes » ont également répondu « mesures hygiéno-diététiques ».

f) La réalisation d'un toucher rectal en salle d'accouchement après l'accouchement (figure 27)

Les résultats ont montré que 9,6% des professionnels ne réalisaient pas de toucher rectal après un accouchement. Lorsqu'on a comparé les résultats selon le secteur d'exercice, on a observé que les résultats n'étaient pas significatifs (tableau XIV). Pourtant, il y avait une différence notable. Seul 1,7% des professionnels du CHU Estaing ne réalisaient pas habituellement de toucher rectal après l'accouchement, alors que 12,9% et 11,1% des professionnels exerçant respectivement dans les établissements de type II et I ne le réalisaient pas. Certains établissements, notamment au CHU Estaing, ont mis en place des protocoles imposant aux professionnels de réaliser systématiquement un toucher rectal après l'accouchement quelque soient les lésions engendrées. Or, certains établissements n'imposent pas cela ce qui peut expliquer ces différences de résultats.

De plus, ce critère est demandé systématiquement lorsque les professionnels remplissent le dossier informatique d'accouchement. Le réseau de périnatalité d'Auvergne, un dossier informatisé permet à l'ensemble des maternités d'auvergne d'avoir accès au dossier d'une patiente rapidement. Pour l'accouchement ce dossier demande systématiquement si le toucher rectal après l'accouchement à été réalisé. Cette technique peut éventuellement aider les professionnels à penser à le réaliser systématiquement. Or il n'est pas mis en place dans toutes les maternités d'Auvergne.

Ces différences se confirmaient en comparant les secteurs d'exercice en ce qui concerne le fait de réaliser un toucher rectal systématiquement après chaque accouchement. Seuls 38,9% des professionnels effectuaient après chaque accouchement sans se préoccuper des lésions engendrées par l'accouchement (figure 27). Ce pourcentage était très faible et comme précédemment, les professionnels exerçant en établissement de type III étaient les personnes ayant majoritairement répondu juste à cette question (60% vs 35% et 27% respectivement pour les établissements de type II et I). La différence était significative. La raison était certainement identique à la précédente.

Lorsqu'on a comparé ces résultats selon la profession exercée (tableau XIII), on a remarqué que les médecins étaient plus nombreux à réaliser de toucher rectal systématiquement par rapport aux sages-femmes (50% vs 38,1%). Cette différence pourrait être due au fait que les médecins réalisent moins d'accouchement que les sages-femmes et que lorsqu'ils réalisent un accouchement, celui-ci est plus à risque de déchirure graves, car la plupart du temps les médecins sont appelés en cas de besoin d'une extraction instrumentale.

Lorsqu'on a comparé les professionnels réalisant un toucher rectal systématiquement après un accouchement selon la période d'obtention du diplôme d'Etat (tableau XV), les personnes diplômées après 2002 étaient plus nombreuses à donner la bonne réponse (46,2% vs 33,7%) (Tableau XIV). Cette différence pourrait s'expliquer car le protocole au CHU Estaing a été mis en place après 2002. Les étudiants de l'école de Clermont-Ferrand étant dans l'obligation de réaliser des stages au CHU, on leur a d'avantage enseigné la réalisation systématique d'un toucher rectal après l'accouchement.

Les résultats ont montré que seuls 41,9% des professionnels interrogés réalisaient un toucher rectal avant la suture d'une déchirure de degrés trois ou quatre ; 38,3% ont répondu en pratiquer un après la suture d'une déchirure de degrés trois ou quatre.

Cependant les résultats pouvaient être biaisés car la question était ambigüe. Elle ne spécifiait pas la possibilité de réponses multiples. Malgré cela, les taux étaient extrêmement faibles. Lorsqu'on a comparé les résultats selon la profession exercée (tableau XII), on pouvait remarquer que les médecins sont les plus nombreux à réaliser

le toucher rectal avant la suture de la déchirure (62,5% vs 32,8%). Cette différence était significative et pouvait se comprendre puisque ce sont les médecins qui ont l'obligation de suturer ce type de déchirure périnéale. Pourtant, les sages-femmes se doivent d'en faire le diagnostic avant d'appeler le médecin. Le « référentiel métier et compétence des sages-femmes » stipule que la sage-femme doit réaliser le diagnostic des lésions périnéales sans atteinte du sphincter anal et réfections des déchirures superficielles. De plus, l'article R.4127-318 du code de la santé publique stipule que la sage-femme est autorisée à pratiquer la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée.

La différence s'est confirmée en ce qui concerne la réalisation du toucher rectal après la suture de la déchirure. Cette différence n'était pas significative. On pouvait penser que les sages-femmes ont réalisé un toucher rectal après la suture des déchirures compliquées pour être en conformité avec les protocoles proposés. Par contre tous les médecins devraient le réaliser car il s'agit d'un geste indispensable pour vérifier qu'il n'y ait pas de fils et pas de fistule.

g) Le mode de prise en charge suite à une déchirure sphinctérienne anale (figure 28)

Les résultats ont montré que 22,2% des professionnels avaient l'habitude de rediriger la patiente vers un autre professionnel. Les sages-femmes étaient plus nombreuses à répondre cela (21,9% vs 12,5%) (tableau XVI). Ces différences semblaient normales puisque les sages-femmes ont de moins grandes connaissances dans ce domaine.

Le graphique a montré que 70,1% des personnes interrogées proposaient une rééducation périnéale et anale. En effet l'HAS recommande une rééducation du post-partum en particulier en cas de rupture sphinctérienne anale. Elle doit être abordée de manière globale à la suite d'un bilan adapté. Elle comporte trois axes principaux : l'information, la prévention des complications immédiates et le traitement [24].

La rééducation périnéale permet d'améliorer la continence anale en cas de périnée complet [50].

Seuls 3% des professionnels demandaient des examens complémentaires. Les explorations fonctionnelles ano-rectales sont recommandées en post-partum après un périnée complet si la patiente est symptomatique même transitoirement ou dans tous les cas afin de détecter une rupture asymptomatique de façon à prévenir les facteurs aggravants ultérieurement [49]. L'étude de Sultan a mis en évidence qu'il existait, six semaines après le premier accouchement, 35% de défects sphinctériens échographiques. La moitié de ces femmes était symptomatique et présentait une IA [34]. Les professionnels des établissements de type I étaient ceux qui demandaient le plus d'examens complémentaires (16,3% vs 1,6%, 1,7%, 0%) (tableau XVII). Cette constatation était surprenante car on aurait pu penser que les professionnels exerçant en type III c'est-à-dire à proximité d'une plus grande diversité d'examens complémentaires auraient été les plus nombreux.

h) Le lien entre incontinence anale et urinaire (figure 29)

Parmi les professionnels interrogés, 40,4% s'intéressaient systématiquement à une IA en cas d'incontinence urinaire diagnostiquée. Ce taux était assez faible.

