



HAL
open science

Prévalence et prise en charge de l'incontinence urinaire pendant la grossesse

Marjorie Socquet

► **To cite this version:**

Marjorie Socquet. Prévalence et prise en charge de l'incontinence urinaire pendant la grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01025915

HAL Id: dumas-01025915

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01025915>

Submitted on 18 Jul 2014

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.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURNIER

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

Prévalence et prise en charge de l'incontinence urinaire pendant la grossesse

Mémoire soutenu le 17 juin 2014

Par : SOCQUET Marjorie

Née le 26 octobre 1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2014

Je remercie les membres du Jury :

Mme HOFFMANN Pascale, PU-PH en Gynécologie-Obstétrique au CHUG HCE, Présidente du Jury ;

Mme VIDAL Clémentine, Assistante chef de clinique CHUG HCE ;

Mme SEGUIN Chantale, Directrice de l'école de Sages-femmes de Grenoble ;

Mme BAUDON Claire, Sage-femme enseignante à l'école de Sages-femmes de Grenoble ;

Mme FICHTER Marie, Sage-femme au CHUG HCE.

Je remercie plus particulièrement,

Mme GUILLOT-FAURE Christine, Sage-femme libérale au cabinet Naissance plus à Grenoble, directrice de ce mémoire,

pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire et pour ses conseils avisés,

Mme BAUDON Claire, Sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Grenoble,
pour m'avoir guidé dans ce travail et pour ses précieux conseils,

Toute l'équipe du service de consultation de l'HCE de Grenoble, et en particulier les aides-soignantes,

pour le temps qu'elles ont consacré dans la distribution des questionnaires,

Toutes les patientes ayant participé à l'étude,
pour leur disponibilité et le temps qu'elles m'ont accordé,

Mes collègues et amis de promotion et notamment Maëva, Marie, Damien, Cédric, Agathe, Emmanuelle, Sarah et Laurine,

pour leur aide et leur soutien durant la réalisation de ce mémoire,

Mes parents, mon frère, mes colocataires et mes amis,
pour leur soutien et l'écoute qu'ils ont pu m'apporter.

I. Table des matières

I. Table des matières	- 1 -
II. Introduction.....	- 3 -
III. Population et méthode.	- 5 -
1. Population étudiée et type d'étude.....	- 5 -
2. Critères d'inclusion et d'exclusion.	- 5 -
3. Modalités du recueil de données.....	- 5 -
4. Analyse statistique.	- 6 -
IV. Résultats.	- 7 -
1. Constitution de la population.	- 7 -
2. Les caractéristiques à l'inclusion.....	- 8 -
3. La prévalence de l'IU.	- 9 -
4. Les caractéristiques des IU.....	- 9 -
5. Les facteurs de risque.....	- 10 -
a) Les facteurs généraux.	- 10 -
b) Les facteurs obstétricaux.	- 11 -
6. Le retentissement sur la qualité de vie chez ces 64 patientes.	- 12 -
a) Impact sur la vie quotidienne.	- 12 -
b) Précautions utilisées par les patientes.	- 13 -
c) Echelle globale de la qualité de vie.....	- 13 -
7. La prévalence du dépistage de l'IU.	- 14 -
8. La prise en charge prénatale des 64 patientes.	- 15 -

V. Discussion.	- 16 -
1. Les biais de l'étude.	- 16 -
2. Analyse de la population	- 16 -
3. La prévalence de l'IU chez la femme enceinte.	- 17 -
4. Les Caractéristiques des IU prénatales.	- 18 -
a) Date d'apparition de l'incontinence urinaire.	- 18 -
b) Le type d'incontinence urinaire.	- 18 -
c) La fréquence des incontinenes urinaires.	- 18 -
5. Les facteurs de risque.	- 19 -
a) Les facteurs de risque généraux.	- 19 -
b) Les facteurs de risque obstétricaux.	- 19 -
6. Le retentissement sur la vie quotidienne des patientes.	- 20 -
7. La prévalence du dépistage de l'IU en prénatale.	- 21 -
8. La prise en charge prénatale.	- 22 -
a) Les propositions de prise en charge.	- 22 -
b) L'efficacité de la prise en charge.	- 22 -
9. La rééducation prénatale en préventif, existe-t-il un intérêt ?	- 23 -
a) L'intérêt.	- 23 -
b) L'attente des patientes.	- 23 -
c) Les alternatives possibles.	- 24 -
VI. Propositions.	- 25 -
VII. Conclusion.	- 26 -
VIII. Bibliographie.	- 27 -
IX. Annexes.	- 28 -

II. Introduction.

L'incontinence urinaire (IU) est définie par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) comme « *la plainte de fuites involontaires d'urine* » [1]. C'est une affection fréquente qui touche 25 à 45% des femmes de la population générale [2]. L'incontinence urinaire a non seulement un impact sur la santé, mais également sur la qualité de vie.

Le risque d'apparition des symptômes d'incontinence urinaire peut être majoré pendant la grossesse. En effet, l'augmentation de la pression abdominale, de la laxité tissulaire (par imprégnation hormonale), de la surcharge pondérale physiologique et l'inversion de commande musculaire à partir du sixième mois (poussée vers le bas à la toux) favorisent la survenue de cette dernière [3,4]. On en déduit que la grossesse est une période sensible où l'on retrouve un fort taux d'incontinence urinaire. En 2011, ces symptômes sont décrits par 40-50% des femmes à 36SA et 20% les considèrent gênantes [5].

Cependant, les nombreuses idées reçues font que les femmes ne considèrent toujours pas l'incontinence urinaire comme un trouble et n'osent pas l'évoquer d'emblée. De ce fait c'est à nous, professionnel de santé, de rechercher la présence d'une incontinence urinaire.

C'est pourquoi, la Haute Autorité de Santé (HAS) [6] recommande un dépistage anténatal systématique via une simple question : « *Vous arrive-t-il d'avoir des pertes ou des fuites d'urine ?* ». Lorsqu'une prise en charge est nécessaire, elle repose sur des exercices musculaires du plancher pelvien en anténatal, selon une recommandation de grade A [1]. En effet, de nombreuses études ont prouvé l'efficacité de cette rééducation prénatale. Par exemple, l'étude de S.Mokved, K.Bo, B.Schei et KA.Salvesen retrouve un taux d'incontinence urinaire d'effort de 20% à 3 mois du post-partum (PP) après une rééducation du périnée anténatale, contre 31% en l'absence de rééducation ($p < 0,05$) [7]. Ceci va à l'encontre des idées reçues selon lesquelles la rééducation n'est possible qu'en postnatal.

Cependant au cours de mes stages dans divers services de consultation prénatale, j'ai constaté que ce sujet est rarement abordé. À l'aide de ce travail, nous souhaitons donc mettre en avant le contraste entre la fréquence de l'incontinence urinaire et sa faible prise en charge.

L'objectif principal de ce mémoire, est d'estimer la prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme enceinte. Les objectifs secondaires consistent dans un premier temps à caractériser ces incontinenances et à décrire leur impact sur la qualité de vie. Par la suite, nous allons évaluer le dépistage et les prises en charge proposées par les professionnels.

III. Population et méthode.

1. Population étudiée et type d'étude.

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive et prospective. Elle s'est déroulée dans le service des consultations prénatales de l'Hôpital Couple Enfant (HCE) de Grenoble, auprès de patiente au troisième trimestre de leur grossesse. Cette étude a été conduite sur une période du 23 septembre au 20 novembre 2013.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion.

Ont été éligibles pour l'étude l'ensemble des femmes enceintes au troisième trimestre de leur grossesse. Parmi ces dernières, nous avons exclu de l'étude toutes les femmes ne comprenant pas le français et celles refusant de participer.

3. Modalités du recueil de données.

Le recueil de données a été réalisé grâce à un questionnaire anonyme (Annexe 7) qui était distribué par les aides-soignantes.

Les critères étudiés portaient sur :

- l'existence ou non d'une IU pendant cette grossesse :
 - ses caractéristiques,
 - son retentissement sur la qualité de vie des patientes (questions inspirées de l'échelle Contilife[®] tirée des recommandations de l'HAS [6]),
 - la prise en charge qui leur avait été proposée,
 - les solutions trouvées,
- les facteurs de risques généraux et obstétricaux de l'IU prénatale, selon A.Battut [9],
- la réalisation ou non du dépistage d'une IU prénatale par les professionnels de santé.

4. Analyse statistique.

Les données ont été saisies et analysées sous Stat View®.

Les variables quantitatives continues ont été décrites par la moyenne et l'écart type. Par ailleurs, les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage.

Pour comparer des variables qualitatives, nous avons utilisé le test du χ^2 , éventuellement remplacé par la probabilité exacte de Fisher en cas d'effectifs attendus inférieurs à 5.

Le seuil de signification retenu était de 0,05.

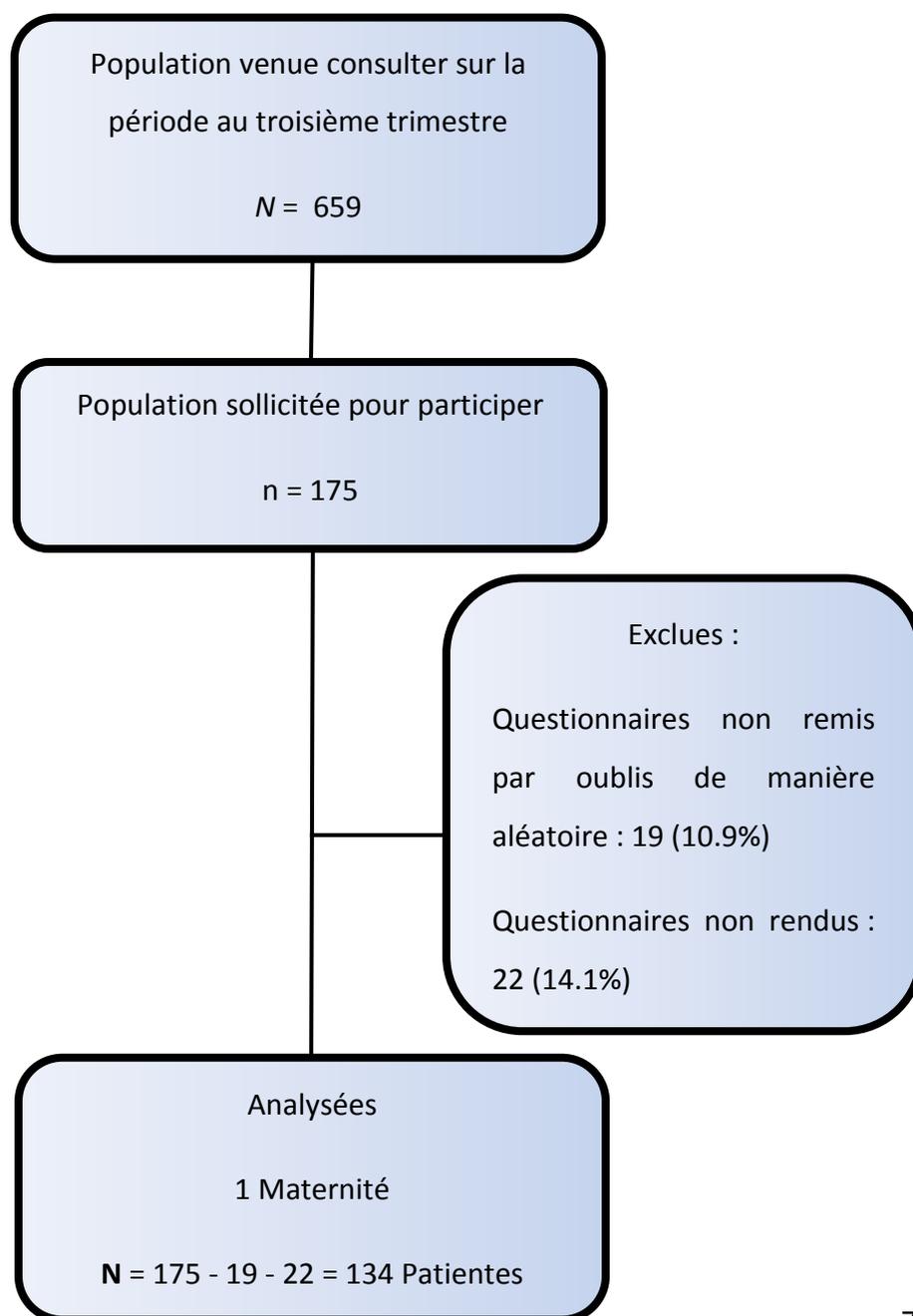
IV. Résultats.

1. Constitution de la population.

Sur les 175 questionnaires mis à disposition, seulement 19 n'ont pas été distribués (10.9%).

Des 156 patientes ainsi sollicitées pour participer à l'étude, 22 n'ont pas rendu le questionnaire et ont donc été exclues (14.1%). Au total, l'échantillon d'analyse était constitué de 134 patientes (Figure 1).

Figure 1



2. Les caractéristiques à l'inclusion.

Tableau I : Les caractéristiques à l'inclusion en fonction de la présence (IU+) ou non (IU-) d'une incontinence urinaire.

	Toutes les patientes	IU + (n=64)	IU - (n=67)	p-value
Age (année) - moyenne (e.t) n = 134	30,5 (4,4)	30,9 (4,5)	30,1 (4,1)	0,35
IMC (kg/m ²) - moyenne (e.t) n = 129	23,8 (4,7)	24,1 (4,8)	23,6 (4,7)	0,55
Parité n = 132				
primipare - n(%)	66 (50)	26 (40,6)	39 (58,2)	0,044
multipare- n(%)	66 (50)	38 (59,4)	28 (41,8)	
Terme n = 132				0,36
7e - n(%)	20 (14,9)	11 (17,2)	8 (11,9)	
8e - n(%)	46 (34,3)	24 (37,5)	21 (31,3)	
9e - n(%)	66 (49,3)	28 (43,8)	38 (56,7)	
Entendu parler du périnée - n(%) n = 131	124 (92,5)	59 (92,2)	64 (95,5)	0,64
entourage - n(%)	48 (38,7)	22 (37,3)	26 (40,6)	
media -n(%)	22 (17,7)	10 (16,9)	12 (18,8)	
sage-femme - n(%)	102 (82,3)	50 (84,7)	51 (79,7)	
gynécologue - n(%)	61 (49,2)	32 (52,3)	29 (45,3)	
généraliste -n(%)	13 (10,5)	9 (15,3)	4 (6,25)	

Les caractéristiques à l'inclusion ne différaient pas entre les patientes présentant une incontinence et les autres, hormis pour la parité. En effet, nous retrouvons moins de primipares dans la population décrivant des IU (p-value à 0.04).

3. La prévalence de l'IU.

Dans notre étude, 48.9% des patientes avaient une IU (Annexe 1).

4. Les caractéristiques des IU.

Tableau II : Les caractéristiques des IU pendant la grossesse.

	IU + (n=63)
Date d'apparition	
Avant toute grossesse - n(%)	4 (6,3)
Depuis la grossesse précédente - n(%)	13 (20,6)
1er trimestre - n(%)	4 (6,3)
2eme trimestre - n(%)	24 (38,1)
3eme trimestre - n(%)	18 (28,6)
Type d'incontinence	
Effort - n(%)	60 (95,2)
Urgenturie - n(%)	3 (4,8)
Fréquence - n(%)	
< 1/sem	34 (54,0)
> 1/sem	20 (31,7)
> 1/ jour	9 (14,3)

Dans notre étude, les IU apparaissaient la plupart du temps au deuxième trimestre de grossesse. Ces dernières étaient des IU d'effort dans 95.2% des cas et survenaient, en général, moins d'une fois par semaine.

5. Les facteurs de risque.

a) Les facteurs généraux.

Dans notre étude, nous avons recherché les principaux facteurs de risque généraux d'incontinence urinaire (Tableau III).

Tableau III : Les facteurs de risque généraux.

	Toutes les patientes	IU + (n=64)	IU - (n=67)	p-value
Age < 22 ans - n(%) n = 130	4 (3,1)	1 (1,6)	2 (3,0)	0,60
Age > 35 ans - n(%) n = 130	14 (10,7)	8 (12,7)	5 (7,5)	0,32
IMC > 28 kg/m² - n(%) n = 128	21 (16,4)	11 (18,0)	10 (14,9)	0,63
Prise de poids pendant la grossesse (kg) - moyenne (e.t) n = 129	10,9 (4,3)	11,3 (4,2)	10,6 (4,3)	0,35
Tendance pendant la grossesse à n = 129				
la constipation - n(%)	55 (42,6)	26 (40,6)	28 (41,8)	0,89
la toux chronique - n(%)	4 (3,1)	2 (3,1)	2 (3,0)	0,96
l'incontinence urinaire - n(%)	12 (9,3)	5 (7,8)	7 (10,4)	0,60
port de charge lourde - n(%)	17 (13,2)	15 (23,4)	2 (3,0)	<0,001
Activité physique n = 131	76 (58,0)	37 (57,8)	39 (58,2)	0,95
sports à risque élevé - n(%)	34 (44,7)	15 (40,5)	19 (48,7)	0,47
sports à risque moyen - n(%)	35 (46,1)	18 (48,6)	17 (43,6)	0,66
sports à risque faible - n(%)	56 (73,7)	28 (75,7)	28 (71,8)	0,70
Fréquence de l'activité physique n = 130				
< 1/mois - n(%)	62 (47,7)	30 (46,9)	32 (47,8)	0,99
1/mois - n(%)	15 (11,5)	11 (17,2)	4 (6,0)	0,04
1/sem - n(%)	36 (27,7)	16 (25,0)	20 (29,9)	0,57
>1/sem - n(%)	17 (13,1)	6 (9,4)	11 (16,4)	0,24

Il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre les patientes qui avaient des incontinences urinaires et celles qui n'en avaient pas, hormis pour le port de charge lourde pendant la grossesse (p-value <0.001) et pour la pratique d'une activité physique mensuelle (p-value à 0.04) qui étaient plus fréquents chez les patientes atteintes d'IU.

b) Les facteurs obstétricaux.