Une étude de Fritel a montré que quatre ans après un premier accouchement et lorsqu'il y a eu une épisiotomie systématique au cours de l'expulsion, le risque d'incontinence urinaire est multiplié par 1,21, le risque d'incontinence anale est multiplié par 1,84. Il y a autant de risque d'IA que d'IU en cas d'épisiotomie systématique [51]. Il y a donc autant de risque de développer à long terme une incontinence anale ou urinaire. Il est donc indispensable de s'intéresser aux deux types d'incontinence.

La différence est que l'incontinence urinaire est fréquemment diagnostiquée et traitée ; en effet dans de nombreuses études, la question de l'incontinence urinaire est fréquemment posée ; ce qui n'est pas le cas de l'incontinence anale qui reste un sujet tabou.

Les résultats ont montré que 33,3% s'y intéressaient uniquement si la patiente évoque des signes d'incontinence anale. Ce pourcentage était au contraire beaucoup trop important. Il était prouvé que seulement 20% des patientes ayant des symptômes d'IA en parle à leur médecin. Ce pourcentage était bien la preuve qu'il ne faut pas attendre qu'une patiente confie avoir des symptômes d'IA pour en discuter avec elle.

Il était à noter que 2,4% des professionnels ne s'étaient pas sentis concernés par la question. Or quel professionnel n'a jamais entendu de la part d'une patiente ou n'a jamais vu qu'elle avait des fuites urinaires ? Même une sage-femme exerçant uniquement en salle de naissance peut être témoin d'une incontinence urinaire. Il était donc surprenant de remarquer qu'autant de professionnels ne se sentaient pas concernés par cette question.

i) Le lien entre incontinence anale et faible tonicité des muscles périnéaux (figure 30)

Parmi les professionnels interrogés, 37,1% s'intéressaient systématiquement à un IA en cas de testing faible des releveurs de l'anus.

Le périnée est important car il maintient tous les organes et permet la continence anale et urinaire. De ce fait, lors de déchirures périnéales par exemple, cette fonction peut être altérée. La faiblesse des muscles releveurs de l'anus et la continence anale est donc liée. Or peu de personnes ont fait le lien en répondant au questionnaire.

D'après les recommandations de l'HAS de décembre 2002, en cas d'incontinence, il est recommandé de compléter l'interrogatoire par un examen loco-régional (cicatrices, trophicité, pertes vaginales), un examen neurologique afin d'étudier les territoires sensitifs de la région périnéale et un testing.

Le testing ou évaluation manuelle de la force musculaire périnéale permet d'évaluer la force et l'endurance des muscles du plancher pelvien et permet de détecter une éventuelle inversion de commande. Il ne mesure pas l'efficacité de la rééducation sur l'incontinence mais l'amélioration de la force musculaire.

j) L'interrogatoire pour rechercher une incontinence anale (figure 31)

Cette question faisait référence au score de Jorge et Wexner (voir annexe III). Elle nous permettait de savoir, même indépendamment de la connaissance de ce score si les professionnels posaient les questions en rapport. La réponse à cette interrogation a été « non ».

La question étant majoritairement posée à l'interrogatoire pour rechercher une IA était : « quelle est la nature des fuites ? ». Cette question serait posée par 54,2% des

professionnels. Ce pourcentage était faible. Pourtant, l'IA peut autant concerner une incontinence aux selles qu'aux gaz, d'où l'importance d'interroger les patientes au sujet de la nature des fuites. Les autres items du score n'étaient que rarement donnés lors de l'étude.

On pouvait remarquer que 17,3% des personnes posaient la question des signes associés. Le principal signe associé retrouvé dans l'étude était la constipation. Cependant il ne concernait 17,3% de la population. Rare étaient donc les professionnels faisant le lien entre IA et trouble du transit. De plus, la question pouvait être biaisée puisque les professionnels pouvaient faire le lien entre IA et troubles du transit grâce aux questions précédentes.

D- La mise en place d'un protocole de dépistage

1) La connaissance du score de Wexner (voir annexe 3)

Les résultats ont montré que la très grande majorité des professionnels n'avaient pas connaissance de ce score (figure 32).

Lorsqu'on a comparé les professionnels connaissant ce score (figure 33), il était remarqué que les sages-femmes étaient les plus nombreuses à le connaître même si elles restaient peu nombreuses. Or ce score n'est pas étudié au cours des études de sage-femme. Les sages-femmes intéressées par la question s'étaient peut-être formées. Cette hypothèse pouvait se confirmer lorsqu'on a comparé les professionnels selon la période d'obtention de leur diplôme d'état (figure 34). La majorité des professionnels connaissant le score ont été diplômés avant 2002. Les personnes étant diplômées depuis longtemps ont eu d'avantage d'occasions pour se former. De plus, les professionnels les plus anciens sont généralement ceux qui ont vu le plus de pathologies différentes, ils ont donc eu plus le temps de s'interroger sur divers sujets les préoccupant dans leur carrière professionnelle.

De plus, il a été remarqué en observant les résultats qu'un seul médecin avait connaissance de ce score, or les programmes des études médicales sont beaucoup plus complets et denses que celui des sages-femmes (figure 33).

2) L'avis des professionnels concernant le protocole le plus pertinent (annexe 4) (figure 35)

Le protocole attendu était pourtant le protocole B. Or seuls 24% des professionnels le trouvaient pertinent.

Le protocole B impose aux professionnels la distribution d'un questionnaire à toutes les patientes en suites de couches le jour de la sortie de la maternité. Ceci a pu être ressenti comme contraignant pour les professionnels. La charge de travail le jour de la sortie est déjà conséquente et il aurait fallu également expliquer ce questionnaire. Ce dernier a aussi pu être ressenti comme inutile puisque, d'après les réponses, la meilleure façon de dépister une IA serait d'en discuter directement avec la patiente et à distance de l'accouchement. Enfin, Il y a de nombreux sujets à aborder pendant le séjour de suites de couches. Il est vrai que les mamans ont d'autres préoccupations à ce moment-là. Les symptômes d'IA, s'ils sont présents ne sont peut-être pas ressentis comme aussi importants et aussi graves que la qualité des soins que l'on apporte à son enfant, ou encore les saignements trop abondants par exemple.

Pourtant ce questionnaire pourrait être l'occasion de sensibiliser les patientes ayant des symptômes d'IA qui ne souhaitent pas en parler dans un premier temps parce qu'elles en ont honte ou parce que au moment du séjour, d'autres préoccupations occupent leur esprit. Le séjour en suites de couches est considéré comme un moment privilégié entre la mère et l'enfant, les tracas sont essentiellement centrés sur la maternité et l'enfant. Or, en tant que professionnel, il ne faut pas oublier également la femme. Un questionnaire, s'il est donné avant la sortie de la maternité, pourrait permettre aux patientes de le lire tranquillement lors du retour à la maison. Si elles ont des symptômes, elles pourraient réfléchir à l'éventualité d'en parler à un professionnel, si elles n'ont pas de symptômes, il pourrait permettre de sensibiliser les femmes à l'éventualité de cette pathologie et permettre au sujet de devenir moins tabou.

De plus, ce protocole imposerait de récupérer le questionnaire rempli lors de la visite post-natale, donc d'en reparler une nouvelle fois lors d'un rendez-vous. Il est vrai que les patientes ne sont pas toujours assidues et ne rapporteront peut-être pas le questionnaire rempli, mais elles auraient entendu parler du sujet plusieurs fois, à la maternité, et à la visite post-natale.

Le protocole A était le plus pertinent pour 59,3% de la population.

Ce protocole propose la même chose que le précédent mais n'est pas basé sur le même type de recueil des informations. Celui-ci n'impose pas la distribution d'un questionnaire mais impose quand même de poser la question de l'existence de symptômes d'IA pendant le séjour à la maternité et lors de la visite post-natale. L'inconvénient de ce protocole est que, lors du séjour à la maternité, les patientes ne seraient pas aptes à divulguer ce type de symptômes pour les mêmes raisons que citées précédemment. Cependant, celles qui souhaitent en parler pourraient le faire. Le moment le plus privilégié serait au moment de la visite post-natale, mais comme nous le savons, le sujet étant tabou, les patientes se confieront-elles ?

Le protocole A impose aux professionnels, comme pour le protocole B, de penser à discuter de cela lors du séjour et lors de la visite post-natale. La différence est que les patientes n'auront aucun support chez elle pour réfléchir à leurs symptômes.

Le choix privilégié des professionnels pour le protocole A a été certainement causé par le fait que les professionnels n'ont vu que les inconvénients du questionnaire sans voir le réel avantage qui pourrait permettre de lever certains tabous.

Le protocole C était le plus pertinent pour 11,4% des professionnels. Or ce protocole propose un questionnaire aux patientes uniquement si elles présentent des signes d'appel d'IA. En désignant ce protocole comme le plus pertinent, les professionnels ont pensé que les patientes seraient en mesure de parler sans tabou de leurs problèmes, or il a été prouvé que très peu de femmes confiaient leurs symptômes et que pour autant la prévalence de l'IA était très importante. Si ce protocole était mis en place, ce serait sous la condition que le professionnel pose lui-même la question à la patiente de la présence ou non de symptôme. Le questionnaire permettrait donc uniquement de qualifier de quelle IA il s'agit et quelle est l'ampleur des symptômes. Or il paraitrait plus judicieux de discuter directement avec la patiente de cela pour pouvoir mieux évaluer leur gène à en parler.

Certains professionnels ont choisi plusieurs protocoles. Ils étaient en minorité mais leur choix était intéressant notamment en ce qui concerne le choix des protocoles A et C. Mettre en place ces deux protocoles pourrait permettre à la fois de diagnostiquer une IA du post-partum, de sensibiliser en en parlant dès la sortie de la maternité, et de

qualifier réellement l'IA si les symptômes apparaissent ou persistent au moment de la visite post-natale.

Lorsqu'on a comparé les réponses selon la profession exercée (tableau XIX), en ce qui concerne les réponses pour le protocole A, on pouvait remarquer que les médecins ont répondu en plus grand nombre que les sages-femmes (81,3% vs 53,3%). En revanche, en ce qui concerne le protocole B, les sages-femmes ont majoritairement répondu par rapport aux médecins (25,2% vs 6,3%).

3) L'avis des professionnels concernant le protocole qu'ils seraient prêt à mettre en place

Le protocole A a également été choisi par la majorité des professionnels pour être mis en place.

Il a été intéressant de constater que les protocoles les plus pertinents pour les professionnels n'étaient pas forcément ceux qu'ils mettraient en place. En effet, le protocole A était le plus pertinent pour 59,3% des professionnels, or seulement 49,7% le mettraient en place. Environ 10% d'entre eux ne mettraient pas en place le protocole qu'ils ont considéré comme le plus pertinent. Autrement dit, ces professionnels ne souhaitent pas mettre en place ce qu'il y aurait de mieux pour leurs patientes. Les professionnels ont pu aussi penser que bien que ce protocole soit le plus pertinent, un autre pourrait être plus adapté à la situation. Il se peut aussi que les professionnels aient trouvé certains protocoles pertinents mais trop contraignants pour pouvoir les mettre en place.

Il a été noté également que 4,8% des professionnels n'étaient pas prêts à la mise en place d'un protocole de dépistage. Pourtant aucun professionnel n'a considéré qu'aucun protocole proposé n'était pertinent. Cependant, 4,8% des professionnels pensaient que malgré la pertinence d'un des protocoles proposés aucun n'était adapté à la situation. En comparant les résultats selon le secteur d'exercice (tableau XXII), on pouvait remarquer que ces professionnels étaient représentés par 14,3% de sages-femmes libérales. Il était possible que les sages-femmes libérales, n'exerçant pas à l'hôpital ont pu ne pas se sentir concernées par cette question.

E- Projet d'action

Le dépistage et la prise en charge de l'IA en post-partum fait partie des obligations et des compétences des professionnels de santé interrogés dans cette étude. Dans les hôpitaux de l'Allier et du Puy de Dôme et en particulier au CHU Estaing, aucun protocole n'a été mis en place jusqu'à présent pour permettre un meilleur dépistage de l'IA en post-partum. Ce travail pourrait permettre la mise en place d'un protocole de dépistage au CHU Estaing. Le protocole qui pourrait être mis en place actuellement, au vu des résultats de l'étude est le protocole A (annexe 4). Il s'adresserait aux sages-femmes du service de suites de couches, réalisant des consultations notamment des visites post-natales et aux gynécologues obstétriciens réalisant des consultations.

Cependant, à l'avenir, il serait important d'inciter les professionnels à mettre progressivement en place le protocole B aussi adapté que le précédent dans le diagnostic d'une IA mais qui pourrait peut-être permettre aux femmes d'aborder l'incontinence anale sans gêne et sans tabou comme cela peut se faire avec l'incontinence urinaire. De plus, comme il s'agit d'un protocole écrit, ce serait plus homogène et plus facile d'évaluer s'il a été réalisé.

D'autre part, peu d'études ont été réalisées concernant les troubles du transit en post-partum. On a pu voir à plusieurs reprises au cours de cette étude que l'IA avait un lien avec les troubles du transit et notamment avec la constipation. Or ces derniers semblent à priori assez fréquents en post-partum en particulier si les patientes sont victimes de déchirures périnéales. En effet, celles-ci semblent appréhender la défécation. Il serait intéressant de mener une étude afin de rechercher la fréquence de ces troubles en post-partum. Elle pourrait permettre de mieux dépister les femmes à risque d'incontinence anale et de mieux les traiter car les études ont montré qu'être une femme était le premier facteur de risque de développer une constipation.