Notre questionnaire recherchait également les facteurs de risques obstétricaux.

Tableau IV : Les facteurs de risque obstétricaux.

	Toutes les patientes	IU + (n= 64)	IU - (n=67)	p-value
Primiparité - n(%) n = 132	66 (50,0)	26 (40,6)	39 (58,2)	0,04
ATCD AVB - n(%) n = 132	57 (43,2)	31 (48,4)	26 (38,8)	0,27
2 fois et plus - n(%)	24 (18,2)	11 (17,2)	13 (19,4)	0,72
ATCD Césarienne - n(%) n = 131	11 (8,4)	9 (14,1)	2 (3,0)	0,02
Aide instrumentale - n(%) n = 131	15 (11,5)	10 (15,6)	5 (7,5)	0,14
ventouse - n(%)	11 (8,3)	9 (14,0)	2 (3,0)	0,02
forceps - n(%)	7 (5,3)	3 (4,7)	4 (6,0)	0,74
Suture périnéale - n(%) n = 130	43 (33,1)	24 (37,5)	19 (28,8)	0,29
IU pendant les grossesses précédentes - n(%) n = 130	34 (26,2)	27 (42,2)	7 (10,4)	<0,001

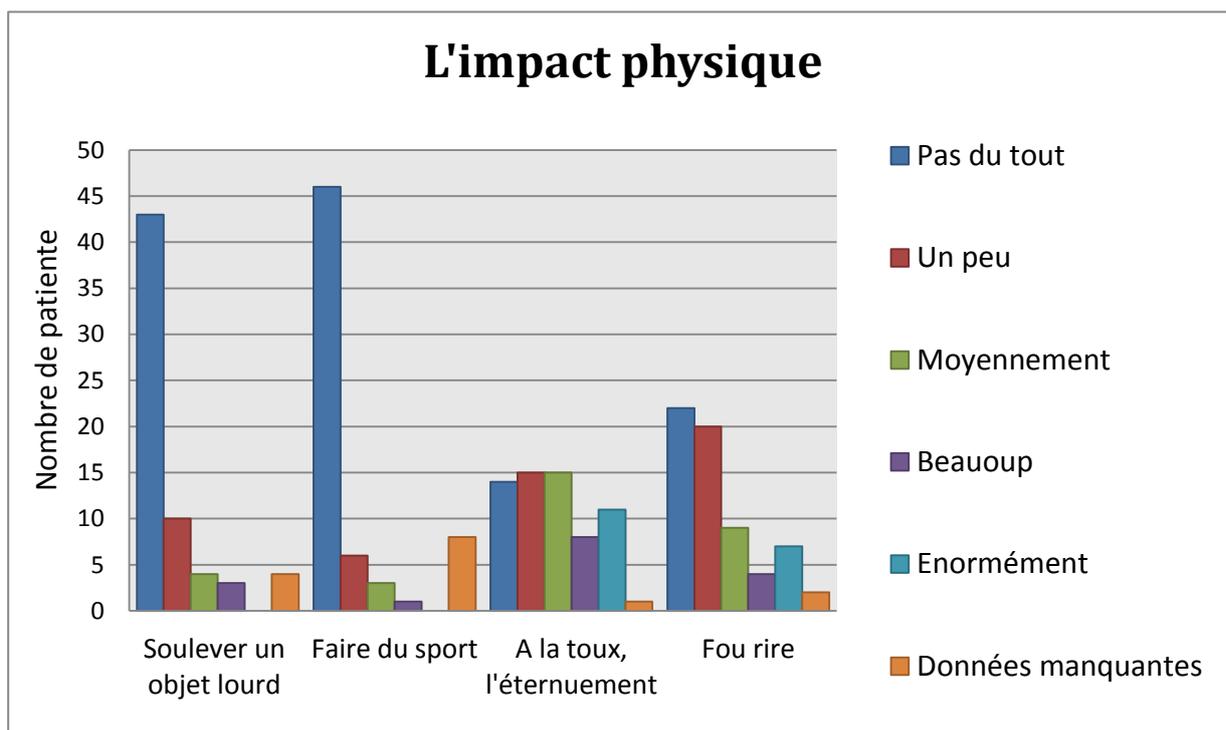
Les IU étaient plus fréquentes chez les patientes ayant un antécédent de césarienne, et la différence était statistiquement significative (p-value à 0.02). De même pour le pourcentage de patiente ayant un antécédent d'IU lors des grossesses précédentes. Ce dernier différait significativement entre celles qui souffraient d'une IU pendant cette grossesse (42.2%) et les autres (10.4%) (p-value < 0.001). Pour finir, chez les patientes dont l'utilisation d'une ventouse était nécessaire lors d'un précédent accouchement, le taux d'IU était également plus élevé par rapport aux autres. Cette différence était statistiquement significative (p-value à 0.02).

6. Le retentissement sur la qualité de vie chez ces 64 patientes.

a) Impact sur la vie quotidienne.

Les fuites urinaires dérangent plus les patientes lors des efforts de toux, d'éternuement (17.2%) ou lors des fou-rires (10.9%) (Figure 2 et Annexe 2).

Figure 2



En ce qui concerne le retentissement sur l'activité sexuelle, la grande majorité des patientes n'avaient jamais modifié leurs comportements (78.1%) (Annexe 2).

Dans la vie quotidienne, 50% des patientes étaient préoccupées par leurs fuites urinaires, dont 3.1% en permanence. Parmi les autres questions posées nous notons que 25% des patientes se sentaient mal dans leur peau à cause de ces fuites (Annexe 2).

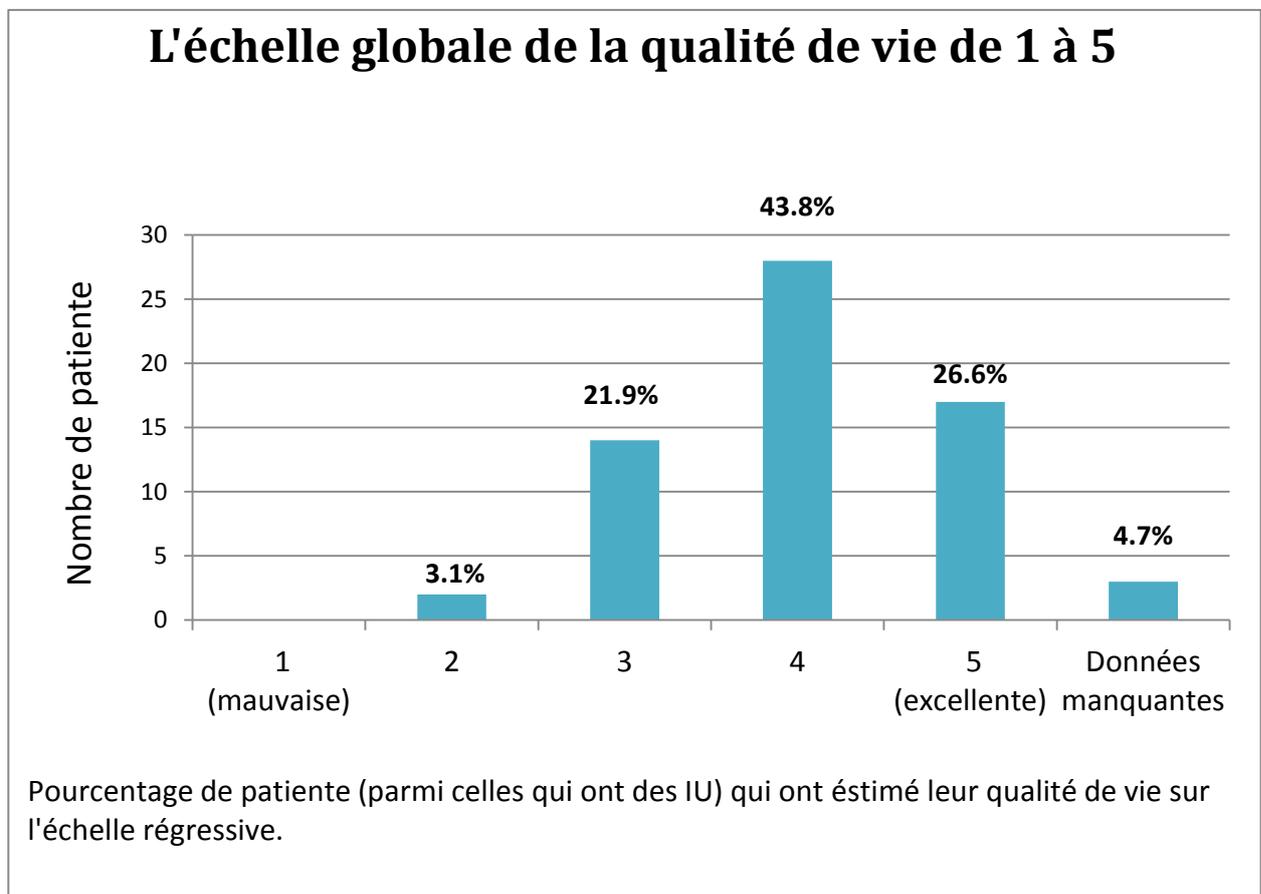
b) Précautions utilisées par les patientes.