CONCLUSION

A l'issu de notre étude, nous avons avant tout pu conclure que les professionnels de santé de l'Allier et du Puy de Dôme ont des connaissances limitées en ce qui concerne l'incontinence anale en post-partum. Rares sont les professionnels la définissant dans son intégralité. A partir de cette constatation, il semble difficile que ces derniers puissent en parler de façon adaptée avec les patientes et la prévenir. Les professionnels ont également tendance à sous-estimer la prévalence de celle-ci chez la femme ayant accouchée.

Les personnes interrogées ont des notions très générales de cette pathologie mais ignorent de nombreux facteurs de risque qu'ils sont susceptibles de rencontrer chaque jour tel qu'un travail long, les méthodes d'extractions à éviter, la primiparité et les patientes asiatiques. En l'absence de connaissance de ces facteurs de risque, la prévention primaire et la prise en charge ne peuvent être optimales.

En effet, les méthodes de prévention attendues sont très peu pratiquées par les professionnels. On a pu remarquer que seule la retenue de la tête fœtale au cours de l'expulsion était pratiquée pour la plupart systématiquement. Pourquoi se contenter de ce seul moyen de prévention ?

En ce qui concerne la pratique actuelle des professionnels notamment pour la prévention des troubles du transit, ceux-ci s'en préoccupaient trop peu pendant la grossesse. Cependant, ils restaient concernés par la question en post-partum ce qui était rassurant puisque l'incontinence anale, principalement présente après l'accouchement, peut être en lien avec une constipation.

De plus, la réalisation du toucher rectal après chaque accouchement devrait être obligatoire ; seuls 38% des professionnels le pratiquaient de manière systématique. L'identification des lésions en réalisant un toucher rectal, permet pourtant un diagnostic et donc une réparation par suture systématique après un accouchement.

Peu d'entre eux ont fait le lien entre incontinence anale et incontinence urinaire ; incontinence anale et faiblesse musculaire périnéale. Il semble important que ce sujet deviennent plus connu des professionnels pour pouvoir prévenir l'ensemble des troubles périnéaux et pas seulement les plus couramment rencontrés.

Enfin, notre étude a permis de dégager des propositions de dépistage pour optimiser la pratique des professionnels. Il semble en effet indispensable d'accorder plus de temps à cette pathologie. Au vu de l'opinion des professionnels, un protocole de

dépistage pourrait éventuellement être mis en place à la maternité du CHU Estaing. Ce protocole n'était pas celui attendu mais, s'il est respecté par la majorité des professionnels, ce sujet pourrait peut-être devenir moins tabou tant pour les patientes que pour les professionnels. Cependant, nous espérons que dans l'avenir, un protocole plus spécifique, puisse être élaboré et mis en place.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Bourguignon J, Bauer P, Atienza P. Conséquences de l'accouchement sur les sphincters de l'anus. La presse médicale 1998; 27 : 1702-1706.

[2] Beucher G. Complications maternelles des extractions instrumentales. La revue Sage-Femme2009; 8 : 170-186.

[3] Pirro N, Sastre B, Sielezneff I. Quels sont les facteurs de risqué de l'incontinence anale du post-partum ? Journal de chirurgie viscéral 2007; 144 : 197-202.

[4] Fritel X. Périnée et grossesse. Gynécologie Obstétrique et fertilité 2010; 38 : 332-346.

[5] Abramowitz L, Sobhani I. Complications anales de la grossesse et de l'accouchement. Gastroenterol Clin Biol 2003; 27 : 277-283.

[9] Lagoidet JP, Berrod JL, Bron M. Incontinence anorectale. Diagnostic, exploration traitement. Elsevier Masson SAS, gastro-entérologie 1999; 9 : 87-20.

[7] Riteau AS. Le périnée féminin de la superficie à la profondeur. Mémoire pour Le certificat d'anatomie, d'imagerie et de morphogenèse : Med : Université De Nantes. 2002-2003. [Consulté le 19/03/2013]. Disponible à partir de : URL : <www.sante.univ-nantes.fr/med/anatomie/.../Riteau%20A-S.pdf>

[8] Kamina P. Périnée anal. In : Kamina P, eds. Anatomie clinique, tome 4, organes urinaire et génitaux, pelvis, coupes du tronc. 2nd ed édition. Paris : Maloine ; 2008. p 288-292.

[9] Arigon JP, Henri L, damon H, Valette PJ. Radioanatomie proctologique. Encyclopédie Médico-chirurgicale 2002; 9 : 14-15.

[10] Tonneau H, Branger B, Chauvin B, Guermeur J, Grall JY. Le périnée, qu'en savent les femmes ? La revue sage-femme 2005; 4 : 109-114.

[11] Bensalem M, Sakhri N, Saidani K, Kecili N, Khalassi N, Bousseloub A. Incontinence anale et constipation. Service de gastroentérologie HCA. [Consulté le 19/03/2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sahge.org/congres/3JFCT/Seance3/bensalem%20%20IA.pdf>

[12] Faucheron JL. Incontinence anale. La presse médicale 2008; 37 : 1447-1462.

[13] Lehur PA et al. Incontinence anale de l'adulte : causes, diagnostic, traitement, prévention et filière de soins ; recommandation pour la pratique clinique argumentaire. Nantes : Beaufour-ipesen-pharma ; 1997.

[14] Leroi A.M. Incontinence fécale : quels traitements médicaux ? Service de physiologie digestive et urinaire, hôpital Charles Nicolle. Rouen. Novembre 1998. [Consulté le 19/03/2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.med.univ-rennes1.fr/uv/snfcp/journee-perfectionnement-leroi.html>

[15] Lehur PA, Leroi AM. Incontinence anale de l'adulte, recommandations pour la pratique clinique. Gastroentérologie clin biol 2000; 24 : 299-314.

[16] Scarlett Y. Médical management of fecal incontinence. Gastroenterology 2004; 126 : 55-63.

[17] Chatoor DR, Taylor SJ, Cohen CR, Emmanuel AV. Faecal incontinence. Br j surg 2007; 94 : 134-144.

[18] Leroi AM, Beuret-Blanquart F, Weber J. Rééducation des dysfonctionnements anorectaux. Kinésithérapie médecine physique réadaptation 2000 ; 26 : 516-10.

[19] Lehur PA, Letessier E. Incontinence anale par atteinte sphinctérienne de l'adulte : quel bilan pré-opératoire ? Quelles solutions chirurgicales ? Journal de chirurgie viscérale 1998; 135 : 83-89.

[20] Michot F, Leroi AM. La neurostimulation sacrée, traitement d'avenir de l'incontinence anale ? Annales de chirurgie 2002; 127 : 247-249.

[21] Lehur PA, McNevin S, Buntzen S, Mellgren AF, Laurberg S, Madoff RD. Magnetic anal sphincter augmentation for the treatment of fecal incontinence: a preliminary report from a feasibility study. Dis Colon Rectum 2010; 53 : 1604-10.

[22] Mantoo S, Meurette G, Juliette Podevin, Lehur PA. The magnetic anal sphincter: a new device in the management of severe fecal incontinence. Expert Review of Medical Devices 2012; 9 : 483-90.

[23] Mauroy B, Bollal JL.Bases anatomo-radiologiques de l'incontinence urinaire et de l'incontinence fécale, de la statique pelvienne et du traumatisme obstétricale. In : Villet R et al., eds. Incontinences urinaire et fécale. Paris : éditions scientifiques L and C ; 2001. p. 17-43.

[24] Rééducation dans le cadre du post-partum. Haute autorité de santé. RPC Décembre 2002. [Consulté le 19/03/2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/post_partum_rap.pdf>

[25] Deage J, Gallégo K, Gretler M. Incontinence anale consécutive aux déchirures périnéales de degré trois et quatre : impact sur la qualité de vie des femmes et prise en charge par la sage femme. Travail de Bachelor. Haute école de santé Vaud. 2011.

[26] Abed, H, Rogers R. Grand Rounds: Managing future pregnancies after a severe perineal laceration. Contemporary OB/GYN 2006; 51 : 34-40.

[27] Fraser M, Cooper E. The first stage of labour: physiology and early care. Myles'Textbook for Midwives. London : Churchill Livingstone Elsevier 2009; 253-257.

[28] RJ Fernando, AA Williams, EJ Adams. The Management of Third and Fourth-degree Perineal Tears. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline no.29. Mars 2007. [Consulté le 19/03/2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.oslouniversitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kvinne%20og%20barneklinikken/Kvinnehelse/Sfinkterruptur%20til%20helsepersonell.pdf>

[29] Sultan AH. Clinical focus : obstetric perineal injury and faecal incontinence after childbirth. Clin Risk 1995; 5 : 196-1196.

[30] Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CL. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. N Engl J Med 1993; 329 : 1905-11.

[31] Snook SJ, Swash M, Setchell M, Henri MM. injury to innervations of pelvic floor sphincter musculature in child-birth. Lancet 1984; 2 : 546-50.

[32] Fritel X. Du mode d'accouchement à l'incontinence. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005; 34 : 739-744.

[33] Dupuis O, Madelenat P, Rudigoz RC. Incontinence urinaire ou anale post-obstéricale : facteurs de risque et prévention. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2004; 32 : 540-548.

[34] De Leeuw JW, VIerhout ME, Struijk PC, Hop WC, Wallenburg HC. Anal sphincter damage after vaginal delivery : functional outcome and risk factors for fecal incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80 : 830-4.

[35] Salameh C, Canoui-Poitrine F, Cortet M, Lafon A, Rudigoz RC, Huissoud C. Les présentations postérieures augmentent-elles le risque de déchirures périnéales sévères ? Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2011; 39 : 545-548.

[36] Barbier A, Poujade O, Fay R, Thiebaugeorges O, Leverdon M, Deval B. La primiparité est-elle le seul facteur de risqué des lesions du sphincter anal en cours d'accouchement ? Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2007; 35 : 101-106.

[37] MacArthur C, Glazener CM, Wilson PD, Herbison GP, Gee H, Lang GD. Obstetric practice and fecal incontinence three months after delivery. BJOG 2001; 108: 678-83.

[38] Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labour : prospective study before and after childbirth. Br J Obstet Gynaecol 1994; 101 : 22-8.

[39] Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED. Outcomes at three months after planed cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term. JAMA 2002; 287 : 1822-31.

[40] Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2004; 1 : CD002006.

[41] Beckmann MM, GarrettAJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev 2006; 1 : CD005123.

[42] Jönsson ER et al. Modified Ritgen's maneuver for anal sphincter injury at delivery: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2008; 112(2 Pt 1): 212-7.

[43] Fernando RJ, Sultan AHH, Kettle C, Thakar R, Radley S. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. The Cochrane library 2010; 1 : CD00286610.

[44] Flatin DL, Sangalli MR, Curtin F, Morabia A, Weil A. Prevalence of anal incontinence and after anorectal symptoms in women. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2001; 12 : 117-20.

[45] Peschers UM, Sultan AH, Mayer A, Drinovac V, Dimpfl T. Urinary and anal incontinence after vacuum delivary. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003;
110 : 39-42.

[46] Borgatta L, Pienning SL, Cohen WR. Association of episiotomy and delivary position with deep perineal laceration durin spontaneous delivary in nulliparous woman. Am J Obstet Gynecol 1989; 160 : 294-7.

[47] Sooklim R, Thinkhamrop J, Lumbiganon P, Prasertcharoensuk W, Pattamodilok J, Seekom K et coll. The outcomes of midline versus medio-lateral episiotomy. Reprod Health 2007; 4 : 10.

[48] Recommandations professionnelles suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Haute autorité de santé. RPC Mai 2007. [Consulté le 19/03/2013]. Disponible à partir de : URL :
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf>

[49] Piche T, Dapoigny, Bouteloup C, Chassagne P, Coffin B, Desfourneaux V, Fabiani P, Fatton B, Flammenbaum M, Jacquet A, Luneau F, Mion F, Moore F, Riou D, Senejoux A. Recommandation pour la pratique clinique dans la prise en charge de la constipation chronique de l'adulte. Gastroenterol Clin Biol 2007; 31 : 125-135.

[50] Fynes MM, Marshall K, Cassidy M, Behan M, Walsh D, O'Connell PR er al. A prospective randomized study comparing the effect of augmented biofeedback with sensory biofeedback alone on fecal incontinence after obstetric trauma. Dis Colon Rectum 1999; 42 : 753-61.

[51] Fritel X, Schaal JP, Fauconnier V, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Troubles périnéaux quatre ans après le premier accouchement : comparaison entre épisiotomie restrictive et systématique. Gynécologie Obstétrique et fertilité 2008; 36 : 991-997.

ANNEXES

Annexes

Annexe I : le questionnaire distribué aux professionnels de santé.

Annexe II : Les indicateurs pour le questionnaire.

Annexe III : Le score de Jorge et Wexner.

Annexe IV : Les protocoles de dépistage proposés.

Annexe V : recommandations pour la pratique clinique, Rééducation dans le cadre du post-partum : Synthèse des recommandations, Décembre 2002.

Annexe I : le questionnaire distribué aux professionnels de santé

Étude 2012-2013 : Évaluation des connaissances des professionnels de santé concernant l'incontinence anale en post-partum

Comme vous le savez certainement, l'incontinence anale est un problème représentant des chiffres non négligeables dans la population des accouchées. Pourtant ce sujet reste très tabou et trop peu recherché par les professionnels.