Dans notre étude, 37.5% des patientes ne portaient jamais de protection. Par ailleurs, le port de protection gênait 28.1% des femmes (Annexe 3).

c) Echelle globale de la qualité de vie

La qualité de vie était évaluée à l'aide d'une échelle régressive. Les fuites urinaires avaient un retentissement chez deux tiers des patientes (Figure 3).

Figure 3



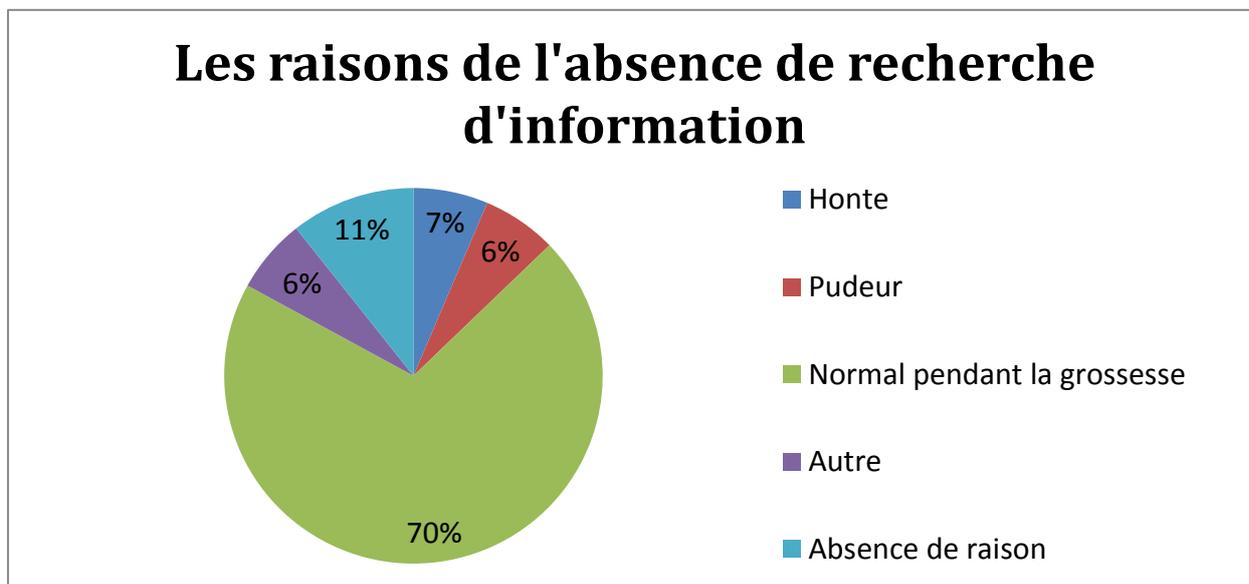
7. La prévalence du dépistage de l'IU.

Le dépistage de l'IU à l'aide de la question « Avez-vous déjà eu des fuites urinaires ? » avait été réalisé chez 30.6% des patientes. Cette dernière était posée par une sage-femme dans 78% des cas, par un gynécologue dans 41.5% des cas et par un généraliste dans 4.9% des cas (Annexe 1).

Par ailleurs, parmi les patientes qui n'ont pas bénéficié du dépistage, 45.1% auraient apprécié que la question leur soit posée.

Lorsque les patientes étaient atteintes de fuites urinaires, 77% n'avaient pas recherché d'information à ce sujet. La principale raison retrouvée était le caractère « normal pendant la grossesse » (Figure 4).

Figure 4

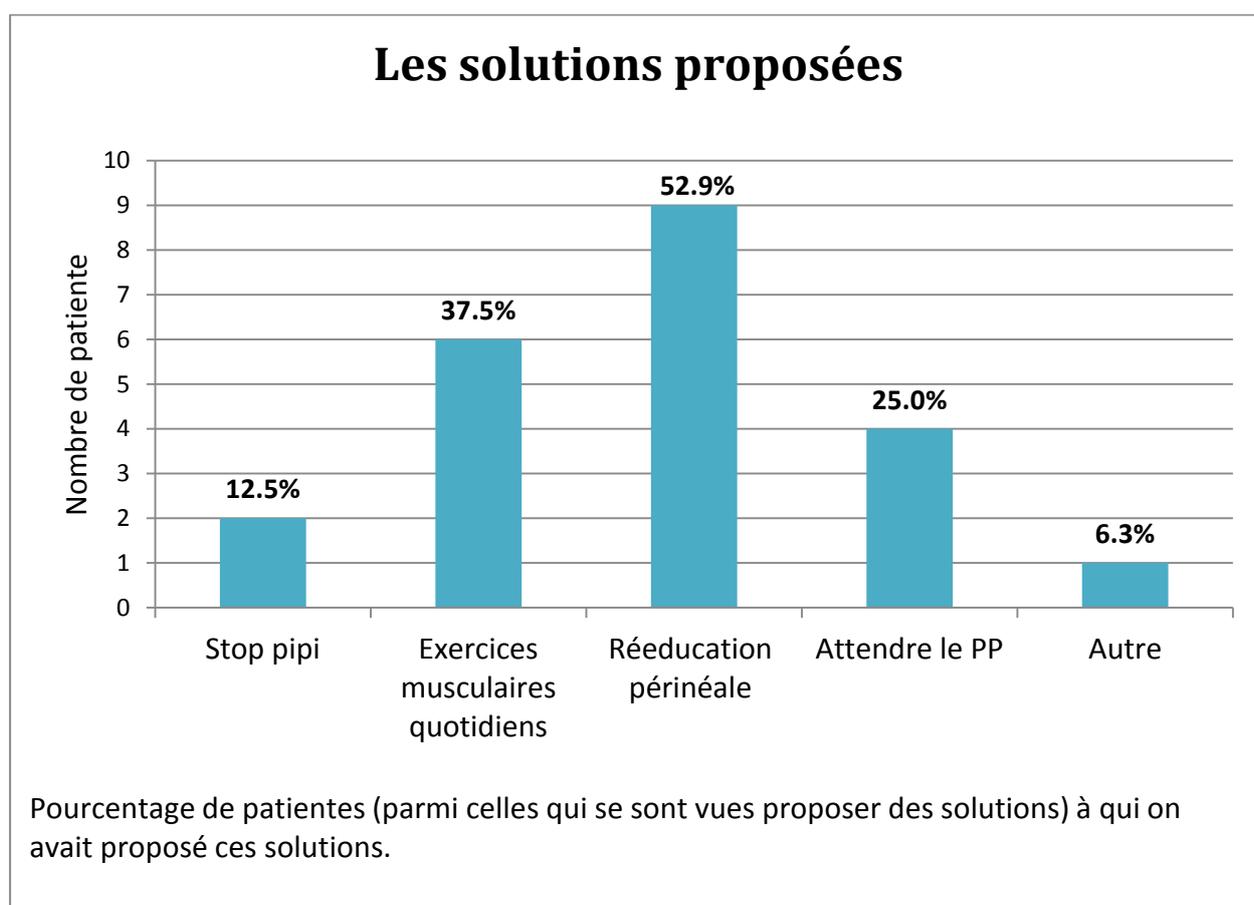


Les patientes qui avaient recherché des informations s'étaient principalement tournées vers les sages-femmes (50%). En contrepartie, 37.5% s'étaient informées sur internet (Annexe 1).

8. La prise en charge prénatale des 64 patientes.

Une solution contre l'IU avait été proposée par les professionnels de santé à 26.2% des patientes. Parmi les prises en charge suggérées, 52.9% reposaient sur la rééducation périnéale pendant la grossesse. Les professionnels de santé proposaient également dans 37.5% des exercices musculaires (Figure 5).

Figure 5



Lorsqu'une prise en charge était proposée, elle était réalisée dans 50% des cas. Mais cette dernière n'était pas efficace chez 50% des patientes. Le manque de temps était la principale raison de la non-exécution des solutions proposées (62.5% des cas) (Annexe 4).

V. Discussion.

1. Les biais de l'étude.

Notre premier biais était celui de la mémorisation. En effet en interrogeant les patientes au septième, huitième ou neuvième mois, elles devaient se rappeler si l'IU avait été abordée au cours de la grossesse, et si c'était le cas, les informations qu'on leur avait données.

Nous avons également un biais lié au défaut d'interprétation des questions. Afin de limiter ce dernier, le questionnaire avait été testé au préalable avec quelques patientes en suite de couche. Ceci avait permis de discuter avec elles et de prendre en compte leurs remarques.

Étant donné que notre étude reposait sur un questionnaire distribué par des personnes extérieures à l'étude, il y avait un biais de non-réponse. Pour le limiter nous avons comptabilisé les questionnaires distribués et ceux récupérés et nous passions régulièrement dans le service afin d'encourager les aides-soignantes à le distribuer.

Pour finir, l'étude était limitée par un biais d'auto-sélection. En effet, notre étude reposait en grande partie sur la volonté des patientes pour répondre au questionnaire. De ce fait il serait intéressant de nous interroger sur le type de population qui n'avait pas voulu répondre au questionnaire (sujet tabou, ne se sentaient pas concernées, n'avaient pas le temps...) et ceci malgré une explication claire de l'anonymat.

2. Analyse de la population

En ce qui concerne les caractéristiques à l'inclusion, les patientes avaient entre 19 et 42 ans, soit un âge moyen à 30.5 ans. L'IMC moyen des patientes de notre étude était de 23.8 kg/m². Pour ces critères il n'y avait pas de différence entre les patientes qui décrivaient des IU et les autres (Tableau I).

La proportion de primipares était de 50%. Nous remarquons que les primipares avaient moins d'IU (p-value à 0.04). Ces résultats n'étaient pas en accord avec la littérature qui décrit la primiparité comme un facteur de risque d'IU [9].

Nous nous étions également intéressés aux connaissances des patientes sur le périnée et ainsi, plus de 92% des patientes, avaient déjà entendu parler du périnée qu'elles aient des IU ou non. Néanmoins la question n'était pas assez précise et nous ne pouvions pas savoir si elles en avaient une vision précise ou juste entendu parler. Nous pouvions tout de même remarquer que la plupart des patientes avaient été informées grâce aux sages-femmes (82.3%) (Tableau I). D'après ces résultats, les sages-femmes jouaient donc un rôle important dans l'éducation des patientes au sujet du périnée.

En somme, les IU touchaient principalement les multipares. En ce qui concerne le reste des caractéristiques d'inclusion, il n'y avait pas de différence entre les patientes présentant des IU et les autres.

3. La prévalence de l'IU chez la femme enceinte.

Depuis 2009, l'IU est définie par « la plainte de fuite involontaire d'urine » [1]. Cette définition n'est pas orientée sur la clinique, mais elle repose plutôt sur le ressenti des patientes.

En utilisant cette définition, X.Deffieux et al. [5], trouvaient une prévalence de l'IU entre 40 et 50% à 36 SA, tout type d'IU confondues. A l'aide d'une revue de la littérature A.Battut [9] estimait également une prévalence de l'IU d'effort située entre 30 et 50%.

Dans notre étude, en incluant tout type d'IU et tout type de femmes enceintes, nous trouvons une prévalence de l'ordre de 48.9% (soit 64 patientes).

Nos résultats étaient en accord avec la littérature et révélaient l'importance du problème en matière de fréquence, puisqu'une femme sur deux était concernée.

4. Les Caractéristiques des IU prénatales.

a) Date d'apparition de l'incontinence urinaire.

Lors de son travail A.Battut [9], retrouvait comme terme médian d'apparition des fuites urinaires 30SA. L'article publié par X.Deffieux et al. [5], rapportait également que 40 à 50% des femmes à 36 SA présentent une IU contre 10 à 30% à 20SA.

Dans notre étude, nous retrouvions une fréquence d'apparition majorée au cours du 2^e trimestre (37.5%). Malgré le fait que la majorité des patientes étaient au neuvième mois de leur grossesse, nos résultats concernant le troisième trimestre pouvaient être sous-estimés. En effet, notre enquête étant également réalisée auprès des patientes consultant pour leur septième mois, les fuites urinaires n'étaient peut-être pas encore apparues. Toutefois nous pouvions affirmer que la prévalence de l'IU augmente au cours de la grossesse (Tableau 2).

b) Le type d'incontinence urinaire.

Lors d'une grossesse, on retrouve les principaux facteurs de risque de l'IU d'effort, en opposition aux IU par urgenterie. Ainsi, et comme dans de nombreuses données de la littérature, notre étude révélait une prédominance marquée de l'IU d'effort (Tableau 2).

c) La fréquence des incontinenances urinaires.

Les fuites urinaires étaient décrites moins d'une fois par semaine chez la majorité des patientes. Ces chiffres révélaient la relative sévérité, en matière de fréquence, des IU pendant la grossesse (Tableau 2).

5. Les facteurs de risque.

a) Les facteurs de risque généraux.

D'après l'étude de X.Deffieux et al. [5], le surpoids ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$), un âge maternel inférieur à 22 ans ou supérieur à 35 ans, une activité physique importante, et une IU préexistante sont des facteurs de risque d'IU en cours de grossesse et du post-partum. La revue de la littérature d'A.Battut [9] avait également retrouvé comme facteurs de risque généraux la constipation chronique, le port de charge lourde et l'importante prise de poids pendant la grossesse.

Dans notre étude, les femmes qui portaient des charges lourdes pendant leurs grossesses avaient plus d'IU, et la différence était statistiquement significative ($p\text{-value} < 0.001$). En ce qui concerne la pratique d'une activité physique, nous l'avons évaluée en fonction de son retentissement sur le périnée (sport à haut, moyen et faible risque) et en fonction de sa fréquence. Ainsi, les patientes qui pratiquaient une activité physique une fois par mois, avaient plus d'IU et la différence était significative ($p\text{-value} = 0.04$). En contradiction avec l'étude de X.Deffieux et al. [5], notre étude révélait plutôt l'effet bénéfique du sport. En effet, nous pouvons supposer que la pratique d'une activité physique régulière renforce la musculature du périnée, limite la prise de poids et réduit ainsi les IU.

En conclusion, notre étude était en accord avec la littérature sur le risque engendré par le port de charge lourde pendant la grossesse mais selon elle, la pratique d'une activité physique fréquente aurait un rôle préventif.

b) Les facteurs de risque obstétricaux.

A.Battut [9] avait retrouvé dans la littérature les facteurs de risque suivants : la primiparité, la macrosomie fœtale, les déchirures périnéales, la durée d'expulsion prolongée, les dégagements en occipito-sacré, les extractions instrumentales et les manœuvres obstétricales. Notre étude reposant sur un questionnaire auto-rempli par les patientes, nous ne pouvions pas rechercher les facteurs de risques techniques (ceux que les patientes risquaient de ne pas se rappeler et de ne pas comprendre). En effet, il aurait fallu faire un retour sur leur dossier et lever l'anonymat, ce qui aurait peut être compromis le taux de participation et la sincérité du remplissage.

Parmi ceux recherchés, les patientes qui avaient un antécédent d'extraction instrumentale à l'aide de ventouse avaient plus d'IU que les autres, et la différence était statistiquement significative (p-value à 0.02). Cependant de nombreux paramètres, qui n'avaient pas été recherchés, sont à prendre en compte (le nombre d'extractions par ventouse, les facteurs de risques associés tels que la macrosomie, la longueur du travail...). En ce qui concerne les patientes avec un antécédent de césarienne, elles avaient également plus d'IU que les autres et la différence était statistiquement significative (p-value à 0.02). Sans pour autant en conclure que l'antécédent de césarienne augmentait le risque d'IU, ceci mettait en évidence qu'une césarienne ne prévenait pas des incontinences. Ce résultat était en accord avec le CNGOF qui affirme que les données sont insuffisantes pour conclure à une moindre prévalence des IU à long terme suite à une césarienne [1]. En effet, nous aurions pu supposer qu'après une césarienne les patientes étaient moins sensibilisées vis-à-vis du périnée et pratiquaient moins de rééducation.