Mon étude consiste à évaluer la connaissance des professionnels de santé concernant l'incontinence anale en post-partum. La formation des professionnels et leurs informations auprès des patientes sont-elles suffisante pour un dépistage précoce et une prise en charge adaptée ?

Dans un second temps, afin de réaliser un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge de ces femmes, mon étude pourrait permettre de mettre en place un protocole de dépistage de l'incontinence anale en post-partum. Pour cela, je vous ai proposé trois protocoles et je souhaiterais avoir votre opinion à ce sujet.

Je vous invite donc à répondre au questionnaire suivant qui ne vous prendra **qu'une dizaine de minutes**.

Ce questionnaire est anonyme, aucune information personnelle n'apparaitra dans l'étude ; seul votre métier et votre secteur d'activité vous seront demandés.

Votre participation à cette étude est totalement libre, si vous ne souhaitez pas y participer, il vous suffit de répondre simplement au préambule et de me le renvoyer avec le questionnaire.

Si une question n'est pas claire, n'hésitez pas à me contacter par mail ou par téléphone plutôt que de laisser la question sans réponse afin que mon étude soit la plus complète possible.

Merci de votre participation à cette étude qui permettra, je l'espère, d'améliorer le dépistage et le suivi des femmes atteintes de ce handicap aussi honteux que dégradant.

Cordialement

Aude CLAUTRIER

I – Préambule

2. **Quel métier exercez-vous ?**

□ Gynécologue-Obstétricien □ Sage-femme □ Interne en gynécologie-obstétrique

3. **Quel est votre secteur d'exercice ?**

□ Etablissements de santé publics □ Établissements de santé privés

□ Secteur libéral □ Secteur territorial

Si votre mode d'exercice ne correspond à aucune des propositions ci-dessus, merci de ne pas répondre au questionnaire.

II – Généralités

4. **Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?** .....……..

5. **Actuellement quelles « activités » exercez-vous ?**

□ Consultations obstétricales ou gynécologiques □ Grossesses à haut risque

□ Salle de naissance □ Pôle violence

□ Post-partum □ Diagnostic anténatal

□ Bloc chirurgical □ Consultations uro-dynamiques

□ Préparation à la naissance et à la parentalité □ Protection maternelle et infantile

Depuis combien de temps : …….

6. **Auparavant avez-vous exercé en :**

-Consultations obstétricales ou gynécologiques □ Oui □ Non

-Consultations uro-dynamiques □ Oui □ Non

-Préparation à la naissance et à la parentalité □ Oui □ Non

-Diagnostic anténatal □ Oui □ Non

-Pôle violence □ Oui □ Non

-Bloc chirurgical □ Oui □ Non

-Salle de naissance □ Oui □ Non

-Post-partum □ Oui □ Non

-Libéral □ Oui □ Non

-Grossesses à haut risque □ Oui □ Non

-Protection maternelle et infantile □ Oui □ Non

7. **Pour vous qu'est-ce qu'une incontinence anale ?**

……...…

……...

8. **Selon vous, quelle est la fréquence d'une incontinence anale en post-partum à distance de l'accouchement ?**

□ Entre 2 et 5 %

□ Entre 5 et 10 %

□ Entre 10 et 20 %

□ Entre 20 et 30 %

9. **Posez-vous la question de l'incontinence anale ?**

- A chaque consultation de suivi de grossesse

□ Systématiquement □ Souvent □ Parfois □ Jamais □ Non concerné

- A l'admission en salle de naissance

□ Systématiquement □ Souvent □ Parfois □ Jamais □ Non concerné

- En suite de couches pendant l'hospitalisation

□ Systématiquement □ Souvent □ Parfois □ Jamais □ Non concerné

- A la visite post-natale

□ Systématiquement □ Souvent □ Parfois □ Jamais □ Non concerné

III - La grossesse

10. **Selon vous, lors d'une grossesse, quels sont les facteurs de risque d'une incontinence anale ?**

□ Multiparité □ Primiparité

□ IMC > 25 □ IMC < 25

□ Age > 40ans □ Age < 20ans

□ Origine asiatique □ Origine africaine

11. **Abordez-vous à chaque consultation de suivi de grossesse la question du transit ?**

□ Systématiquement □ Souvent □ Parfois □ Jamais □ Non concerné

12. **Si une patiente vous évoque un trouble du transit, que lui proposez-vous en 1ère intention ?**

□ Rien
□ Traitements médicamenteux
□ Massages
□ Règles hygiéno-diététiques
□ Position favorable sur les toilettes
□ Je la redirige vers un autre professionnel

13. **Selon vous, la grossesse est-elle un facteur de risque de l'incontinence anale, indépendamment de l'accouchement ?**

□ Oui
□ Non

IV - L'accouchement

14. **Quels sont les facteurs de risque d'une déchirure du 3eme ou 4eme degré ?**

(Une déchirure du 3eme degré étant définit comme une lésion du sphincter anal externe et plus ou moins du sphincter anal interne sans lésion de la muqueuse rectale. Une déchirure du 4eme degré étant une lésion complète du sphincter anal externe et interne avec atteinte de la muqueuse rectale).

□ Ventouse
□ Forceps
□ 2eme phase du travail > 120 minutes
□ 2eme phase du travail < à 120 minutes
□ Episiotomie médio-latérale
□ Episiotomie latérale
□ Episiotomie médiane
□ Siège
□ Présentation postérieure
□ Présentation antérieure
□ Macrosomie
□ Hypotrophie

15. **Prévenez-vous le risque de déchirures ?** Si vous le souhaitez, vous pouvez ajouter des précisions quant à votre pratique dans la colonne « Parfois ».

Apprentissage du massage périnéal pendant la grossesse	□ Systématiquement	□ Jamais	□ Parfois ....
Massage du périnée pendant le travail	□ Systématiquement	□ Jamais	□ Parfois ....
Massage du périnée pendant l'expulsion	□ Systématiquement	□ Jamais	□ Parfois ....

Application de compresses chaudes au cours de l'expulsion	□ Systématiquement	□ Jamais	□ Parfois ....
Efforts expulsifs et expulsion en position décubitus latéral	□ Systématiquement	□ Jamais	□ Parfois ....
Efforts expulsifs et expulsion en position accroupis ou à 4 pattes	□ Systématiquement	□ Jamais	□ Parfois ....
Retenue de la tête fœtale lors de l'expulsion	□ Systématiquement	□ Jamais	□ Parfois ....
Poussée en expiration	□ Systématiquement	□ Jamais	□ Parfois ....
Pression sur le menton afin de dégager progressivement la tête fœtale	□ Systématiquement	□ Jamais	□ Parfois ....
Autres : précisez :	□ Systématiquement	□ Jamais	□ Parfois ....

V - Le post-partum

Nous définissons le post-partum comme la période comprise entre la fin de l'accouchement et six semaines après celui-ci.