Comme R. de Tayrac [11] et d'Agnès Bougon [8] l'avaient décrit, nous remarquons également que l'IU était plus fréquente lorsque les patientes avaient déjà vécu des épisodes d'IU lors de grossesse(s) précédente(s). La différence était statistiquement significative avec une p-value inférieure à 0.001 (Tableau IV).

En sommes, dans notre étude les femmes avec un périnée plus fragile étaient les multipares (décrit précédemment), celles qui avaient des antécédents d'extraction à l'aide d'une ventouse, des antécédents de césarienne et d'IU lors de grossesse(s) précédente(s).

6. Le retentissement sur la vie quotidienne des patientes.

L'altération de la qualité de vie est le risque le plus important des IU, peu importe leur type et leur fréquence.

Dans notre étude, les IU gênaient principalement les patientes lors des efforts de toux et d'éternuement. Ceci était en accord avec la physiologie puisque lors d'un éternuement, la contraction des muscles abdominaux les plus bas situés place la vessie dans l'axe de l'urètre et favorise sa vidange par compression [11] (même en dehors d'une grossesse). Par ailleurs les fuites urinaires avaient peu d'impact sur la vie sexuelle puisque chez trois quarts des patientes cette dernière n'était pas modifiée (Annexe 2).

Malgré le faible retentissement des IU sur les activités quotidiennes, la moitié des patientes étaient préoccupées par leurs troubles et un quart des patientes se sentaient mal dans leur peau. On en déduit que les IU affectaient plus les patientes du point de vue psychique que physique.

Un autre critère pouvait nous renseigner sur l'altération de la qualité de vie, il s'agissait du port de protection. Dans notre étude, une majorité des patientes avaient dû anticiper leurs fuites urinaires en emportant des protections, ce qui révèle une contrainte supplémentaire.

Sur l'échelle d'évaluation régressive de la qualité de vie (Figure 3), le confort de vie était modifié chez 68.8% des patientes (en considérant une modification du confort dès la note de quatre). Néanmoins, chez la plupart des patientes, les fuites urinaires avaient un faible impact sur la qualité de vie (43.8% avait coté 4/5). À noter que l'évaluation d'un tel critère reste difficile.

En conclusion, malgré leur faible fréquence de survenue, les fuites urinaires avaient un retentissement sur l'aspect psychologique de la vie quotidienne.

7. La prévalence du dépistage de l'IU en prénatal.

Dans notre étude, le dépistage n'avait pas été réalisé chez 68.5% des patientes. Ainsi, malgré des recommandations simples, l'IU était peu abordée par les professionnels de santé.

Néanmoins, lorsque les patientes avaient déjà eu des fuites urinaires, 77% n'avaient pas recherché d'information à ce sujet et la majorité d'entre elles trouvaient cela normal pendant la grossesse. Ce sujet était également difficile à évoquer pour certaines puisque 6% en avaient honte (Annexe 1). On en revient à l'importance de dépasser les idées reçues et les tabous (« normal pendant la grossesse », « il faut attendre le post-partum »).

Par conséquent un tiers des patientes auraient aimé que ce sujet soit abordé par le professionnel et d'autant plus lorsqu'elles souffraient d'une IU (43.8% des 64 patientes avec une p-value <0.001) (Annexe 1). Ceci révélait l'attente des patientes vis-à-vis des professionnels.

On en déduit que le sujet était peu abordé par les professionnels ou les patientes, malgré la fréquence de l'IU pendant la grossesse et les recommandations de dépistage.

8. La prise en charge prénatale.

Actuellement il est recommandé de rééduquer en anténatal, les patientes ayant une IU d'effort préexistante, ou un antécédent d'IU d'effort lors de cette grossesse ou d'une grossesse précédente [12]. La prise en charge adaptée repose alors sur une rééducation périnéale par exercice musculaire du plancher pelvien [1]. Qu'en est-il pour les patientes de notre étude ?

a) Les propositions de prise en charge.

Seulement 26.2% des patientes avaient reçu des conseils vis-à-vis de leurs IU. Afin d'expliquer cela, nous pouvions supposer que le dépistage était réalisé avant l'apparition des fuites. Cependant ce résultat confirme le fait que l'IU était insuffisamment abordée en consultation.

Nous avons également étudié les types de prise en charge proposés par les professionnels. La majorité des patientes s'étaient vues proposer des solutions en accord avec les recommandations. On en déduit, que lorsque des solutions étaient proposées, elles étaient en grande majorité adaptées.

En somme, les prises en charge étaient correctes mais peu fréquentes. Nous pouvons alors nous demander quels sont les freins à cette prise en charge : est-ce un manque de temps lors des consultations, une banalisation des fuites urinaires par les professionnels et les patientes, des connaissances insuffisantes à ce sujet ... ?

b) L'efficacité de la prise en charge.

D'après la littérature, notamment l'article de X.Deffieux et al. [5] et l'étude de S.Morkved et al. [7], la rééducation périnéale par des exercices de contraction volontaire du périnée, sous les conseils d'un professionnel, améliore l'IU de la grossesse.

Dans notre étude, 50% des patientes n'avaient pas tenu compte des conseils qui leur avaient été donnés, principalement par manque de temps. Cette faible observance pouvait être expliquée par une mauvaise explication, des solutions non adaptées à leurs conditions de vie (manque de temps, plusieurs enfants à charge) mais également par le faible impact des fuites sur leurs activités quotidiennes... Lorsque la prise en charge proposée était réalisée, seulement 25% des patientes l'estimaient efficace. Ces résultats, en opposition avec la littérature, pouvaient s'expliquer de plusieurs façons.

En effet, non seulement ils incluaient toutes les propositions (rééducation, attente du post-partum, stop-pipi ...), mais en plus nous n'avions pas le recul nécessaire pour juger de l'efficacité sur le long terme.

En somme, certes la prise en charge des IU était insuffisante mais lorsqu'elle était présente, elle n'était pas correctement réalisée par les patientes. Il est donc difficile de juger de son efficacité.

9. La rééducation prénatale en préventif, existe-t-il un intérêt ?

a) L'intérêt.

D'après la revue de la littérature d'A.Battut [9], l'intérêt d'un programme de renforcement musculaire (PRM) prénatal dans la prévention de l'IU, est démontré chez les primipares mais reste controversé chez les multipares et les patientes qui présentent déjà une IU. Pour intégrer un PRM dans le programme de santé publique, il est donc souhaitable de cibler les femmes présentant des facteurs de risque. Quant au point de vue économique, d'après une étude réalisée par TENA, le coût global de l'IU dans la population générale représenterait entre 2% et 2.5% des dépenses totales de santé. Par conséquent, une prise en charge prénatale serait-elle intéressante pour limiter les IU post-natales et de ce fait des rééducations plus longues et donc plus coûteuses?

b) L'attente des patientes.

Parmi les patientes qui n'avaient pas de fuites urinaires, 59.7% se disaient prêtes à réaliser des exercices du plancher pelvien en prévention (Annexe 1). Ces résultats révèlent une demande de la part des patientes pour anticiper une éventuelle atteinte. Néanmoins, lorsqu'elles avaient des IU, peu de patientes réalisaient les prises en charge qui leur étaient proposées. Les IU font donc plus peur aux femmes qui n'en ont pas.

c) Les alternatives possibles.

Pour répondre aux besoins des femmes par rapport à la démarche préventive et enrayer les idées reçues, les professionnels de santé ont un rôle important à jouer.

La base de cette prévention repose sur l'information des patientes en anténatal. Il faut ensuite effectuer la recherche des facteurs de risque (interrogatoire ciblé et examen clinique) et renouveler le dépistage à chaque consultation. Dans un deuxième temps, afin de faire prendre conscience aux patientes où se situe le périnée et son rôle, des exercices périnéaux peuvent être proposés.

Pour les femmes qui présentent des facteurs de risque, cette prévention primaire doit être renforcée par une rééducation périnéale. D'après le travail d'A.Battut [9] et la faible observance décrite dans notre étude, le suivi par un thérapeute semble améliorer la prise en charge. En ce qui concerne les sages-femmes, elles sont habilitées à pratiquer une rééducation périnéo-sphinctérienne uniquement en cas de troubles consécutifs à un accouchement (Article R.4127 du code de la santé publique, JO du 18 octobre 2006). Ainsi, elles ont un rôle essentiel dans la prévention et l'éducation des femmes, mais en cas de troubles elles doivent adresser les patientes à un professionnel de santé compétent. La sage-femme joue donc le rôle de sentinelle.

VI. Propositions.

Comment pourrions-nous améliorer le dépistage de ces IU et par conséquent la prise en charge ?

Dans le logiciel Cristalnet, utilisé au CHU de Grenoble, il existe un item concernant les troubles urinaires : « SFU » (Signes Fonctionnels Urinaires). Durant mes stages de formation, il m'a semblé que nous utilisions cet item surtout en cas troubles mictionnels à type de brûlures, pollakiuries mais rarement en cas d'IU. Afin de rappeler aux professionnels l'importance d'aborder ce sujet, nous pourrions peut-être rajouter des sous items, par exemple :

SFU

- Brûlures mictionnelles
- Pollakiuries
- Incontinences urinaires

Toujours dans le but d'améliorer le dépistage, nous pouvons également agir sur les idées reçues. L'exemple d'un poster dans les salles d'attente ou d'un encart dans les livrets de maternité, qui encouragerait les patientes à en parler, permettrait peut-être de lever le tabou.

En ce qui concerne la prise en charge, nous pourrions l'améliorer en proposant des prescriptions d'exercices musculaires de courte durée, à renouveler si nécessaire. Ceci encouragerait les patientes à la débiter, puis à la poursuivre si elles en ressentent le besoin.

Pour finir, il serait également intéressant d'élargir les compétences des sages-femmes, en matière de rééducation, afin qu'elles puissent pratiquer une rééducation chez des patientes primipares. En effet, ceci permettrait un suivi global des patientes et diminuerait le nombre d'intervenants (sage-femme et gynécologue pour le dépistage, gynécologue pour la prescription, kinésithérapeute pour la réalisation...).

VII. Conclusion.

Une grande majorité des femmes ont déjà entendu parler du périnée au cours de leur grossesse. Cependant malgré sa fréquence et son retentissement sur la qualité de vie, l'IU en elle-même est un sujet peu abordé au cours de la grossesse. De nombreuses patientes souhaiteraient être informées et écoutées, mais la honte et les idées reçues en font toujours un sujet tabou. Par ailleurs, les professionnels recherchent rarement ce trouble, peut-être par manque de temps ou par banalisation des conséquences morales. Ainsi, malgré les recommandations du CNGOF et une forte attente de la part des patientes, la prise en charge de ces troubles reste peu proposée et peu réalisée.

La grossesse semble être un moment propice pour sensibiliser les patientes et les inviter à parler de leurs troubles afin de mettre en place des mesures de prévention efficaces. En effet, les femmes sont en général plus à l'écoute de leur corps et avides de bons conseils. Il serait également intéressant de rappeler aux professionnels de santé non seulement l'importance de l'approche éducative et préventive mais également les possibilités de prise en charge en anténatal.

À l'heure actuelle, le rôle des sages-femmes, des gynécologues, des médecins généralistes dans la prise en charge des incontinences urinaires dans le post-partum n'est plus à démontrer. Cependant cette dernière doit s'étendre et trouver sa place dans la période prénatale afin de limiter l'écart entre la fréquence de ces troubles et leur faible prise en charge.

VIII. Bibliographie.

- [1]. CNGOF, Recommandations pour le pratique clinique (Paris, 2009).
- [2]. D-L. FALTIN, Epidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine.
JGYN-12-2009-38-8S1-0368-2315-101019-200907730
- [3]. R.de Tayrac, Incontinence urinaire et incontinence anale pendant la grossesse: quelle prise en charge?,
Magazine du CNSF, dossier 2011
- [4]. B. Boudet, Stimulation de l'expire en rééducation abdomino-périnéale.
Magazine du CNSF, dossier 2011
- [5]. X.Deffieux, T.Thubert, G.Demoulin, Incontinence urinaire de la femme enceinte.
La revue du praticien, volume 61 (966), (septembre 2011).
- [6]. Recommandation de l'ANAES, Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale (mai 2003).
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272291/prise-en-charge-de-lincontinence-urinaire-de-la-femme-en-medecine-generale-actualisation-2003. [Consulté en janvier 2014].
- [7]. S Mokved, K Bo, B Schei, K.A Salvensen,
Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial.
Obstet Gynecol 2003; 101(2): 313-9
- [8]. Agnès Bougon, Incontinence urinaire pendant la grossesse : prévention et dépistage par la sage-femme (Rouen 1966)
- [9]. A.Battut, Incontinence urinaire et prolapsus, quelle prévention en anté-partum?, 2010
- [10]. J.Jean-Baptiste, J.-F. Hermieu, Fuites urinaires et sport chez la femme, 2010
<http://www.urofrance.org/> [Consulté en mars 2014].
- [11]. Dr De Gasquet B., Périnée arrêtons le massacre!, (juillet 2013)
- [12]. R. De Tayrac, 2012, <http://www.miniseminaires.com/wp-content/uploads/2012/07/2.-IU-et-grossesse.ppt.pdf> [Consulté en mars 2014].

IX. Annexes.

Annexe 1 : La prévalence et le dépistage de l'IU.

Tableau V: La prévalence et le dépistage de l'IU.

	Toutes les patientes	IU +	IU -	p-value
Prévalence - n(%) n = 131		64 (48,9)	67 (51,1)	
Question non posée - n(%) n = 130	89 (68,5)	40 (62,5)	49 (73,1)	0,23
Question posée - n(%) n = 134	41 (30,6)	23 (35,9)	18 (26,9)	
Sage-femme - n(%)	32 (78,0)	18 (78,3)	14 (77,8)	0,31
gynéco - n(%)	17 (41,5)	7 (30,4)	10 (55,5)	0,52
généraliste - n(%)	2 (4,9)	2 (8,7)	0	
Question souhaitée - n(%) n = 93	42 (45,1)	28 (43,8)	14 (20,1)	<0,001
Prête à réaliser des exercices en prévention - n(%)			40 (59,7)	
Abs de Recherche d'info - n(%) n = 61		47 (77,0)		
honte - n(%)		3 (6,4)		
pudeur - n(%)		3 (6,4)		
normal pendant la grossesse - n(%)		33 (70,2)		
autre - n(%)		3 (6,4)		
absence de raison - n(%)		5 (10,6)		
Recherche d'info n = 61		14 (23,0)		
entourage - n(%)		3 (21,4)		
internet - n(%)		5 (35,7)		
Sage-femme - n(%)		7 (50)		
gynécologue - n(%)		4 (28,6)		
généraliste - n(%)		0		

Annexe 2 : Le retentissement sur la qualité de vie

Tableau VI : L'impact sur la vie quotidienne chez les 64 patientes.

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément	Absence de réponse
Soulever un objet lourd -n(%)	43 (67,2)	10 (15,6)	4 (6,3)	3 (4,7)	0	4 (6,3)
Faire du sport -n(%)	46 (71,8)	6 (9,4)	3 (4,7)	1 (1,6)	0	8 (12,5)
A la toux, l'éternuement -n(%)	14 (21,8)	15 (23,4)	15 (23,4)	8 (12,5)	11 (17,2)	1 (1,6)
Fou rire -n(%)	22 (34,4)	20 (31,3)	9 (14,1)	4 (6,3)	7 (10,9)	2 (3,1)
Anxieuse à l'idée d'avoir des rapports sexuels -n(%)	51 (79,7)	4 (6,3)	5 (7,8)	1 (1,6)	2 (3,1)	1 (1,6)
Modification des comportements sexuels -n(%)	50 (78,1)	5 (7,8)	5 (7,8)	1 (1,6)	2 (3,1)	1 (1,6)
Crainte d'avoir des fuites urinaires au cours des rapports sexuels -n(%)	50 (78,1)	5 (7,8)	3 (4,7)	5 (7,8)	0	1 (1,6)
	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence	Absence de réponse
Moins séduisante -n(%)	30 (46,9)	9 (14,1)	13 (20,3)	5 (7,8)	0	7 (10,9)
Sentir mauvais -n(%)	19 (29,7)	10 (15,6)	15 (23,4)	10 (15,6)	5 (7,8)	5 (7,8)
Peur que les autres s'en aperçoivent -n(%)	21 (32,8)	11 (17,2)	16 (25,0)	8 (12,5)	3 (4,7)	5 (7,8)
Faire des taches -n(%)	17 (26,6)	8 (12,5)	14 (21,9)	15 (23,4)	5 (7,8)	5 (7,8)
Changer de tenue -n(%)	18 (28,1)	13 (20,3)	14 (21,9)	10 (15,6)	3 (4,7)	6 (9,4)
Mal dans la peau -n(%)	28 (43,8)	14 (21,9)	13 (20,3)	1 (1,6)	2 (3,1)	6 (9,4)
Découragée -n(%)	40 (62,5)	7 (10,9)	11 (17,2)	1 (1,6)	0	5 (7,8)
Perde patience -n(%)	36 (56,3)	12 (18,8)	7 (10,9)	3 (4,7)	0	6 (9,4)
Préoccupé par les troubles -n(%)	22 (34,4)	5 (7,8)	22 (34,4)	8 (12,5)	2 (3,1)	5 (7,8)
Ne pas maîtriser ses réactions -n(%)	19 (29,7)	6 (9,4)	23 (35,9)	8 (12,5)	3 (4,7)	5 (7,8)
Hantise -n(%)	37 (57,8)	11 (17,2)	8 (12,5)	1 (1,6)	1 (1,6)	6 (9,4)
Emporter des protections -n(%)	24 (37,5)	7 (10,9)	13 (20,3)	10 (15,6)	6 (9,4)	4 (3,0)

Annexe 3 : Le port de protection.