16. **Est-il indispensable, pour vous, d'identifier le type et le degré des lésions périnéales visibles occasionnées par l'accouchement ?**

□ Oui Pourquoi ?

……

……

□ Non Pourquoi ?

……

……

17. **Réalisez-vous habituellement un toucher rectal ?**

□ Après chaque accouchement

□ Avant la suture d'une déchirure de degrés 3 ou 4

□ Après la suture d'une déchirure de degrés 3 ou 4

□ Pas habituellement

□ Non concerné

18. **Quels modes de prise en charge adoptez-vous suite à la réparation d'une déchirure sphinctérienne anale ?**

□ Aucun
□ Conseils hygiéno-diététiques
□ Prescription de laxatifs type lansoyl
□ Demande d'examens complémentaire
□ De la rééducation périnéale et anale
□ Je redirige la patiente vers un autre professionnel
□ Non concerné

19. **Dans le cas d'une incontinence urinaire diagnostiquée, vous intéressez-vous à une incontinence anale associée ?**

□ Uniquement si la patiente évoque des signes d'une incontinence anale
□ Je n'ai jamais diagnostiqué d'incontinence urinaire
□ Systématiquement
□ Parfois
□ Jamais

20. **En cas de testing des releveurs de l'anus faible (inférieur à 3/5), vous intéressez-vous à une incontinence anale associée ?**

□ Systématiquement □ Parfois
□ Jamais □ Non concerné

21. **Lorsque vous abordez la question de l'incontinence anale, quelle(s) question(s), précisément, posez-vous lors de l'interrogatoire ?**

……
……

22. **En post-partum, abordez-vous la question du transit ?**

□ Systématiquement
□ Uniquement pendant le séjour à la maternité
□ Uniquement en cas de douleur abdominale
□ Jamais

□ Non concerné

□ Autres : …….....……

VI - Dépistage

23. **Avez-vous entendu parler du score de Jorge et Wexner ?**

□ Oui □ Non

24. **Parmi les trois propositions de protocoles de dépistage suivants :**

A : Demander en suites de couches au cours de l'hospitalisation et au cours de la visite post natale, simplement et systématiquement si la patiente a ou non une incontinence anale, en précisant s'il s'agit d'une perte de gaz, de selles molles et/ou de selles solides.

B : Sensibiliser au risque d'incontinence anale et donner aux patientes un questionnaire spécifique de l'incontinence anale à la sortie de la maternité et à retourner à la visite post-natale.

C : Proposer à la visite post-natale un questionnaire validé aux patientes uniquement sur signes d'appel d'incontinence anale.

a) **Lequel vous parait-il le plus pertinent ?**

□ A □ B □ C □ Aucune des trois propositions

b) **Quel protocole seriez-vous prêt à mettre en place ?**

□ A □ B □ C □ Aucune des trois propositions

Merci pour le temps que vous avez consacré à mon questionnaire.

Annexe II : Les indicateurs pour le questionnaire

Critères généraux d'identification (questions 1 à 5 incluses)

-Métier exercé

-Secteur d'exercice

-Année d'obtention du diplôme

-Activités exercées actuellement et auparavant

Etude des connaissances concernant l'incontinence anale en post-partum en général (questions 6, 7, 9, 12, 13, 15)

-Définition de l'incontinence anale

-Fréquence de l'incontinence anale en post-partum à distance de l'accouchement

-Facteurs de risque pendant la grossesse de l'incontinence anale

-Facteurs de risque des déchirures de degrés 3 et 4

-Identification du type et du degré de lésions périnéales

Etude des pratiques professionnelles en matière de prévention, de diagnostic et de prise en charge de l'incontinence anale en post-partum (questions 8, 10, 11, 14 à 21 incluses)

-Interrogatoire sur la présence ou non d'une incontinence anale à chaque consultation de grossesse, à l'admission, pendant l'hospitalisation en suites de couches, à la visite post-natale.

-Question du transit à chaque consultation de grossesse et en post-partum

-Prise en charge des troubles du transit

-Méthodes de prévention des déchirures périnéales

-Identification du type et du degré de déchirure périnéale

-Réalisation d'un toucher rectal

-Prise en charge suite à la réparation d'une déchirure sphinctérienne anale

-Mise en évidence d'un lien entre incontinence urinaire et incontinence anale

-Mise en évidence d'un lien entre un testing faible et une incontinence anale

-Interrogatoire lorsqu'une patiente présente une incontinence anale

Annexe III : Le score de Jorge et Wexner

Niveau	incontinence solide	incontinence liquide	incontinence aux gaz	incontinence nécessitant une protection	incontinence altérant la qualité de vie
0	Jamais				
1	Moins d'une fois par mois				
2	Une fois par mois à une fois par semaine				
3	Une fois par semaine à une fois par jour				
4	Plus de une fois par jour				

Le total du score s'étend de 0 à 20, « O » correspondant à aucune fuite, « 20 » correspondant à une incontinence totale.

Annexe IV : Les protocoles de dépistage proposés

Protocole A : Demander en suites de couches au cours de l'hospitalisation et au cours de la visite post natale, simplement et systématiquement si la patiente a ou non une incontinence anale, en précisant s'il s'agit d'une perte de gaz, de selles molles et/ou de selles solides.

Protocole B : Sensibiliser au risque d'incontinence anale et donner aux patientes un questionnaire spécifique de l'incontinence anale à la sortie de la maternité et à retourner à la visite post- natale.

Protocole C : Proposer à la visite post-natale un questionnaire validé aux patientes uniquement sur signes d'appel d'incontinence anale.

Annexe V : recommandations pour la pratique clinique, Rééducation dans le cadre du post-partum : Synthèse des recommandations, Décembre 2002

Les conséquences de la grossesse et de l'accouchement durant la période du post-partum sont variées. Les principales portent sur le périnée et la continence, sur le rachis et la ceinture pelvienne, et sur la sangle abdominale. En conséquence, la rééducation du postpartum doit être abordée de manière globale.

INDICATIONS DE LA RÉÉDUCATION EN POST-PARTUM IMMÉDIAT

Il est recommandé dès les premiers jours après l'accouchement de s'assurer du niveau d'information de la patiente sur les suites de la grossesse et de l'accouchement, et de donner une information sur l'évolution spontanée des déficiences périnéales, rachidiennes, pelviennes et abdominales. Ce moment permet d'insister sur la nécessité de la consultation post-natale. C'est lors de cette consultation que l'indication d'une prise en charge rééducative est envisagée. En post-partum immédiat, la rééducation s'attache à participer au traitement de la douleur, périnéale, rachidienne, pelvienne et abdominale si elle est présente.