Tableau VII: Le port de protection chez les 64 patientes.

	Ne porte pas de protection	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Enormément	Absence de réponse
Gênée par le fait de porter des protections - n(%)	24 (37,5)	18 (28,1)	13 (20,3)	5 (7,8)	0	4 (3,0)

Annexe 4 : La prise en charge.

Tableau VIII: Les différentes prises en charge.

	IU +
Solution proposée par les professionnels - n(%) n = 61	
non	45 (73,8)
oui	16 (26,2)
Principales solutions proposées -n(%) n = 16	
stop pipi	2 (12,5)
exercices musculaires quotidiens	6 (37,5)
rééducation périnéale	9 (52,9)
attendre le post-partum	4 (25)
autre	1 (6,3)
Réalisées - n(%) n = 8	
efficaces	4 (50)
non efficaces	4 (50)
Non réalisées - n(%) n = 8	
manque de temps	5 (62,5)
incomprises	0
trop difficiles	0
autre	3 (37,5)

Annexe 5 : Le questionnaire.

Madame,

Dans le cadre de mon mémoire, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme, je réalise une étude sur l'incontinence urinaire pendant la grossesse.

L'incontinence urinaire est caractérisée par la perte involontaire d'urine.

C'est un trouble fréquent, considéré comme un problème de santé publique.

Si vous acceptez de participer à mon enquête, je vous invite à compléter ce questionnaire qui vous prendra quelques minutes, que vous soyez concernée ou non par cette problématique.

Les réponses de ce questionnaire resteront totalement confidentielles et anonymes.

Je vous remercie par avance du temps que vous m'avez accordé.

Vous pouvez déposer ce questionnaire dans les boîtes de recueil, situées dans les salles d'attente.

Bonne journée.

Marjorie SOCQUET,
Etudiante en 5^{ème} année de maïeutique





Présentation

Veillez répondre aux questions 1,2 et 3

1. Quel est votre âge ?
2. Quelle est votre taille ?
3. Quel était votre poids avant la grossesse ?
Quel est votre poids actuel ?

Veillez cochez la/les réponse(s) vous concernant pour les questions 4 à 30

4. A quel mois de grossesse êtes-vous ?
 7^e mois 8^e mois 9^e mois
5. En dehors de la grossesse, avez-vous tendance à :
 La constipation Avoir des incontinences Porter des charges lourdes
 La toux chronique urinaires Rien de cela
6. Avant la grossesse, quelle(s) activité(s) pratiquiez-vous ?
 L'athlétisme (saut de haies/en hauteur, triple saut) Le ski
 La gymnastique (exercices acrobatiques, barres asymétriques, trampoline) Le jogging
 Le basket-ball, volley-ball La natation
 L'équitation Le vélo
 Les sports de combats Le patinage/roller
 Le tennis Le yoga
 Aucune de ces activités
➤ A quelle fréquence ?
 1 fois/mois 1 fois/ semaine Autre :
7. Avez-vous déjà entendu parler du périnée ?
 Non Oui
➤ Par quel(s) moyen(s) avez-vous eu l'information ?
 Entourage
 Média
 Sage-femme
 Gynécologue
 Médecin généraliste
8. Est-ce votre première grossesse ?
 oui, **allez directement à la question 15**
 non, **continuez**

➤ A-t-elle été bénéfique ?

- Oui Non

➤ A-t-elle été bénéfique ?

- Oui Non

17. Lors de cette grossesse, au cours d'une consultation, vous a-t-on déjà demandé si vous aviez des fuites urinaires ?

Oui,

➤ Quel professionnel de santé vous l'a demandé ?

- La sage-femme Le gynécologue Le médecin généraliste

Non,

➤ Auriez-vous souhaité que ce soit fait ?

- Oui Non

18. Lors de cette grossesse, avez-vous eu des fuites urinaires ?

Oui (**merci de poursuivre le questionnaire**)

Non

➤ En prévention seriez-vous prêtes à effectuer des exercices du plancher pelvien ?

- Oui Non

Si vous n'avez pas eu de fuites, merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

19. Quand ces fuites sont-elles apparues ?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Avant toute grossesse | <input type="checkbox"/> Au 1 ^{er} trimestre | <input type="checkbox"/> Au 7 ^e mois |
| <input type="checkbox"/> Depuis la/les grossesse(s) précédente(s) | <input type="checkbox"/> Au 4 ^e mois | <input type="checkbox"/> Au 8 ^e mois |
| | <input type="checkbox"/> Au 5 ^e mois | <input type="checkbox"/> Au 9 ^e mois |
| | <input type="checkbox"/> Au 6 ^e mois | |

20. De quelle façon se déclenchent-elles ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toux, éternuement, rire, course, port de charge | <input type="checkbox"/> Changement de position |
| <input type="checkbox"/> Marche, accroupissement, mouvements brusques | <input type="checkbox"/> Envie pressante, incontrôlable, irrémédiable. |

21. Quelle est la fréquence de vos fuites urinaires ?

- < 1/sem > 1 /sem > 1/jour

22. Vos fuites urinaires vous gênent-elles :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
Pour soulever ou porter un objet lourd?					
Pour faire du sport?					
A la toux, l'éternuement?					
Lorsque vous avez un fou rire?					

23. A cause de vos fuites urinaires :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
Vous êtes-vous sentie anxieuse à l'idée d'avoir des rapports sexuels ?					
Modifiez-vous votre comportement sexuel ?					
Avez-vous craint d'avoir des fuites au cours des rapports sexuels ?					

24. A cause de vos fuites urinaires à quelle fréquence:

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
Vous sentez-vous moins séduisante?					
Craignez-vous de sentir mauvais?					
Avez-vous peur que les autres s'aperçoivent de vos troubles?					
Avez-vous peur de faire des tâches?					
Avez-vous changé de tenue?					
Vous sentez-vous mal dans votre peau ?					
Vous sentez-vous découragée?					
Perdez-vous patience?					
La crainte d'avoir ces troubles vous préoccupe-t-elle?					
Avez-vous l'impression de ne pas pouvoir maîtriser vos réactions?					
Vos troubles sont-ils une obsession, une hantise pour vous?					
Avez-vous pensé à emporter des protections avant de sortir?					

25. A cause de vos fuites urinaires :

	Je ne porte jamais de protection	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Enormément
Etes-vous gênée par le fait de porter des protections?					

Objectifs: Évaluer la prévalence de l'incontinence urinaire en anténatal, ses caractéristiques, son retentissement sur la qualité de vie, ainsi que son dépistage et sa prise en charge.

Modalités : Étude basée sur un questionnaire anonyme, distribué dans un service de consultation à l'intention des patientes au troisième trimestre de leur grossesse.

Résultats : La prévalence de l'incontinence urinaire est élevée en ante-partum, quel que soit son type et sa sévérité (48.9%). Même si ces fuites surviennent en général une fois par semaine, elles semblent avoir un impact faible mais non négligeable sur la qualité de vie des patientes et notamment du point de vue psychologique. Toutefois, le dépistage de ces troubles reste faible (30.6%). Malgré des recommandations de grade A, les propositions de prise en charge sont insuffisantes (26.2%) et par ailleurs peu réalisées par les patientes. En revanche, les femmes sont plus avides de conseils afin d'anticiper ces troubles et une majorité d'entre elles se dit prête à réaliser des exercices musculaires à titre préventif (59.7%).

Conclusion : Les principaux points à améliorer dans ce domaine restent la prévention et le dépistage. Il est important que ces derniers soient réalisés en ante-partum afin de lever le tabou et de sensibiliser les femmes. Des études, notamment du point de vue économique, seraient intéressantes afin d'évaluer les avantages et inconvénients d'une prise en charge préventive en anténatal.

Mots clefs : Incontinence urinaire, suivi anténatal, qualité de vie.