INDICATIONS APRÈS LA CONSULTATION POST-NATALE

L'indication de rééducation en post-partum n'est pas systématique. La prescription de séances de rééducation du post-partum découle des symptômes décrits par la patiente ou décelés lors de l'examen clinique effectué au cours de la consultation postnatale (6 à 8 semaines après accouchement). Dix à vingt séances au maximum peuvent être proposées aux patientes. En l'absence d'amélioration clinique objective ou subjective, l'indication de la rééducation est remise en cause. Si l'amélioration notée par la patiente et le thérapeute est présente mais insuffisante, une prolongation du traitement est envisageable (10 à 15 séances). Si l'amélioration est jugée satisfaisante ou suffisante par la patiente ou si les critères objectifs d'évaluation montrent une amélioration nette ou une guérison, alors la rééducation peut être interrompue.

BILAN AVANT RÉÉDUCATION DANS LE CADRE DU POST-PARTUM

· L'interrogatoire permet de préciser le siège, la fréquence, les facteurs déclenchants, le mode et l'intensité de la douleur périnéale, pelvienne, rachidienne et abdominale, et d'évaluer le retentissement fonctionnel de la douleur dans la vie quotidienne et sexuelle

de la femme. Le bilan cherche à différencier les douleurs d'origine pelvienne des douleurs d'origine rachidienne. Le test active straight leg raise permet de détecter les douleurs pelviennes dans le post-partum. D'autres tests évaluent la douleur de la région pelvienne et rachidienne (dessin, mobilisations et tests provoqués).

· L'interrogatoire permet de préciser les connaissances ergonomiques de la femme dans le cadre de la prévention des rachialgies, les situations de gêne fonctionnelle majeure.

· Trois éléments apportent au rééducateur des informations essentielles pour évaluer la présence d'incontinence et définir la stratégie thérapeutique : les mécanismes de l'incontinence, l'existence de facteurs associés, l'environnement ou les habitudes de vie.

En cas d'incontinence, il est recommandé de compléter l'interrogatoire par l'examen loco-régional, l'examen neurologique, l'évaluation manuelle de la force musculaire (testing). L'évaluation manuelle permet également de s'assurer du verrouillage périnéal au cours des efforts volontaires abdominaux.

La mesure quantitative de l'incontinence urinaire peut être mise en place à l'aide d'un score clinique des symptômes. Le calendrier mictionnel permet de connaître les habitudes mictionnelles des patientes et la qualité de vie peut être évaluée par l'échelle CONTILIFE ® ou l'index d'activité sociale.

· L'interrogatoire permet d'évaluer les attentes de la femme vis-à-vis de la rééducation abdominale, afin de discuter d'un projet de rééducation où les résultats morphologiques auraient une place raisonnée au vu des autres déficiences abdominales, périnéales, rachidiennes et des risques connus d'une rééducation abdominale intempestive.

· La mesure clinique de l'importance du diastasis n'est pas reproductible en interexaminateurs. Les différences entre diastasis au repos et au cours d'une contraction abdominale peuvent être signalées. L'évaluation manuelle de la force musculaire de la sangle abdominale utilise les techniques de testing. Les asynergies grands droits-transverse entraînant un abdomen protrusif sont à signaler. L'évaluation de la capacité de maintien d'une statique pelvi-rachidienne physiologique est effectuée.

RÉÉDUCATION DANS LE CADRE DU POST-PARTUM

Les principes thérapeutiques sont d'adapter les techniques aux déficiences ou incapacités repérées sur le périnée et la continence, sur le rachis et la ceinture pelvienne, et sur la sangle abdominale, ainsi que de respecter la synergie physiologique entre périnée et abdominaux.

Abord périnéo-sphinctérien

La rééducation périnéo-sphinctérienne ne commence qu'après la consultation postnatale (6 à 8 semaines après l'accouchement).

L'information est préalable à toute mise en oeuvre de la rééducation périnéo-sphinctérienne. Le but de la rééducation est de redonner aux patientes un périnée indolore et un tonus périnéal correct afin de verrouiller efficacement le périnée lors des efforts. La cryothérapie semble montrer un effet sur les douleurs périnéales mais son utilisation n'est pas acceptée par toutes les patientes. Les techniques de rééducation les plus couramment utilisées pour le traitement des insuffisances musculaires périnéales ou l'incontinence sont les exercices du plancher pelvien et le biofeedback instrumental. Il paraît prudent d'éviter l'électrostimulation dans la rééducation post-partum car l'application d'un courant même spécifique peut provoquer un retard de régénération nerveuse (les lésions nerveuses sont fréquentes après l'accouchement).

Les exercices du plancher pelvien améliorent la force des muscles du périnée et diminuent l'incontinence urinaire d'effort.

RESUME

Introduction : L'incontinence anale est une complication redoutée pouvant survenir au décours de l'accouchement. Elle touche entre 10 à 15 % des patientes en post-partum. Il s'agit de jeunes femmes dont l'activité sociale et professionnelle peut être altérée par ces troubles. Le retentissement psychique est dominé par un sentiment de handicap dégradant et non avouable. Ce tabou est responsable de l'absence de verbalisation.

Matériel et méthode : L'objectif de notre étude est d'évaluer les connaissances et les pratiques des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes des départements de l'Allier et du Puy de Dôme concernant l'incontinence anale en post-partum.

Résultats et Discussion : Les professionnels ont des connaissances limitées sur l'incontinence anale en post-partum. Peu d'entre eux connaissent la définition et la fréquence de celle-ci. Les facteurs de risque, indispensables pour une bonne prise en charge ne sont que partiellement connus. La pratique, les moyens de prévention et de dépistage ne sont pas toujours conformes aux recommandations de l'HAS ou aux protocoles de service. Ils ne peuvent être adaptés sans connaissances complètes du sujet.

Conclusion : Il semble donc indispensable de mettre en place un protocole de dépistage de l'incontinence anale afin de mieux prendre en charge cette pathologie touchant tant d'accouchées.

Mots clés : incontinence anale, post-partum, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, connaissances, pratique, dépistage, prévention.

SUMMARY

Introduction : Anal incontinence is a dreaded complication which can arise following delivery. It affects between 10 and 15% patients in postpartum. These are young women whose social and professional activity may be affected by these disorders. The psychological repercussion is mainly a feeling of a degrading handicap which is difficult to talk about. This taboo is responsible for the lack of reported cases.

Material and Method : The objective of our study is to evaluate the knowledge and practice of gynaecologists-obstetricians and midwives in the departments of Allier and Puy de Dome concerning anal incontinence in postpartum.

Results and Discussion : Professionals have a limited knowledge of anal incontinence in postpartum. Few of them know its definition and its frequency. The risk factors, essential for a good care are only partially known. The practice, prevention methods and detection do not always comply with the recommendations of the HAS or with the accepted protocols. They cannot be adapted without deep understanding of the topic.

Conclusion : Therefore, it seems essential to set up a detection procedure of anal incontinence in order to better deal with this pathology affecting so many new mothers.

Keywords : anal incontinence, post-partum, gynaecologists-obstetricians, midwives, knowledge, practice, detection, prevention.